

Nódulo angiomatoso epiteliode cutáneo. Un nuevo tumor vascular recientemente descrito

Cutaneous Epithelioid Angiomatous Nodule: A Recently Described Vascular Tumor

Sr. Director:

El nódulo angiomatoso epiteliode cutáneo (NAEC) es una proliferación vascular benigna, poco frecuente, recientemente descrita por Brenn y Fletcher¹. Cursa como una lesión nodular, rojiza, pequeña, habitualmente única y de crecimiento rápido, que se localiza predominantemente en el tronco y las extremidades de una persona adulta². Histológicamente encontramos una infiltración de células epitelioides, con abundante citoplasma eosinófilo, y núcleos vesiculosos con nucléolos prominentes. Aunque se trata de



Figura 1 Nódulo rojizo de unos 5 mm, con halo eritematoso, localizado en espalda.

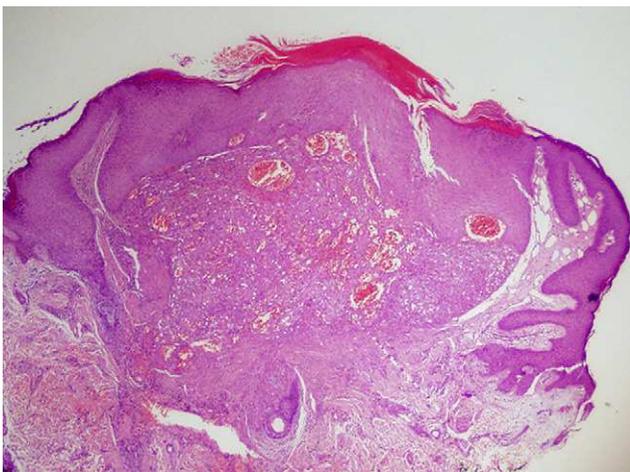


Figura 2 Proliferación celular epiteliode bien delimitada, unilobular, localizada en dermis superficial. Obsérvese la hiperplasia epidérmica acompañante.

una proliferación predominantemente sólida, es habitual encontrar luces vasculares salpicando focalmente la lesión. En muchos casos se observa un infiltrado linfoplasmocitario en la periferia tumoral^{2,3}. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otros tumores y proliferaciones vasculares compuestos de células de hábito epiteliode².

Presentamos el caso de una mujer de 47 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por una lesión nodular de 5 mm situada en la espalda, de 7 meses de evolución. A la exploración observamos un pequeño nódulo rojizo, rodeado de un halo eritematoso (fig. 1). Se realizó exéresis quirúrgica de la lesión. El estudio histológico fue compatible con el diagnóstico de NAEC (figs. 2 y 3). El estudio inmunohistoquímico fue positivo para CD31 y CD34 y los vasos linfáticos de la periferia tumoral se tiñeron intensamente con el D2-40⁴⁻⁶.

El NAEC fue descrito por primera vez en el año 2004 por Brenn y Fletcher a partir de una serie de 15 casos¹. Desde entonces se han publicado 17 casos más. Clínicamente se presenta como una pápula o nódulo, habitualmente único, eritematoso o violáceo, de crecimiento rápido (semanas o meses), cuyo tamaño oscila entre 0,3 y 1,5 cm de diámetro⁴. Asienta, sobre todo, en tronco y extremidades y suele incidir en adultos con un rango etario amplio³. El estudio histológico muestra una proliferación sólida, bien delimitada, que afecta preferentemente a la dermis superficial, compuesta por células endoteliales de hábito epiteliode. Existen vasos bien conformados salpicando focalmente la lesión y un infiltrado linfoplasmocítico en la periferia tumoral. La hiperplasia reactiva de la epidermis es un hallazgo constante, muchas veces delimitando periféricamente la lesión^{2,3}.

Para algunos autores, se trata de una entidad diferente, mientras que para otros es una variante de hemangioma epiteliode, también llamado hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (HAE)⁷. Sin embargo, como veremos posteriormente, existen características clínicas e histológicas que nos permiten diferenciar ambas. Por las características clínicas el NAEC puede confundirse con un granuloma piógeno, pero en este se observan vasos de variable tamaño agrupados en un patrón lobular, sin células epitelioides.

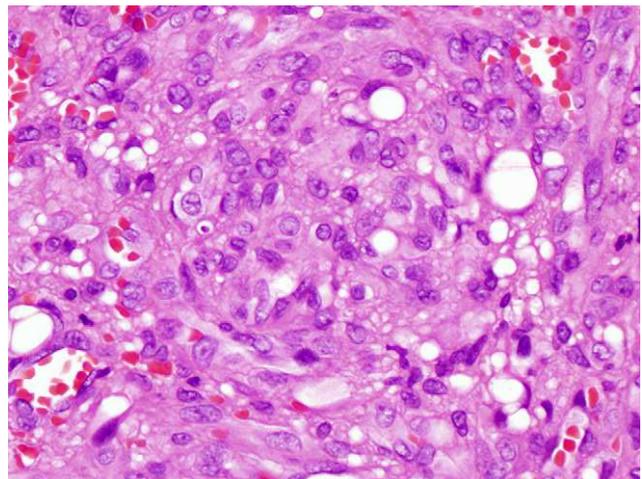


Figura 3 Detalle de las células epitelioides, dispuestas en patrón sólido. Pequeñas luces vasculares.

En todo caso, el diagnóstico diferencial del NAEC debe hacerse con todas las proliferaciones vasculares compuestas por células de hábito epitelioides, tales como el hemangioma epitelioides (o HAE), el angiosarcoma epitelioides, el hemangioma endotelial epitelioides y la angiomatosis bacilar^{2,8}.

La diferencia con el HAE se puede sustentar tanto en criterios clínicos como histopatológicos. Clínicamente el HAE asienta en cabeza y cuello y en muchas ocasiones se manifiesta en forma de varias lesiones agrupadas, mientras que el NAEC predomina en tronco y habitualmente es una lesión única. Histológicamente, el HAE afecta a dermis profunda e hipodermis, es multilobular y predomina el componente vasoformativo. Sin embargo, el NAEC suele afectar a la dermis superficial, es unilobular y se trata fundamentalmente de una proliferación sólida. Además en el HAE nos encontramos mayor inflamación, mayor cantidad de eosinófilos y un estroma más abundante².

El angiosarcoma epitelioides también debe ser incluido en el diagnóstico diferencial. A pesar del comportamiento biológico más agresivo, comparte algunas características morfológicas al NAEC que pueden conducir a un diagnóstico erróneo. No obstante, no está tan bien circunscrito y muchas veces presenta áreas de necrosis salpicadas o en masa. Además, encontramos una atipia citológica prominente, pleomorfismo nuclear y mitosis atípicas⁹. La inmunohistoquímica es útil porque las citoqueratinas son positivas hasta en el 50% de los angiosarcomas epitelioides, mientras que en el NAEC son negativas².

El hemangioma endotelial epitelioides es un angiosarcoma de bajo grado y es parte del espectro de lesiones vasculares con características epitelioides. Se trata de una lesión más grande, peor delimitada y más profunda que el NAEC. Histológicamente, no suele contener vasos bien formados y presenta un estroma fibromixoides⁹, imitando a la metástasis de un carcinoma. Las citoqueratinas son positivas hasta en el 25% de los casos².

La angiomatosis bacilar afecta habitualmente a pacientes inmunodeprimidos, como los VIH positivos², en forma de lesiones eruptivas vasculares múltiples. Histológicamente, exhibe un patrón lobulillar con una proliferación prominente de capilares separados por septos de tejido conectivo. Las células endoteliales que revisten los vasos son grandes, con una apariencia epitelioides y protruyen dentro de las luces vasculares⁹. Además, muestra un infiltrado neutrofílico y agregados de material granular que corresponden a colonias bacterianas (*Bartonella henselae*)³.

Aunque la patogénesis del NAEC es desconocida, parece ser un proceso reactivo debido a su corta evolución y a la

presencia de hiperplasia epidérmica, así como de respuesta inflamatoria⁴.

Bibliografía

1. Brenn T, Fletcher CD. Cutaneous epithelioid angiomatous nodule: a distinct lesion in the morphologic spectrum of epithelioid vascular tumors. *Am J Dermatopathol*. 2004;26:14-21.
2. Requena Caballero C, Nicolau MJ, Haro R, Martorell A, Sanmartín O, Llobart B. Proliferative cutaneous epithelioid angiomatous nodule. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:137-41.
3. Solís-García E, Segura-Sánchez JM, Rodríguez-Enríquez B, Sánchez-Sánchez-Vizcaino F, González-Serrano MT. Nódulo angiomatoso epitelioides cutáneo ¿Variante superficial y extrafacial de hemangioma epitelioides? *Rev Esp Patol*. 2006;39:59-62.
4. Álvarez-Argüelles-Cabrera H, Guimera-Martín-Neda F, Carrasco JL, García-Castro MC, Hernández-León CN, Díaz-Flores L. Cutaneous epithelioid angiomatous nodule. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:1383-5.
5. Zamecnik M. Relationship between cutaneous epithelioid angiomatous nodule and epithelioid hemangioma. *Am J Dermatopathol*. 2004;26:351-2.
6. Fernández-Flores A. D2-40 and cutaneous epithelioid angiomatous nodule. *Am J Dermatopathol*. 2008;30:302-4.
7. Al-Daraji WI, Prescott RJ, Abdellaoui A, Khan MM, Kulkarni K, Youssef MM. Cutaneous epithelioid angiomatous nodule: different views or interpretations in the analysis of ten new cases. *Dermatol Online J*. 2009;15:2.
8. Fernández-Flores A, Montero MG, Renedo G. Cutaneous epithelioid angiomatous nodule of the external ear. *Am J Dermatopathol*. 2005;27:175-6.
9. Sangüeza OP, Walsh SN, Sheehan DJ, Orland AF, Llobart B, Requena L. Cutaneous epithelioid angiomatous nodule: a case series and proposed classification. *Am J Dermatopathol*. 2008;30:16-20.

J.M. Segura-Palacios^{a,*}, E. Gómez-Moyano^a,
A. Hiraldo-Gamero^a y A. Sanz-Trelles^b

^aServicio de Dermatología y Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmanuelo_1983@hotmail.com
(J.M. Segura-Palacios).

doi:10.1016/j.ad.2010.04.008

Dermatoscopia en la miasis forunculoide

Dermoscopy in Furuncular Myiasis

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón peruano de 40 años que acudió por la aparición, hacía 3 semanas de 2 lesiones papulosas en la región pectoral izquierda, persistentes pese a

ser drenadas y tratadas con pantomicina, ciprofloxacino y cloxacilina durante 10 días. Dichas lesiones habían aparecido pocos días antes de regresar de una estancia de 21 días en Minas Gerais, Brasil. Refería la presencia inicial de 6 a 7 lesiones que describía como «picaduras de insecto», así como sensación de escozor y punzadas desde hacía 1 semana en las dos lesiones persistentes. En la exploración física presentaba en región pectoral izquierda, dos pápulas induradas, de 0,5 y 2 cm de diámetro, próximas pero no confluyentes, de bordes violáceos y zona central erosiva, amarillenta, con un pequeño orificio milimétrico central