

Revista del Centro Dermatológico Pascua

Volumen **10**
Volume

Número **3**
Number

Septiembre-Diciembre **2001**
September-December

Artículo:


Piloleiomiomas múltiples.


Presentación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2001


**Otras secciones de
este sitio:**


 [Índice de este número](#)

 [Más revistas](#)

 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

 [Contents of this number](#)

 [More journals](#)

 [Search](#)



www.Medigraphic.com

Piloleiomiomas múltiples. Presentación de un caso

Dra. Ma. Enriqueta Morales Barrera,* Dra. Laura Angélica Galván Soria,** Dra. Josefa Novales Santa Coloma,*** Dr. Alberto Ramos-Garibay***

RESUMEN

Los leiomiomas cutáneos son tumoraciones benignas y dolorosas derivadas del músculo liso de estructuras dérmicas con incidencia familiar. Los piloleiomiomas son una variedad de leiomiomas derivados del músculo erector del pelo, los cuales son poco frecuentes en la práctica dermatológica. Se comunica el caso de un paciente del sexo masculino de 42 años de edad con diagnóstico de piloleiomiomas múltiples confirmados por estudio histopatológico.

Palabras clave: Leiomiomas cutáneos, piloleiomiomas.

ABSTRACT

Cutaneous leiomyomas are benign and painful tumors arising from smooth muscle of dermal structures with family incidence. Piloleiomyomas are a variety of leiomyomas arising from arrector pilorum muscle, which are infrequently in dermatological practice. We communicate the case of a 42 years old man with diagnosis of piloleiomyomas verified by histological study.

Key words: Cutaneous leiomyomas, piloleiomyomas.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino de 42 años de edad, originario y residente de México, Distrito Federal, de ocupación artesano, quien acude al Centro Dermatológico Pascua en febrero del año 2001 por presentar una dermatosis diseminada a cuello y tronco, de cuello afecta ambas caras laterales y de tronco afecta el tórax posterior a nivel de la región subescapular izquierda, es bilateral y asimétrica, constituida por numerosas neoformaciones elevadas, semiesféricas de 3 a 8 mm, algunas de color pardo y otras del color de la piel, de consistencia firme, las cuales están agrupadas en dos áreas de aproximadamente 8 x 12 cm formando "parches" (Figura 1) y en otra siguen un trayecto lineal (Figura 2).

En el resto de la piel y anexos no se encontraron alteraciones. De evolución crónica con dolor a la digitopresión y al clima frío. Al interrogatorio refiere haber iniciado su padecimiento hace más de 10 años con lesiones en el tórax posterior, que fueron aumentando lentamente en tamaño y número, posteriormente se volvie-

ron dolorosas principalmente con el clima frío. Hace 4 años comenzaron a aparecer nuevas lesiones en el cuello, las cuales hasta el momento son asintomáticas. Cuenta con un hermano del sexo masculino con lesiones semejantes en el tórax anterior, sus familiares del sexo femenino hasta el momento no tienen alteraciones. Se realizó una BH completa la cual se reportó normal. Se tomaron biopsias de tronco y cuello. El estudio histopatológico mostró una epidermis con zonas de hiperqueratosis y acantosis discreta, la dermis superficial con discretos infiltrados linfocitarios perivasculares, la dermis media y profunda está ocupada por una neoformación constituida por haces musculares que siguen diversas direcciones y algunos están entrelazados entre sí (Figuras 3, 4 y 5); el estroma que rodea a la neoformación es de aspecto normal. El diagnóstico fue de leiomiomas cutáneos en su variedad de piloleiomiomas. Con la extirpación de la lesión más dolorosa se mejoró notablemente la sintomatología. En un futuro se realizará resección en bloque de las lesiones sintomáticas a medida que el paciente lo requiera.

COMENTARIO

Los leiomiomas cutáneos se dividen de acuerdo a su origen en: a) piloleiomiomas, los cuales se originan de los

* Dermatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 3er año Dermatología, CDP.

*** Dermatopatólogo CDP.

músculos piloerectores y pueden ser solitarios o múltiples, b) angioleiomiomas, que se originan del músculo liso vascular y c) leiomioma dartoico que se originan de los músculos dartoicos, vulvares o mamilares.^{1,3,4} Las lesiones de nuestro paciente correspondieron a piloleiomiomas. Los piloleiomiomas se presentan con mayor frecuencia en varones en la 2ª y 3ª década de la vida, pueden ser solitarios pero en el 80% de los casos son múltiples y llegan a coalescer formando placas.^{2,5,6} Los sitios más frecuentemente afectados son las caras extensoras de las extremidades, el tronco y menos frecuentemente las caras laterales del cuello y la cara.^{1,3,4,5} Se presentan como neoformaciones semiesféricas, duras, fijas a planos profundos, de superficie lisa y color pardo-rojizo, su tamaño varía entre 1 y 20 mm. Generalmente las lesiones son dolorosas al tacto y a la temperatura fría, aunque pueden producirse crisis de dolor espontáneo asociados a factores emocionales, las cuales pueden estar acompañadas de náuseas, vómitos, micción, defecación, midriasis, hipotensión y palidez. Algunas lesiones se contraen y se tornan pálidas durante las crisis dolorosas. Ciertos autores piensan que el dolor se debe a compresión de fibras nerviosas por la tumoración, mientras que otros se lo atribuyen a la contracción de las fibras musculares ocasionada por el mismo tumor.^{3,4,8} La evolución normal de estos tumores es un aumento progresivo en número y tamaño al transcurrir del tiempo.^{5,6}

Los leiomiomas usualmente son tumoraciones adquiridas, rara vez se han descrito casos congénitos.⁶ Se ha descrito un patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta. Las mujeres de las familias afectadas frecuentemente tienen una historia de leiomiomatosis cutánea y uterina también conocido como síndrome de Reed.^{3,5} Nuestro paciente tiene un hermano con las mismas lesiones en el tronco corroborándose la historia familiar. Aunque en este momento los miembros femeninos de su familia no presentan alteraciones, en ellas es necesaria una evaluación ginecológica completa. Además de los leiomiomas uterinos, pueden asociarse a otro tipo de tumores como fibromas, quistes epidérmicos, poliposis intestinal, leiomiomas viscerales, retroperitoneales, esofágicos y pulmonares, así como osteomas.^{3,4,6} También se ha descrito su asociación con dermatitis herpetiforme, adenomatosis endocrina múltiple tipo 1 y eritrocitosis asociada a un incremento en la actividad de la eritropoyetina.³ Se ha demostrado la presencia de actividad eritropoyética en los leiomiomas cutáneos, probablemente debida a la secreción de la sustancia "eritropoyetina-like", demostrada en extractos de tumor y que se sugiere por el descenso del número de eritrocitos después de la escisión quirúrgica de los tumores.⁷ En este caso, el paciente tuvo una cuenta eritrocitaria

normal aunque no se descarta la posibilidad de un aumento de la misma al evolucionar las lesiones.

El síntoma que más preocupa a los pacientes con leiomiomas es, sin duda, el dolor, el cual algunas veces puede llegar a ser incapacitante. Algunos autores piensan que el dolor se debe a compresión de fibras nerviosas por la tumoración, mientras que otros se lo atribuyen a la contracción de las fibras musculares ocasionada por el mismo tumor.^{3,4,8}

Histológicamente se observan como tumores mal delimitados, integrados por haces de fibras musculares lisas entrelazadas. Las fibras musculares son rectas y presentan núcleos centrales delgados, largos, de bordes romos, algunas veces pueden penetrar el tejido celular subcutáneo. El tricrómico de Masson tiñe las fibras musculares de rojo oscuro y el colágeno de azul o verde.²

El tratamiento es la extirpación quirúrgica cuando las lesiones se presentan en bajo número o son muy dolorosas, o bien la resección en bloque de varias lesiones con cierre del defecto mediante un injerto, sin embargo, se han reportado recidivas hasta en un 50%. En los casos en que la resolución quirúrgica resulta poco práctica debido al número de lesiones, el tratamiento farmacológico puede tener alguna utilidad.

Se han reportado beneficios con algunos agentes orales como bloqueadores alfa-adrenérgicos como la fenoxibenzamina (20 mg c/8 horas, seguidos de 10 mg c/12 horas), bloqueadores de canales de calcio (nifedipina, 10 mg c/ 8 horas), nitroglicerina (10 mg c/12 horas), anti-depresivos, etaverina y analgésicos utilizados en caso de crisis de dolor.^{5,7,8} La pasta de nitroglicerina, lidocaína, fentolamina e hidrobromuro de hioscina (un anticolinérgico tópico), han sido utilizados con buenos resultados en algunos casos.^{5,8} La crioterapia ha mostrado alivio del dolor en casos aislados, posiblemente mediante la destrucción de las fibras nerviosas del tumor.⁸ Nuestro paciente ha cursado con episodios dolorosos de intensidad moderada, principalmente ocasionado por bajas temperaturas, los cuales han mejorado considerablemente después del tratamiento quirúrgico. Eventualmente se le han administrado analgésicos de uso cotidiano como el ketorolaco con resultados aceptables.

El diagnóstico diferencial de estos tumores debe hacerse con todos aquellos tumores dolorosos como el espiadenoma ecrino, angioliipoma, neurilemoma, endometrioma, tumor glómico, tumor de células granulares y, cuando son asintomáticos, con fibromas cutáneos, neurofibromas, queloides, quistes sebáceos múltiples, granulomas a cuerpos extraño, angiofibromas e histiocitomas eruptivos.³ Este paciente, aunque nos muestra una presentación típica de piloleiomiomas, reviste inte-



Figura 1. *Piloleiomiomas. Neoformaciones en la cara lateral izquierda de cuello.*



Figura 3. *Piloleiomiomas. Aspecto microscópico, dermis media y profunda ocupada por haces musculares dispuestos en diversas direcciones (H-E 4x).*

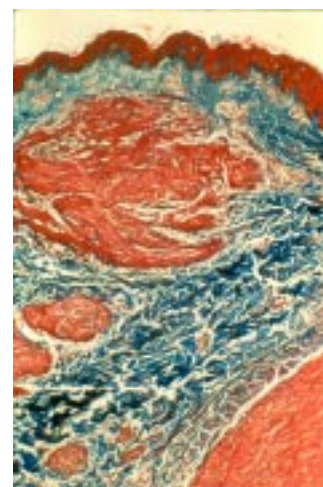


Figura 4. *Piloleiomiomas. Haces musculares que ocupan dermis media y profunda (Mas-son 4X).*



Figura 2. *Piloleiomiomas. Neoformaciones en la región subcapsular izquierda con distribución zosteriforme.*



Figura 5. *Piloleiomiomas. Mayor aumento de la anterior, se observan haces musculares entrecruzados. (Masson 40X).*

rés ya que es un tumor poco frecuente en la práctica dermatológica y su manejo integral representa un reto para el dermatólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick TB, Risen A, Freedberg I et al. *Dermatology in general medicine*. 5a edition. Ed. McGraw-Hill, EUA, 1999: 1211.
2. Elder D, Elenitscas R, Jawosky C et al. *Lever: Histopatología de la Piel*. 8ª edición, Ed. Intermédica, Buenos Aires, 1999: 826-828.
3. Verazaluce BE, Morales ME, Ramos-Garibay A. Leiomiomas cutáneos múltiples. Comunicación de un caso y breve revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1998; 7: 55-60.
4. Rodríguez MC, Gutiérrez RM, Novales J et al. Tumores cutáneos dolorosos. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1995; 4: 90-103.
5. Smith CG, Glaser DA, Leonardi C. Zosteriform multiple leiomyomas. *J Am Acad Dermatol* 1998, 38: 272-73.
6. Yaghobi MB, Mossavi Z, Mohammad poor M. Multiple papular and nodular lesions on the extremities and trunk. *Arch Dermatol* 1999; 135: 341-6.
7. Venencie PY, Puissant A, Boffa GA et al. Multiple cutaneous leiomyomata and erythrocytosis with demonstration of erythropoietic activity in the cutaneous leiomyomata. *Br J Dermatol* 1982; 107: 483-6.
8. Archer CB, Whittaker S, Greaves MW. Pharmacological modulation of cold-induced pain in cutaneous leiomyomata. *Br J Dermatol* 1988: 118-255-60.