



Brazilian Journal of Otorhinolaryngology

ISSN: 1808-8694

revista@aborlccf.org.br

Associação Brasileira de  
Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-  
Facial  
Brasil

Rheingantz da Cunha Filho, Roberto; Lorangeira de Almeida Jr, Hiram  
Hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia: excelente resposta à triancinolona intralesional  
Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 74, núm. 1, enero-febrero, 2008, p. 160  
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=392437836029>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Hiperplasia angiolinfóide com eosinofilia: excelente resposta à triancinolona intralesional

Roberto Rbeingantz da Cunha Filho<sup>1</sup>, Hiram Laranjeira de Almeida Jr<sup>2</sup>

## 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2,3</sup>

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.<sup>2,3,4</sup>

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.<sup>2,4</sup>

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

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

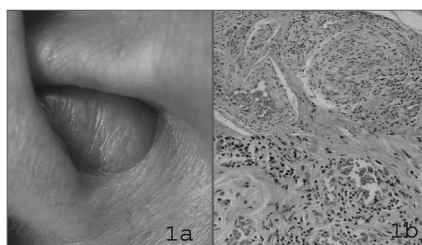
e quimioterápicos intralesionais, inibidores da calcineurina e imiquimod, crioterapia e radioterapia com resultados variáveis, mas geralmente positivos.<sup>5</sup> Os principais mecanismos da triancinolona sobre a lesão devem ser: inibição da angiogênese, apoptose de eosinófilos e linfócitos. Outros 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 aventar 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.

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

<sup>2</sup> 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.