

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen
Volume **11**

Número
Number **2**




Mayo-Agosto
May-August **2002**

Artículo:




**Piloleiomiomas cutáneos múltiples.
Comunicación de un caso**

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Centro Dermatológico Pascua

**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***



Medigraphic.com

Piloleiomiomas cutáneos múltiples. Comunicación de un caso

Dr. Daniel Hinostroza Da Conceicao,* Dra. Myrna Rodríguez Acar,** Dr. Alberto Ramos- Garibay***

RESUMEN

Los leiomiomas son neoformaciones benignas de la piel que derivan del músculo liso. Presentamos el caso de una mujer de 47 años con piloleiomiomas múltiples sin afectación en otros órganos.

Palabras clave: Leiomiomas, músculo liso, piloleiomiomas.

ABSTRACT

Leiomyomas are benign skin neoplasms derivated from smooth muscle. We present the case of a 47 years old woman with multiple piloleiomyomas without involve other organs.

Key words: Leiomyomas, smooth muscle, piloleiomyomas.

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas cutáneos son neoformaciones benignas poco comunes de la piel que derivan del músculo liso¹⁻⁴ y que pueden ser dolorosas.^{1,5,6}

Se reconocen generalmente tres variedades de acuerdo al criterio biológico: los derivados del músculo erector del pelo y de las células musculares de las glándulas sudoríparas mioepiteliales (piloleiomiomas); los que provienen del pezón y regiones genitales (dartoico) y los derivados de la túnica muscular de los vasos sanguíneos (angioleiomiomas).³

De éstos, los primeros son los más frecuentes;³ pueden aparecer a cualquier edad pero la mayor incidencia ocurre entre la segunda y tercera décadas de la vida.¹

Los piloleiomiomas tienen un patrón autosómico dominante con penetrancia incompleta,⁷ aunque pueden presentarse de manera espontánea.³

Se localizan comúnmente en extremidades y tronco. La cara y el cuello se afectan con menor frecuencia. Clínicamente aparecen como neoformaciones elevadas de 1 a 2 cm en promedio; del color de la piel adyacente, rosa o marrón rojizo;⁵ de consistencia firme, superficie lisa, fijos a la piel y móviles sobre planos profundos.

La mayoría son dolorosos^{5,6} con paroxismos de duración variable;³ la causa del dolor permanece incierta. Se han propuesto como posibilidades la contracción del músculo liso, compresión de haces nerviosos y aumento de elementos nerviosos en las lesiones.⁵

Histológicamente están compuestos de haces entrecruzados de músculo liso en la dermis reticular^{3,5,8} con variable componente conectivo y mala delimitación.^{8,9}

El tratamiento de elección es la extirpación local o en bloque. Cuando las lesiones son numerosas se usan algunos fármacos como nitroglicerina, fenoxibenzamina, nifedipina, amitriptilina, etaverina, etc.³ con resultados variables.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 47 años de edad, originaria de Veracruz y residente de México, D.F. Presenta dermatosis diseminada a tronco y miembros superiores. De tronco afecta región escapular y lumbar; de miembros superiores involucra brazos en la cara externa del tercio superior. Es bilateral y asimétrica.

Está constituida por 13 neoformaciones hemiesféricas, de tamaño variable, de color marrón claro y otras del color de la piel adyacente, de superficie lisa, bien circunscritas y de consistencia firme (*Figuras 1, 2 y 3*).

Es de evolución crónica y en algunas ocasiones son dolorosas.

* Dermatólogo egresado del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatóloga del CDP.

*** Dermatopatólogo del CDP.



Figura 1. Aspecto general de las lesiones en cara antero externa de brazo.

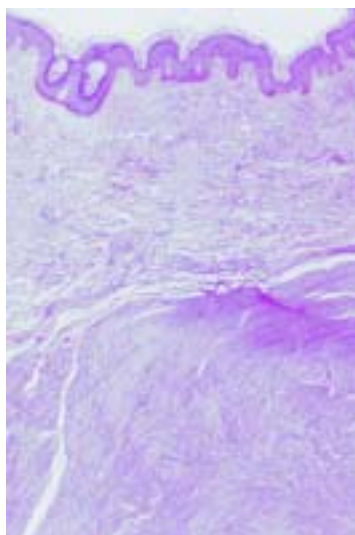


Figura 4. Epidermis de característica normal, en dermis profunda se aprecia neoformación con afinidad tintorial semejante a la colágena (H-E 4x).

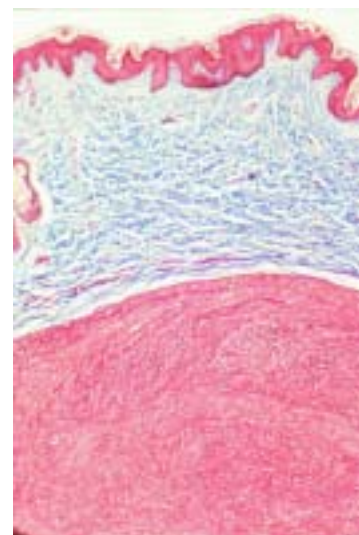


Figura 5. Histología con tinción especial, se pone en evidencia la extirpe muscular de la neoformación. (Tricrómica de Masson 4x).



Figura 2. Lesiones en cara posterior de tórax.



Figura 3. Neoformación hemiesférica localizada en el brazo.

Al interrogatorio refiere haber iniciado hace 14 años aproximadamente con una lesión "elevada como un grano" en tronco y brazos que aumentaron en número y tamaño en forma lenta y progresiva hasta tomar la morfología actual. Algunas le causaban esporádicamente dolor de leve intensidad sin relacionarlo con nada en particular. No ha recibido tratamiento previo.

En el resto de piel y anexos no se observaron datos patológicos. Los antecedentes personales y heredo-familiares fueron negativos.

Se hizo el diagnóstico clínico presuntivo de leiomiomas múltiples y se efectuó biopsia incisional de una lesión. Se solicitó ultrasonografía abdomino-pélvica. El estudio histopatológico mostró epidermis de características prácticamente normales; dermis reticular ocupada por una neoformación circunscrita constituida por numerosos haces de músculo liso dispuestos en diversos trayectos (*Figura 4*).

La tinción de Masson contrastó más el tumor (*Figura 5*).

La ultrasonografía no reportó anomalías.

El diagnóstico definitivo fue piloleiomiomas múltiples. Se propuso como tratamiento extirpación de las lesiones "dolorosas", sin embargo no fue aceptado por la paciente.

COMENTARIO

Se han publicado casos de leiomiomas múltiples y solitarios. La mayoría de los reportes coinciden en que los

primeros son más frecuentes y ocasionalmente muestran herencia familiar. Aparentemente no hay predominio de sexo.⁵

Por otro lado, las mujeres tienen leiomiomas solitarios con más frecuencia. En aquéllas con múltiples lesiones éstas pueden coexistir con leiomiomas o miomas uterinos.¹

Algunos autores consideran la posibilidad de que los cambios hormonales pospuberales pueden influenciar el desarrollo de leiomiomas cutáneos; sin embargo, la fisiopatología exacta permanece sin conocerse.

Esta persona inició la enfermedad en la tercera década, de acuerdo a lo descrito en la literatura; con varias lesiones y no tuvo datos de afectación a nivel uterino ni antecedentes familiares.

El hecho de que no se observaron mitosis atípicas en la pieza estudiada nos orienta hacia un buen pronóstico. El tratamiento muchas veces es innecesario y en este caso no se utilizaron medicamentos debido a que el dolor era eventual y de leve intensidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. McGingley K, Bryant S, Kattine A, Fitzgibbon J, Googe P. Cutaneous leiomyomas lack estrogen and progesterone receptor immunoreactivity. *J Cutan Pathol* 1997; 24: 241-45.
2. Albrecht S. Neoplasias and hyperplasias of neural and muscular origin. In: Fitzpatrick T. *Dermatology in general medicine*. McGraw-Hill 1999; 1210-20.
3. Verazaluce B, Morales M, Ramos A. Leiomiomas cutáneos múltiples. Comunicación de un caso y breve revisión de la literatura. *Revista del Centro Dermatológico Pascua* 1998; 7: 55-60.
4. Heffernan M, Smoller B, Kohler S. Cutaneous epithelioid angioleiomyoma. *Am J Dermatopathol* 1998; 20: 213-17.
5. Raj S, Calonje E, Kraus M et al. Cutaneous pilar leiomyoma: clinicopathologic analysis of 53 lesions in 45 patients. *Am J Dermatopathol* 1997; 19: 2-9.
6. Arenas R. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento*. McGraw-Hill 1996: 442-3.
7. Ollague K. Varón con pápulas y placas normocrómicas en espalda. *Med Cut ILA* 1989; 17: 339-42.
8. Gómez RJ, Iñiguez L. Angioleiomioma de labio inferior. *Actas Dermosifiliogr* 1994; 85: 759-61.
9. Henderson C, Ruban E, Porter D. Multiple leiomyomata presenting in a child. *Pediatric Dermatology* 1997; 14: 287-89.