

Angioleiomioma: Reporte de un caso

María Luz Negrín Díaz*, Augusto Carmona **, Teyda Bolívar ***, Katrina Fernández****

*Dermatólogo,**Traumatólogo,***Radiólogo,****Dermatopatólogo. VIDAMED Centro Médico Quirúrgico y Clínica Briceño Rossi. Caracas, Venezuela. negrinml@gmail.com

Resumen:

El angioleiomioma es un tumor cutáneo benigno que se origina del músculo liso de los vasos sanguíneos; es doloroso y poco frecuente. Se presenta el caso de una paciente femenina de 42 años de edad con un tumor cutáneo doloroso, reportado histológicamente como angioleiomioma.

Palabras clave: angioleiomioma, tumores de músculo liso, leiomioma

Abstracts

Angioleiomyoma is a benign, painful, and rare cutaneous neoplasm that originates from smooth muscle cells of blood vessels. We present the case of a female 42 years old patient with a painful cutaneous tumor, reported histologically as angioleiomyoma.

Key words: angioleiomyoma, smooth muscle tumors, leiomyoma

Introducción

Los leiomiomas son tumores cutáneos benignos, constituídos por fibras de músculo liso ⁽¹⁾. Se clasifican en tres grupos: los piloleiomiomas que se originan del músculo piloerector; los angioleiomiomas que se originan de las paredes vasculares y los leiomiomas genitales del músculo dartoico, vulvar o mamilar ⁽²⁾⁽³⁾.

El angioleiomioma, fue descrito por Stout en 1937; aunque ya había sido reconocida por Axel Key, un siglo antes, como "Tubérculo doloroso leiomiomatoso" ⁽⁴⁾. Representa el 5% de los tumores benignos de partes blandas y la cuarta parte de los leiomiomas cutáneos ⁽⁴⁾.

Reporte del Caso

Se trata de paciente femenina de 42 años, quien consultó por tener un tumor firme, doloroso de 4 años de evolución aproximadamente, ubicado en la rodilla derecha que aumentó de tamaño lentamente. Refiere que al comienzo fue asintomático, pero desde hace unos meses presentaba dolor a la presión. Al examen físico se apreciaba nódulo, de superficie levemente eritematosa, mas palpable que visible, de consistencia firme, no adherido a planos profundos, doloroso a la presión y de

2 cm de diámetro (Foto 1). En la ecosonografía (Foto 2), se observó imagen ovalada hipoeoica, bien delimitada, sobre la rótula, de 1,8 x1,4cm.

Bajo anestesia local infiltrativa, se realizó extirpación quirúrgica, obteniéndose tumor ovalado, bien delimitado, de consistencia dura (Foto 3). El estudio histopatológico reportó (Foto 4): lesión sólida circunscrita, formada por una proliferación de fibras musculares lisas formando haces que se entrecruzan con otros, la mayoría concéntricos alrededor de los vasos de luces estrelladas, confundiendo con su capa media. Diagnóstico: Angioleiomioma.

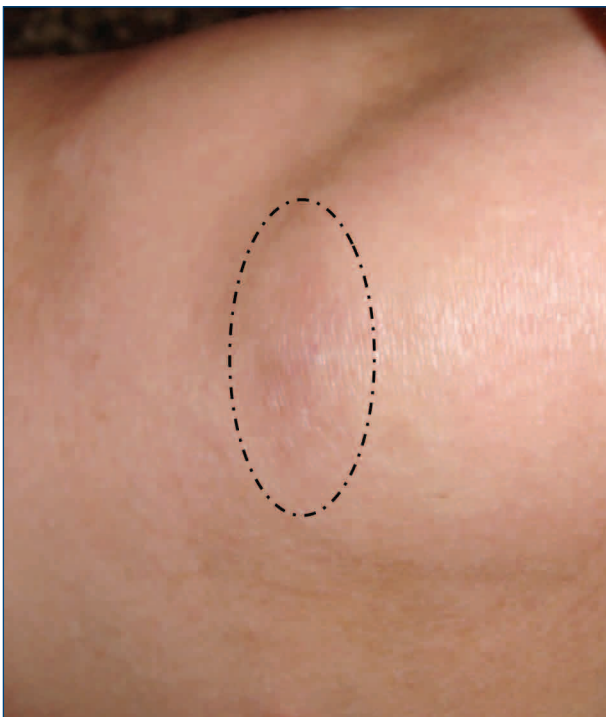
Discusión

Los tumores benignos de músculo liso, llamados leiomiomas, se clasifican en la piel en tres grupos según el origen de las fibras musculares lisas: a) piloleiomiomas que se originan del músculo piloerector, b) angioleiomiomas, se originan de las paredes de los vasos sanguíneos de la dermis y c) leiomiomas genitales del músculo dartoico, vulvar o mamilar ⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

a) Los piloleiomiomas, pueden ser solitarios o múltiples. Los piloleiomiomas solitarios se caracterizan

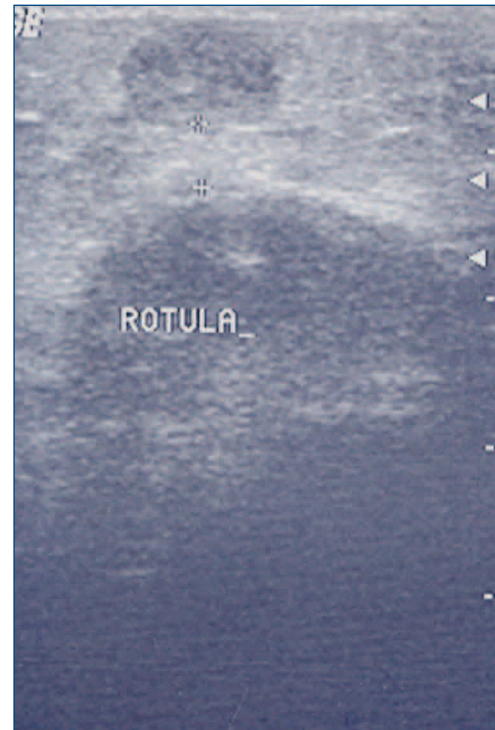
clínicamente por presentarse como un nódulo eritematoso o marrón, cupuliforme o péndulo; se le describe una depresión anular en la superficie ⁽¹⁾. Su tamaño generalmente es de 1cm de diámetro, pero hay reportes de tumores desde 0,5 hasta 5cm ⁽⁶⁾. Se ubican en caras extensoras de las extremidades, tronco, regiones laterales de cara y cuello. Son más frecuentes en mujeres ⁽⁶⁾ y suelen ser dolorosos ante cambios de presión o de temperatura ⁽¹⁾.

Foto 1. Nódulo mas palpable que visible en rodilla derecha



Los piloleiomiomas múltiples se ubican formando placas lineales, agrupadas o abarcando dermatomas ⁽⁵⁾; cuando se diseminan en forma masiva, se denomina leiomiomatosis miliar ⁽⁴⁾. Son más frecuentes en hombres, pero más numerosos en mujeres ⁽⁷⁾. Pueden ser asintomáticos o dolorosos, de forma espontánea o por estímulos físicos, como el frío, presión o emoción; se puede asociar a náuseas, vómitos o midriasis entre otros ⁽¹⁾. Algunas veces se asocian a leiomiomas uterinos conocido como Síndrome de Reed ⁽⁸⁾. Se ha reportado asociaciones de este síndrome con cáncer renal, cáncer de mama, astrocitoma, cáncer de próstata y neoplasias endocrinas múltiples ⁽³⁾. Se han descrito también leiomiomas múltiples asociados a policitemia ⁽¹⁾.

Foto 2. Ecosografía: imagen hipoeoica bien delimitada sobre la rótula



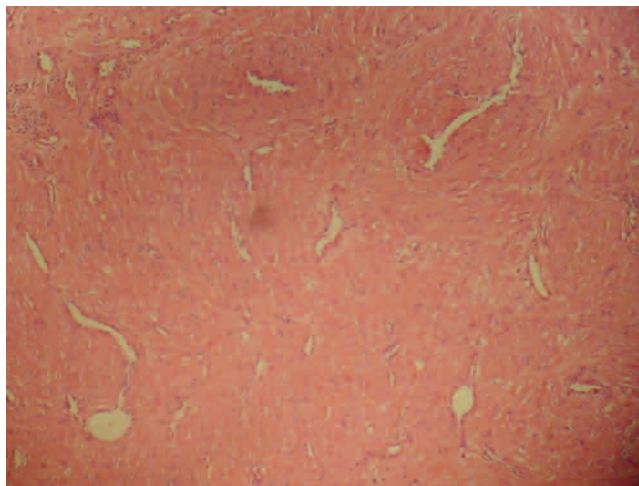
Según el momento de aparición: estos tumores pueden ser congénitos (sumamente raros) o adquiridos ⁽³⁾. Las lesiones adquiridas pueden ser esporádicas o familiares. Cuando son hereditarios, la transmisión es autosómica dominante con penetrancia variable ⁽⁵⁾. La histopatología se caracteriza por múltiples haces de músculo liso con escasa ondulación ⁽¹⁾, distribuidos al azar entrelazándose con otros. Se ubican separados del epitelio por una banda de tejido conectivo, en la dermis y pueden profundizar al tejido celular subcutáneo, siendo estos últimos más dolorosos ⁽¹⁾⁽⁵⁾. La tinción con Tricrómico de Masson, azul de anilina y Van Gieson, diferencian las fibras musculares del colágeno ⁽⁵⁾.

b) Los angioleiomiomas, suelen ser nódulos únicos, profundos más palpables que visibles, muy dolorosos, que pueden medir varios centímetros. Se ubican a predominio del sexo femenino ⁽¹⁾, en el tercio inferior de las piernas, aunque también se han reportado en cabeza (oído externo, labios y cavidad nasal) y el tronco ⁽⁴⁾. En la histopatología es un tumor bien circunscrito, con una cápsula fibrosa, ubicado en dermis o subcutáneo, ricamente vascularizado y sus vasos venosos centrales son estrellados ⁽⁵⁾. Ocasionalmente se puede identificar el vaso de donde se origina ⁽⁵⁾⁽⁷⁾.

Foto 3. Tumor ovalado a la extirpación



Foto 4. Fibras musculares lisas formando haces entrelazados alrededor de los vasos (H-E,40x).



Se distinguen tres tipos histológicos de angioleiomiomas: a) los capilares o sólidos (66% de los casos) donde los fascículos musculares rodean pequeñas luces vasculares, b) cavernosos (11%) con dilatados canales vasculares, donde las paredes no se distinguen del músculo intervascular y c) del tipo venoso (23%) con paredes gruesas vasculares, fácilmente distinguibles de la musculatura intervascular⁽⁹⁾.

En el caso que se presenta, la lesión de la paciente coincide clínica e histológicamente con un leiomioma del tipo angioleiomioma sólido.

c) Los leiomiomas genitales, son semejantes a los piloleiomiomas, excepto porque son asintomáticos, debido a que el tumor desplaza las fibras nerviosas⁽¹⁾⁽³⁾. Se presentan solitarios, como nódulos profundos o pápulas pedunculadas, ubicados en el escroto, vulva, pene o región areolar. Su histopatología es semejante a los piloleiomiomas con focos de infiltrados inflamatorios de células mononucleares⁽¹⁾⁽⁵⁾.

Los estudios de imagen, como la ecografía y la resonancia magnética nuclear, son poco específicos, por lo que el diagnóstico definitivo, se realiza a través de la histología⁽⁹⁾. Los leiomiomas presentan positividad con desmina, actina muscular específica y son negativos para la proteína S-100, enolasa neuronal específica y neurofilamentos⁽⁷⁾.

Martín et al⁽¹⁾, refieren un cuarto grupo de tumores, denominado angiolipoleiomiomas, estos son

excepcionales. Es una proliferación hamartomatosa de vasos sanguíneos, músculo liso y tejido adiposo. Generalmente es de ubicación renal y se asocia a esclerosis tuberosa; pero se han reportado casos de ubicación extrarrenal, entre los que se encuentra la piel. Se presentan en forma de nódulos acrales y asintomáticos. De los casos reportados, afecta casi exclusivamente al sexo masculino⁽¹⁰⁾.

El tratamiento indicado de los leiomiomas es la extirpación quirúrgica, aunque se ha reportado hasta un 50% de recidiva en los piloleiomiomas⁽⁷⁾. Sin embargo, en los casos de los piloleiomiomas múltiples, se han utilizado otros métodos como electrocirugía o criocirugía, con resultados no satisfactorios. Otro método es el uso de ablación con láser de Dióxido de carbono, que ha dado buenos resultados⁽⁵⁾.

El síntoma que causa mayor preocupación es el dolor, el cual ha sido explicado por dos teorías: la compresión de las fibras nerviosas por el tumor o por las contracciones de las fibras musculares del tumor que provocan isquemia⁽⁴⁾⁽⁷⁾; para disminuir el dolor, se han utilizado medicamentos como bloqueadores alfa-adrenérgicos (fenoxibenzamida), bloqueadores de los canales de calcio (nifedipina), nitroglicerina y analgésicos⁽¹⁾⁽⁷⁾.

No tienen riesgo de malignizarse; aunque los piloleiomiomas múltiples, se han visto asociados a leiomiomatosis uterina (Síndrome de Reed) y a cáncer⁽⁵⁾.

El diagnóstico diferencial se realiza con aquellas neoformaciones cutáneas dolorosas; algunos autores ingleses han descrito acrónimos como regla nemotécnica, por ejemplo, GLENDA o ENGLAND para tumores como: Glomangioma, Leiomioma, Espiroadenoma Ecrino, Neuroma Traumático, Dermatofibroma y Angiolipoma⁽⁵⁾. Posteriormente Naversen et al., proponen "LEND AND EGG" y "BLEND AN EGG", iniciales que corresponden a Leiomioma, Espiroadenoma Ecrino, Neuroma Traumático, Dermatofibroma, Angiolipoma, Neurilemoma, Endometrioma, Glomangioma y Tumor de Células Granulosas⁽¹¹⁾. En castellano, la Dra. Giménez-Arnau⁽¹²⁾ propuso la palabra ENGANCHELA, para los tumores: Espiroadenoma Ecrino, Neuroma Traumático, Glomangioma, Angiolipoma, Neurilemoma, Tumor de Células Granulosas, Histiocitoma, Endometrioma, Leiomioma, Síndrome del nevo en tetilla de goma Azul⁽¹³⁾; si consideramos también al dermatofibroma como los autores anglosajones, podríamos decir: **ENGANCHADLE**.

Referencias Bibliográficas

1. Martín MC, Ruiz R, Blasco J, et al. Dermatoleiomiomas múltiples. Rev Intern Dermatol Dermocosm 2002;5:56-58
2. Del Pozo J, Martínez W, Iglesias M, et al. Píloleiomiomas cutáneos múltiples, no heredo familiares. Rev Intern Dermatol Dermocosm 2001;4(7):455-457
3. White L, Levy R, Alan M. Neoplasias and Hyperplasias of Muscular and Neural Origin. In: Fitzpatrick TB et al. Dermatology in General Medicine. 7th ed. Vol.II. MacGraw-Hill: New York: 2009 :1172-1173.
4. Amillo S, Leyes M, Martínez R, et al. Angioleiomioma de nervio periférico. Rev Esp Cir Osteoart 1992;27:345-347
5. Río de la Torre E, Vázquez H. Nódulo pretibial doloroso. Piel 1994;9:401-402
6. Heatley MK, Walsh MY. Solitary cutaneous leiomyomata: a clinicopathological study of 28 cases. Ulster Med J 1989;58(3):166-67
7. Requena L. Píloleiomioma y angioleiomiomas. Disponible en: <http://www.e-dermatosis.com/pdf/zip/Derma112.pdf>
8. Revollar Y, Paredes A, Palomino V, et al. Leiomiomatosis cutánea y uterina: Síndrome de Reed. Dermatol Peru 2005;15(3):241-44.
9. Del Olmo J, Marquina M, Redondo P. Angioleiomioma digital asintomático. Actas Dermosifilogr 2007;98:291-5
10. Ortiz JA, Valvuenza L, Bousso M, Sacristan F. Angiomolipoma cutáneo. Patología 1996;29:115-118
11. Naversen DN, Trask DM, Watson FH, Burket JM. Painful tumors of the skin: "LEND AN EGG". J Am Acad Dermatol 1993;28:298-300.

E-UCV te invita a formar parte de nuestra Asociación



Si eres egresado de la Universidad Central de Venezuela (UCV) o estas interesado en estrechar o mantener vínculos con esta casa de estudios, puedes tomar parte de la Asociación de Egresados y Amigos de la UCV.

Con la afiliación, apoyarás proyectos y programas que estimulan la excelencia académica y la igualdad de oportunidades, además, de contribuir con iniciativas que realcen la condición de ciudad universitaria como patrimonio cultural.

Adicionalmente disfrutarás de beneficios como tarjeta de crédito, adquisición de equipos de coputación a precios competitivos, telefonía móvil con tarifas especiales y descuentos en tintorerías, entre otros.

Para mayor información, consulta www.egresadosucv.org o llama por los teléfonos: 58 212 793.0884, 793.96.42