

Angiohistiocitoma de células multinucleadas

Sr. Director:

El angiohistiocitoma de células multinucleadas fue descrito por Smith y Wilson-Jones en 1985¹. Desde entonces se han publicado alrededor de 50 casos con predominio de mujeres mayores de 40 años². Clínicamente se caracteriza por el desarrollo lento de pápulas eritematosas o violáceas agrupadas en un área anatómica, normalmente en las extremidades inferiores, en particular las pantorrillas³ y los muslos⁴, y en el dorso



Fig. 1.—En zona proximal de muslo derecho 5 pápulas eritematosas.

de manos⁵. También se han descrito casos en la cara⁶, el pecho⁷ y formas generalizadas⁸. No está claro si se trata de un proceso reactivo o una neoplasia. El curso benigno de la enfermedad, su tendencia a presentar lesiones múltiples y eruptivas que ocurren en áreas susceptibles de traumatismos y picaduras de artrópodos, y algunos casos de regresión espontánea van a favor de que se trate de un proceso reactivo⁷. Las investigaciones para demostrar la presencia del virus del herpes humano tipo 8 en las lesiones han dado resultados negativos³.

No requiere tratamiento salvo en casos puntuales en que puede realizarse extirpación o aplicación de láser argón⁶.

Una mujer de 74 años, con los antecedentes personales de hipercolesterolemia y osteoporosis, consultó por la aparición progresiva, en los últimos 5 años, de lesiones asintomáticas en el muslo derecho. En la exploración se apreciaban diez pápulas rojo-violáceas, de 5-10 mm de diámetro, superficie lisa y consistencia firme, agrupadas en el tercio medio del muslo derecho.

Una mujer de 65 años, sin antecedentes personales de interés. Acudió por la presencia de lesiones en el muslo derecho de 4 años de evolución. En la exploración se observaban cinco pápulas eritematosas, menores de 8 mm de diámetro, de bordes netos, localizadas en tercio proximal del muslo derecho (fig. 1).

Ninguna de las pacientes refería traumatismos previos en esa zona, ni se habían aplicado tratamiento al-

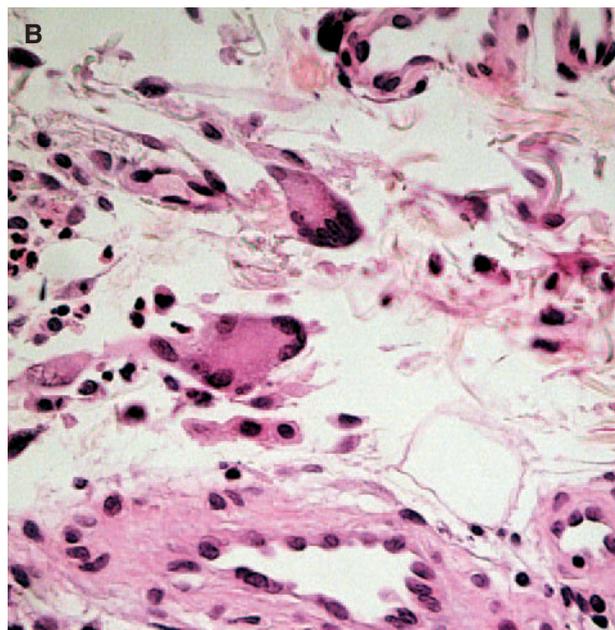
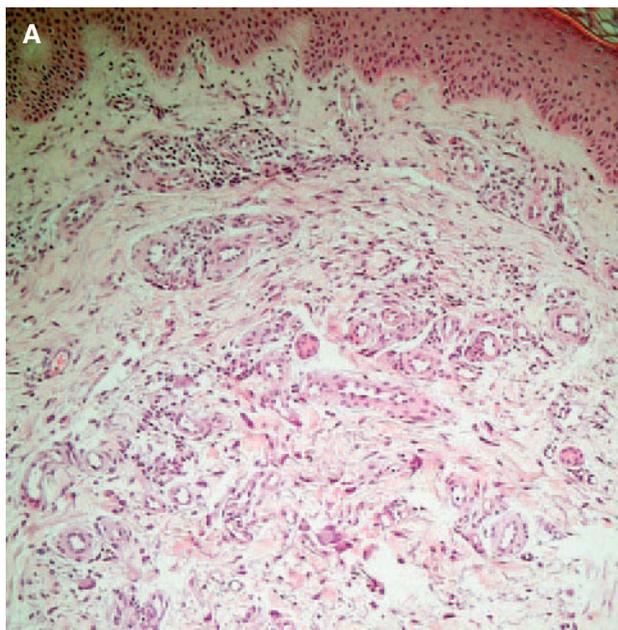


Fig. 2.—A) Proliferación de vasos ectásicos a nivel dérmico con discreto infiltrado inflamatorio perivascular. Presencia de células gigantes multinucleadas. (Hematoxilina-eosina, $\times 10$.) B) Detalle de las células gigantes multinucleadas con contornos angulosos. (Hematoxilina-eosina, $\times 40$.)

guno. El estudio histopatológico en ambos casos mostraba una proliferación ectásica de vasos capilares a nivel dérmico y presencia de células gigantes multinucleadas de contornos angulosos (fig. 2).

El hecho histopatológico principal en el angiohistiocitoma de células multinucleadas es la proliferación de capilares y vénulas en la dermis, acompañada de un infiltrado linfocitario que expresa vimentina y factor XIIIa, y células multinucleadas anguladas^{7,9}. Debido a esto, el diagnóstico diferencial debe realizarse con el dermatofibroma, incluso algunos autores consideran que el angiohistiocitoma de células multinucleadas es una variante del dermatofibroma con un componente vascular prominente y células multinucleadas peculiares^{9,10}. Otros diagnósticos diferenciales son el angiofibroma⁷, el linfocitoma, el liquen plano y la hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia¹¹. También es muy discutido el diagnóstico diferencial con el sarcoma de Kaposi, con el que presenta gran similitud clínica y claras diferencias histopatológicas. Entre estas últimas destacan vasos mejor formados en el angiohistiocitoma de células multinucleadas, sin tendencia a rodear estructuras preexistentes de la dermis, ausencia de signo del promontorio, presencia de células multinucleadas de contorno espiculado y ausencia de células plasmáticas³.

**Benigno Monteagudo^a, Javier Labandeira^b,
Manuel Ginarte^b, Juan Carlos Álvarez^c,
Cristina de las Heras^a, José María Cacharrón^a
y Juan Antonio García Rego^c**

^aServicio de Dermatología. Hospital Arquitecto Marcide. El Ferrol. España.

^bDepartamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Arquitecto Marcide. El Ferrol. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith NP, Wilson Jones E. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a new entity. *Br J Dermatol*. 1985;113:15.
2. Vakeva L, Saksela O, Kariniemi AL. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a report of four cases in Finland. *Acta Derm Venereol*. 2003;83:222-3.
3. Sass U, Noel JC, Andre J, Simonart T. Multinucleate cell angiohistiocytoma: report of two cases with no evidence of human herpesvirus-8 infection. *J Cutan Pathol*. 2000;27:258-61.
4. Belgodere X, Wechsler J, Pasqualini G, Paoli M. Angiohistiocytome à cellules multinucléées. *Ann Dermatol Venereol*. 1999;126:431-2.
5. Cribier B, Gambini C, Rainero M, Grosshans E. Multinucleate cell angiohistiocytoma. A review and report of four cases. *Acta Derm Venereol*. 1995;75:337-9.
6. Kopera D, Smolle J, Kerl H. Multinucleate cell angiohistiocytoma: treatment with argon laser. *Br J Dermatol*. 1995;133:308-10.
7. Puig L, Fernández-Figueras MT, Bielsa I, Lloveras B, Alover A. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a fibrohistiocytic proliferation with increased mast cell numbers and vascular hyperplasia. *J Cutan Pathol*. 2002;29:232-7.
8. Chang SN, Kim HS, Kim SC, Yang WI. Generalized multinucleate cell angiohistiocytoma. *J Am Acad Dermatol*. 1996;35:320-2.
9. Requena L, Sanguenza OP. Cutaneous vascular proliferations. Part III. Malignant neoplasms, other cutaneous neoplasms with significant vascular component, and disorders erroneously considered as vascular neoplasms. *J Am Acad Dermatol*. 1998;38:143-75.
10. Requena L, Requena C, Pichardo RO, Sanguenza OP. Angiohistiocitoma de células multinucleadas. *Monogr Dermatol*. 2004;17:82-5.
11. Shapiro PE, Nova MP, Rosmarin LA, Halperin AJ. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a distinct entity diagnosable by clinical and histologic features. *J Am Acad Dermatol*. 1994;30:417-22.