

Revista del  
**Centro Dermatológico Pascua**

Volumen  
Volume

**11**

Número  
Number

**2**

Mayo-Agosto  
May-August

**2002**

*Artículo:*

**Piloleiomomas 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*



**Edigraphic.com**

# Piloleiomomas 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 piloleiomomas múltiples sin afectación en otros órganos.**

**Palabras clave:** Leiomiomas, músculo liso, piloleiomomas.

## ABSTRACT

**Leiomyomas are benign skin neoplasms derived 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 liso<sup>1-4</sup> y que pueden ser dolorosas.<sup>1,5,6</sup>

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 (piloleiomomas); los que provienen del pezón y regiones genitales (dartoico) y los derivados de la túnica muscular de los vasos sanguíneos (angioleiomiomas).<sup>3</sup>

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

Los piloleiomomas tienen un patrón autosómico dominante con penetrancia incompleta,<sup>7</sup> aunque pueden presentarse de manera espontánea.<sup>3</sup>

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;<sup>5</sup> de consistencia firme, superficie lisa, fijos a la piel y móviles sobre planos profundos.

La mayoría son dolorosos<sup>5,6</sup> con paroxismos de duración variable;<sup>3</sup> 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.<sup>5</sup>

Histológicamente están compuestos de haces entrecruzados de músculo liso en la dermis reticular<sup>3,5,8</sup> con variable componente conectivo y mala delimitación.<sup>8,9</sup>

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.<sup>3</sup> 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.

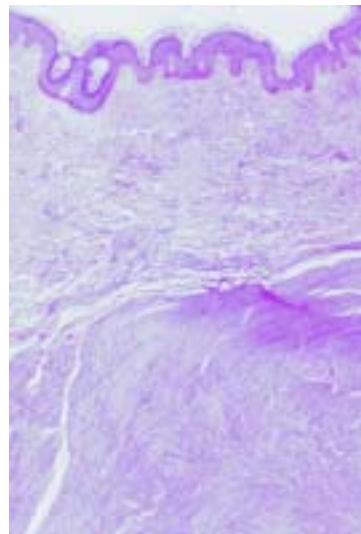
\* Dermatólogo egresado del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Dermatóloga del CDP.

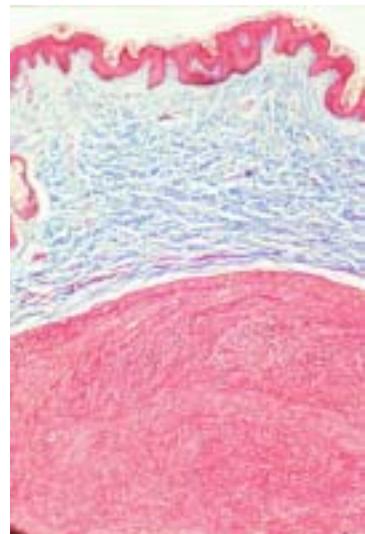
\*\*\* Dermatopatólogo del CDP.



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



**Figura 4.** Epidermis de características normales, 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 heredofamiliares 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 piloleiomomas 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.<sup>5</sup>

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

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 angioliomyoma. *Am J Dermopathol* 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 Dermopathol* 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, Íñiguez 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.