

Quiz / Angioleiomioma

Quiz / Angioleiomyoma

Ali C. Martínez Murillo,¹ Julieta C. Corral Chávez,² Hazel R. Bracho Olvera,³ María Elisa Vega Memije⁴
y Sonia Toussaint Caire⁴

¹ Médico pasante, Servicio Social.

² Residente de segundo año de Dermatopatología.

³ Residente de primer año de Dermatología.

⁴ Médico adscrito a Dermatopatología.

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud, Ciudad de México.

Revisión

El leiomioma cutáneo es una neoplasia benigna con diferenciación de músculo liso, el cual fue descrito por primera vez por Virchow en 1854 como una “tuberosidad o nódulo doloroso”.¹ Actualmente se clasifica en tres variantes según su origen: músculo piloerector (pilo-leiomioma), músculo liso genital del escroto, vulva o pezón y músculo liso de las paredes de los vasos sanguíneos (túnica media) conocido como angioleiomioma (ALM) o leiomioma vascular.^{2,3} Que es el caso que presentamos.

En 1973 Morimoto y colaboradores clasificaron el ALM en tres tipos histológicos: capilar o sólido, cavernoso y venoso.⁴

En general ocurre en la edad adulta entre la cuarta y sexta décadas de la vida, aunque puede presentarse a cualquier edad. Cuando aparece en la infancia se cataloga como congénito. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los hombres, en una relación 2:1.^{3,4}

Típicamente se manifiesta como nódulo solitario, de color piel, bien circunscrito, la localización clásica en más de dos tercios de los casos es en la pierna y el tobillo, también se han reportado casos en la zona posterior del talón, aunque esta topografía es rara.⁵ Suele ser sensible o doloroso, de consistencia suave y de menos de 2 cm de diámetro, sin relación entre la presentación clínica y su histología. La etiología es desconocida, se han discutido algunos factores desencadenantes como algún trauma, infecciones, hormonal especialmente estrógenos, y malformaciones arteriovenosas.⁶

El dolor es el síntoma más frecuente, puede ser causado por isquemia local por la contracción de los vasos tumorales, sin embargo, mediante inmunohistoquímica se ha demostrado la presencia de fibras nerviosas pequeñas dentro de la cápsula y del estroma tumoral independientemente del subtipo histológico, por lo que se ha llegado a la conclusión de que éstas pueden ser las causantes del dolor.⁴

Menos de 10% de los casos se presentan en la cabeza y en el cuello, generalmente son indolores en estas zonas, y con mayor frecuencia en hombres. Se han documentado localizaciones atípicas en la nariz, las mejillas, la boca, la cavidad nasal, el paladar duro, el labio superior, el párpado superior, el canal auditivo externo y la oreja.⁷

Los diagnósticos diferenciales incluyen lipoma, fibroma, ganglioma, schwannomas, angioliipoma cutáneo, tumores glómicos, entre otros.⁵

La histología del ALM depende del subtipo de que se trate: hay haces de músculo liso rodeando numerosos vasos pequeños en forma de hendidura; en el subtipo cavernoso: vasos dilatados con una pared muscular gruesa que se fusiona con células de músculo liso intervascular; y el subtipo venoso: vasos de pared gruesa que se distinguen fácilmente de los músculos lisos intervascuales. El subtipo más común es el sólido, seguido del venoso y el cavernoso. Pueden localizarse en la dermis o en el tejido celular subcutáneo.⁷ Se han reportado cambios secundarios como calcificación, degeneración mixoide, hialinización y transformación maligna.⁵

La tinción de tricrómico de Masson y la tinción de Van Gieson pueden ser útiles para detectar células de músculo liso. El examen inmunohistoquímico contribuye al diagnóstico de ALM, específicamente la expresión positiva de desmina junto con actina de músculo liso demuestran la presencia de células de músculo liso. Es muy importante diferenciar un ALM de un leiomiomasarcoma, los marcadores inmunohistoquímicos y moleculares son de gran importancia para identificar si hay malignidad.⁸

Los frotis realizados por aspiración de aguja fina muestran los principales componentes histológicos de ALM, como las células del músculo liso y los vasos capilares en una matriz de colágena que también puede ser mixoide, con esta técnica se realizan los diagnósticos diferenciales de tumor glómico, cilindroma, tumor de células granu-

lares, neurilemoma y metástasis cutáneas. Es necesario el estudio histopatológico para llegar a un diagnóstico definitivo⁹

En la ecografía de alta resolución, generalmente los ALM se observan como masas subcutáneas de forma oval, márgenes bien definidos, homogéneos, con hipervascularidad y pequeños (<2 cm), lo que favorece el diagnóstico de benignidad.¹⁰

El tratamiento de elección es la extirpación completa de la lesión debido a que es sencilla, curativa, con morbilidad mínima y la recidiva sólo se ha reportado de manera ocasional. La decisión del procedimiento quirúrgico dependerá del tamaño, localización y severidad de los síntomas.⁴

REFERENCIAS

1. Virchow R, Ueber Makroglossie und pathologische Neubildung quergestreifter Muskelfasern, *Virchows Arch Pathol Anat* 1854; 7:126-38.
2. Kacerovska D, Michal M, Kreuzberg B, Mukensnabl P y Kazakov DV, Acral calcified vascular leiomyoma of the skin: A rare clinicopathological variant of cutaneous vascular leiomyomas, *J Am Acad Dermatol* 2008; 59(6):1000-4.
3. Orozco Covarrubias L, Carrasco Daza D, Julián González R, Sáez de Ocaris M, Duran Mckinster C, Palacios López C y Ruiz Maldonado R, Congenital cutaneous angioleiomyoma, *Pediatric Dermatology* 2011; 28(4):460-2.
4. Kyoung SW, Sang HK, Han y Pil DC, Clinical experience with treatment of angioleiomyoma, *Archiv Plastic Surgery* 2014; 41(4):374-8.
5. Wollina U, Schönlebe J, Tchernev G, Gianfaldoni S y Lotti T, Cutaneous angioleiomyoma. A rare cause of posterior heel pain: a case report. *Open Access Maced J Med Sci* 2017; 5(4):436-8.
6. Baarini O y Gilheany M. Angioleiomyoma of the plantar-medial arch: a case report, *J Clinical Diagnostic Research* 2016; 10(7):7-8.
7. Kanitakis J, Case report. Angioleiomyoma of the auricle: an unusual tumor on a rare location, *Case Report in Otolaryngology* 2017, Article ID 8289710, 3 pp.
8. Matiakis A, Panagiotis P, Pavlou A, Anagnostou E y Pouloupoulos A, Angioleiomyoma of the oral cavity: a case report and brief review of the literature, *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2018; 44:136-9.
9. Domanski HA, Cytologic features of angioleiomyoma: cytologic-histologic study of 10 cases, *Diagnostic Cytopathology* 2002; 27(3):161-6.
10. Zhang JZ, Zhou J y Zhang ZC, Subcutaneous angioleiomyoma. Clinical and sonographic features with histopathologic correlation, *J Ultrasound Med* 2016; 35:1669-73.

