

Hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia: excelente resposta à triancinolona intralesional

Roberto Rbeingantz da Cunha Filho¹, Hiram Larangeira de Almeida Jr²

Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: excellent response to intralesional triamcinolone

Palavras-chave: cirurgia, hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia, orelha externa, otopatias, triancinolona.

Keywords: triamcinolone, angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia, ear, ear diseases, external.

INTRODUÇÃO

A hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia é alteração rara caracterizada por proliferação vascular benigna e infiltrado inflamatório incluindo eosinófilos, descrita em 1969 por Wells e Whimster.¹ Pode atingir vários tecidos, mas principalmente pele, mucosa e subcutâneo das regiões da cabeça e pescoço, portanto é fundamental a divulgação para as especialidades que tratam doenças destas regiões. Além disto, pode haver recidiva após cirurgia, enquanto é possível bons resultados com tratamentos conservadores, como neste relato.

APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente feminina, 45 anos, branca, dona-de-casa, com lesão nodular, cor da pele a levemente violácea, cerca de 4 anos de evolução, indolor, mas sangrante de maneira espontânea e esporádica, localizada na orelha externa (Figura 1a). Realizada excisão cirúrgica da lesão com rápida recidiva. Hemograma, plaquetas, IgE total, tempo de protrombina, tempo parcial de tromboplastina e exame comum de urina normais. Sem história de atopia, uso de medicações ou doenças crônicas.

O exame anatomopatológico demonstrou proliferação vascular benigna, com células endoteliais aumentadas e aparência histiocitóide, infiltrado inflamatório composto por linfócitos e alguns eosinófilos e raras formações tipo "fóliculo linfóide" (Figura 1b). Infiltrou-se triancinolona 20mg/2ml - 0,5ml dentro da lesão. Em poucos dias houve ne-

crose da lesão com ulceração, seguida por reepitelização e resolução completa com seguimento de 90 dias.

DISCUSSÃO

Há certa confusão entre doença de Kimura e hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia, todavia, tem-se concluído que são entidades distintas, com manifestações clínicas e comportamentos diferentes, apesar de haver certa semelhança histopatológica. É possível diferenciá-las clínica e histopatologicamente.^{2,3}

De modo geral, a primeira assume aspecto mais sistêmico e tumoral, atingindo preferencialmente pacientes orientais. Aumentos de IgE total e eosinófilos no soro podem ser encontrados. No exame anatomopatológico, as células inflamatórias podem formar grandes massas, tipo folículos linfóides com centro germinativo, eosinófilos estão em grande número e alteração vascular é discreta.^{2,3,4}

Já a segunda, igual a este relato, apresenta-se como nódulo solitário no subcutâneo ou na mucosa, geralmente localizado na região da cabeça e pescoço. Pode ser assintomático ou pruriginoso. É encontrada, mas de forma raríssima, em outras regiões do corpo, como ombros, pênis, pulmões, leito ungueal e falange adjacente. Já ocorreram relatos de associações com síndrome nefrótica ou nefropatias, carcinoma espinocelular, malformação arteriovenosa. Estas associações sofrem influência do acaso, às vezes difícil de explicar o nexo causal, necessitando outros estudos. Na histologia predomina alteração vascular, com células endoteliais proliferadas, aumentadas de tamanho e aparência histiocitóide, infiltrado crônico composto por linfócitos, com número variável de eosinófilos, podendo ser poucos. Os folículos linfóides são inexistentes ou poucos.^{2,4}

São diagnósticos diferenciais: hemangioma cavernoso, granuloma piogênico, granuloma facial, sarcoma de Kaposi, hamartoma linfóide angiomatoso, periarterite nodosa, pseudolinfoma.²

Vários tratamentos são empregados, como cirurgia tradicional ou cirurgia de Mohs, laser, corticóide, interferon alfa 2-a

e quimioterápicos intralesionais, inibidores da calcineurina e imiquimod, crioterapia e radioterapia com resultados variáveis, mas geralmente positivos.⁵ Os principais mecanismos da triancinolona sobre a lesão devem ser: inibição da angiogênese, apoptose de eosinófilos e linfócitos. Outros efeitos que podem influenciar na cura das lesões são vasoconstrição, decréscimo da permeabilidade vascular, inibição de fatores de transcrição (citocinas) e da maturação, proliferação e atividade das células inflamatórias. Pela benignidade da doença, condutas agressivas, sejam cirúrgicas ou medicamentosas, não devem ser adotadas.

COMENTÁRIOS FINAIS

Boa parte da literatura está em periódicos de dermatologia, entretanto profissionais que trabalham com doenças da região da cabeça e pescoço também devem ficar atentos e avariar o diagnóstico de hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia em lesões nodulares, assim como doença de Kimura quando lesões tumorais. Obviamente o exame histopatológico é essencial. Corticóide intralesional mostra-se como opção terapêutica viável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wells GC, Whimster IW. Subcutaneous angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. Br J Dermatol 1969;81:1-15.
2. Briggs PL. Doença de Kimura não é hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia: correlação clínico-patológica com revisão da literatura e definição de critérios diagnósticos. An Bras Dermatol 2006;81:67-73.
3. Chen H, Thompson LD, Aguilera NS, Abbondanzo SL. Kimura disease: a clinicopathologic study of 21 cases. Am J Surg Pathol 2004;28:505-13.
4. Googe PB, Harris NL, Mihm MC Jr. Kimura's disease and angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: two distinct histopathological entities. J Cutan Pathol 1987;14:263-71.
5. Mashiko M, Yokota K, Yamanaka Y, Furuya K. A case of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia successfully treated with tacrolimus ointment. Br J Dermatol 2006;154:803-4.

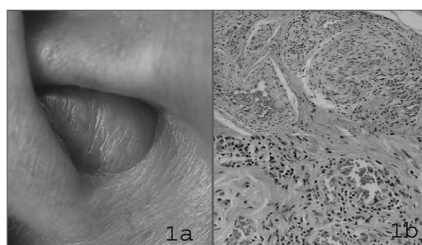


Figura 1. Hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia. - 1a - detalhe clínico da lesão na orelha. 1b - aspecto histológico, predominando alteração vascular com endotélio de aparência histiocitóide, alguns folículos tipo "linfóide" e poucos eosinófilos.

¹ Mestre em Saúde e Comportamento, Médico Dermatologista no CEM - Centro de Especialidades Médicas de Joaçaba (SC).

² Doutor em Dermatologia, Professor de Dermatologia da UFPel e UCpel, Professor e Coordenador do curso de Mestrado em Saúde e Comportamento da UCpel (RS).

CEM - Centro de Especialidades Médicas de Joaçaba (SC) e Universidade Católica de Pelotas (RS).

Endereço para correspondência: Rua Roberto Trompowsky 194 Centro 89.600-000 Joaçaba Santa Catarina.

Tel. (0xx49) 3522-1269 - E-mail: robertodermatologista@yahoo.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 16 de setembro de 2006. cod. 3398.

Artigo aceito em 8 de novembro de 2006.