

Caso clínico

Angioleiomioma ulcerado único: estudio clínico, dermatoscópico e histológico de un caso

Roger González,* Gabriel Salerni,** Michelle Candanosa McCann***

RESUMEN

El leiomioma, una neoplasia benigna originada de las células del músculo liso, se localiza más frecuentemente en el útero; sin embargo, puede aparecer de manera infrecuente en otros órganos, como la piel. El leiomioma cutáneo, que afecta principalmente a adultos entre la quinta y la sexta década de la vida, puede manifestarse en tres diferentes sitios: músculo liso piloerector, paredes vasculares o región genital y pezones. Se comunica el caso de un paciente en cuyo estudio dermatoscópico se observó un tumor nodular, de base hiperpigmentada homogénea, con halo blanquecino y con ulceración central; además, se percibieron estructuras vasculares periféricas (semejantes a vasos en horquilla) en el interior del halo blanquecino. Por tanto, se determinó que el paciente padecía un angioleiomioma ulcerado.

Palabras clave: leiomioma cutáneo, pared vascular, angioleiomioma ulcerado, dermatoscopia.

ABSTRACT

Leiomyoma, a benign tumor originating from smooth muscle cells, is located more frequently in the uterus, but may appear infrequently in other organs including the skin. Cutaneous leiomyoma, which primarily affects adults between the fifth and sixth decades of life, can take three different sites: piloerector smooth muscle, vascular walls and nipples or genital region. We report the case of a patient in which dermoscopic study revealed a nodular tumor homogeneously hyperpigmented base with white halo and central ulceration, peripheral vascular structures (similar to hairpin-like vessels) were perceived inside the white halo. Therefore, it was determined that the patient suffered from an ulcerated angioleiomyoma.

Key words: cutaneous leiomyoma, vascular wall, ulcerated angioleiomyoma, dermoscopy.

El leiomioma es una neoplasia benigna originada de las células del músculo liso; la localización más frecuente es en el útero; sin embargo, puede aparecer de manera infrecuente en otros órganos, como la piel.¹ El leiomioma cutáneo puede mani-

festarse en tres diferentes sitios: músculo liso piloerector, paredes vasculares o región genital y pezones.² Afecta principalmente a adultos entre la quinta y la sexta década de la vida.³ El leiomioma que deriva de las paredes vasculares se denomina angioleiomioma; histológicamente son tumores bien circunscritos, compuestos de vainas o haces de músculo liso, en cercanía de vasos sanguíneos de paredes gruesas.⁴

La dermatoscopia es una técnica no invasiva que se utiliza para valorar lesiones cutáneas de diversas causas, aunque principalmente de origen tumoral.⁵⁻⁸

Se reporta el caso de un paciente con un angioleiomioma ulcerado, con valoración clínica, dermatoscópica e histológica.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 40 años, con fototipo V y sin antecedentes de importancia; acudió a consulta porque padecía una “verruca” en el dorso del antebrazo derecho, pruriginosa, de dos meses de evolución. En la explo-

* Dermatólogo, secretario de la Sociedad Nacional de Dermatología (SND) y profesor del Departamento de Introducción a la Clínica, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

** Dermatólogo y especialista en Dermatología, Hospital Provincial del Centenario, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina.

*** Patóloga, práctica privada.

Correspondencia: Dr. Roger Adrián González Ramírez. Av. Loma Grande 2717, interior M6, colonia Lomas de San Francisco, CP 64710, Monterrey, Nuevo León, México. Correo electrónico: roger.gonzalez@sndermatoscopia.org; roger.gonzalez@onderm.com.mx
Recibido: septiembre, 2011. Aceptado: enero, 2012.

Este artículo debe citarse como: González R, Salerni G, Candanosa-McCann M. Angioleiomioma ulcerado único: estudio clínico, dermatoscópico e histológico de un caso. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(3):206-208.

www.nietoeditores.com.mx

ración dermatológica (Figura 1) se observó un nódulo hiperpigmentado de 6 mm de diámetro, con ulceración central y localizado en el tercio proximal del dorso del antebrazo derecho. Se realizó una dermatoscopia con luz polarizada (DermLite II PRO HR, 3Gen, LLC, San Juan Capistrano, California, Estados Unidos) y se observó una lesión que no cumplía con criterios de lesión melanocítica; sin embargo, tampoco poseía las características de las lesiones no melanocíticas, como angiomas, queratosis seborreica o carcinoma basocelular. La imagen dermatoscópica (Figura 2) mostró un tumor nodular, de base hiperpigmentada homogénea, con halo blanquecino y con



Figura 1. Imagen clínica en la que se observa una lesión nodular hiperpigmentada en el dorso del antebrazo derecho.

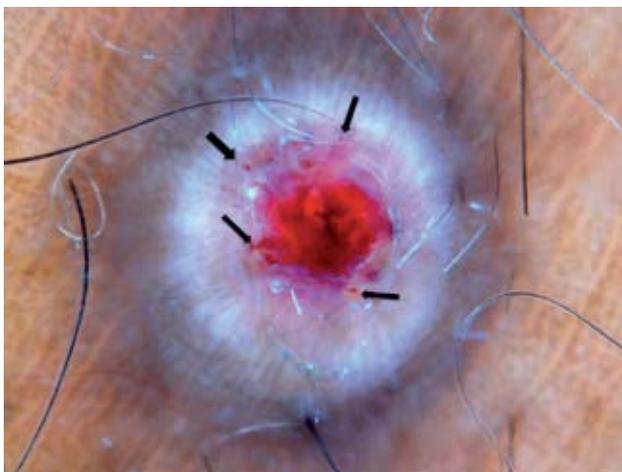


Figura 2. Imagen dermatoscópica que muestra una tumoración con ulceración central, con un halo blanquecino que sugiere queratina y con estructuras vasculares irregulares en su interior; en la periferia se observa una base hiperpigmentada.

ulceración central; en el interior del halo blanquecino se observaron estructuras vasculares periféricas semejantes a vasos en horquilla. Se tomó una biopsia por escisión, con diagnósticos presuntivos de dermatofibroma traumatizado, queratoacantoma, a descartar otro tumor de anexos. El estudio histopatológico mostró epidermis con ulceración central, a expensas de una lesión bien delimitada y conformada por una proliferación de células fusocelulares (de núcleos basófilos y alargados con citoplasma acidófilo), las cuales se disponían de manera desorganizada alrededor de pequeños vasos sanguíneos; el diagnóstico fue concluyente de angioleiomioma ulcerado (Figura 3).

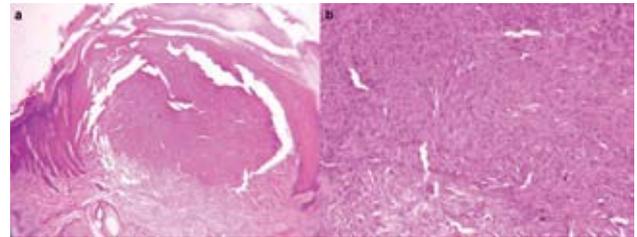


Figura 3. La imagen histológica con tinción de hematoxilina-eosina muestra una neoplasia subepidérmica, ulcerada (a) y compuesta por una proliferación de células fusocelulares, que se disponen de manera desorganizada alrededor de pequeños vasos sanguíneos (b).

DISCUSIÓN

Los leiomiomas cutáneos fueron descritos por primera vez por Virchow en 1854.⁹ Pueden clasificarse en tres variedades: 1) leiomioma pilar (que crece a partir del músculo piloerector), 2) leiomioma genital y mamilar (derivado de fibras musculares lisas de la región genital y del pezón),¹⁰ y 3) los que derivan de las paredes musculares de los vasos sanguíneos (angioleiomioma o leiomioma vascular).⁴ El leiomioma es una neoplasia benigna que afecta principalmente a los adultos, entre la quinta y la sexta década de la vida.^{2,3} Generalmente se manifiesta en forma de tumores agrupados, con morfología papular o nodular.¹¹ Cuando se producen lesiones múltiples, puede asociarse con neoplasias malignas, principalmente de origen renal.^{11,12}

Una de las características típicas del leiomioma vascular es el dolor, que se exagera con presión, cambios de temperatura, embarazo o menstruación. Afecta principalmente las extremidades inferiores y se localiza en el tejido celular subcutáneo o la dermis profunda.¹³

La presentación clínica y dermatoscópica del angioleiomioma nos hizo sospechar lesiones más frecuentes de la piel, como lo son el dermatofibroma y el queratoacantoma, principalmente por la imagen dermatoscópica. La dermatoscopia, también llamada microscopia de epiluminiscencia de la piel, es una técnica no invasiva que se utiliza para valorar lesiones cutáneas de diversas causas, aunque principalmente de origen tumoral.⁵⁻⁸

Los hallazgos dermatoscópicos de dermatofibroma típico son un retículo pigmentado delicado asociado con uno o varios parches blanquecinos de aspecto pseudocicatricial.¹⁴ Sin embargo, Zaballos y col. describieron 10 variantes dermatoscópicas del dermatofibroma, incluido un patrón multicomponente o atípico.¹⁵ El queratoacantoma, aunque no tiene un patrón dermatoscópico definido, puede mostrar en la periferia estructuras vasculares en horquilla, que pueden exhibir un halo hipopigmentado.¹⁶

En este caso los hallazgos clínicos fueron poco definidos; la dermatoscopia, aunque no fue concluyente, sugirió un tumor no melanocítico (como el dermatofibroma o el queratoacantoma) debido a la ulceración y vasos en horquilla en la periferia de la úlcera y la base hiperpigmentada. Sin embargo, la histopatología corroboró el diagnóstico de leiomioma vascular ulcerado; la correlación clínica entre la histopatología y la dermatoscopia fue clara, ya que la úlcera central y esas estructuras vasculares lineales irregulares (semejantes a vasos en horquilla) estaban a expensas de pequeños vasos sanguíneos de trayectos irregulares en la densidad del tumor subepidérmico. El informe de un caso no establece un patrón dermatoscópico, por lo que se necesitan estudios extensos de correlación clínico-dermoscópico-histológica para poder establecer patrones y criterios.

REFERENCIAS

- Jansen LH. Leiomyoma cutis. *Acta Derm Venereol* 1952;32:40-50.
- Holst VA, Junkins-Hopkins JM, Elenitsas R. Cutaneous smooth muscle neoplasms: clinical features, histologic findings, and treatment options. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:477-490.
- Robati RM, Barikbin B, Kavand S, Sarrafi-Rad N, Moradloo M. Solitary cutaneous leiomyoma in an infant. *Pediatr Dermatol* 2009;26(5):621-623.
- Mahalingam M, Goldberg LJ. Atypical pilar leiomyoma: cutaneous counterpart of uterine symplastic leiomyoma? *Am J Dermatopathol* 2001;23(4):299-303.
- Pehamberger H, Binder M, Steiner A, Wolff K. *In vivo* epiluminescence microscopy: improvement of early diagnosis of melanoma. *J Invest Dermatol* 1993;100(3):356S-362S.
- Soyer HP, Argenziano G, Chimenti S, Ruocco V. Dermoscopy of pigmented skin lesions. *Eur J Dermatol* 2001;11:270-276.
- Soyer HP, Argenziano G, Talamini R, Chimenti S. Is dermoscopy useful for the diagnosis of melanoma? *Arch Dermatol* 2001;137:1361-1363.
- Stolz W, Braun-Falco O, Bilek P, Landthaler M, et al. *Color atlas of dermatoscopy*. 2nd ed. Berlín: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 2002.
- Virchow R. Über Makroglossie und pathologische Neubildung quergestreifter Muskelfasern. *Virchows Arch Pathol Anat* 1854;7:126-138.
- Samimi M, Maître F, Estève E. Hyperkératose mamelonnaire révélant un léiomyome cutané. *Ann Dermatol Venereol* 2008;135:571-574.
- Chia MW, Tay YK, Tan SH. Multiple leiomyoma as a possible sign of aggressive renal cancer. *Int J Dermatol* 2008;47(11):1157-1158.
- Badeloe S, Frank J. Clinical and molecular genetic aspects of hereditary multiple cutaneous leiomyomatosis. *Eur J Dermatol* 2009;19(6):545-551.
- Kacerovska D, Michal M, Kreuzberg B, Mukensnabi P, Kazakov DV. Acral calcified vascular leiomyoma of the skin: a rare clinicopathological variant of cutaneous vascular leiomyomas. Report of 3 cases. *J Am Acad Dermatol* 2008;59(6):1000-1004.
- Ferrari A, Soyer HP, Peris K, Argenziano G, et al. Central white scarlike patch: a dermatoscopic clue for the diagnosis of dermatofibroma. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:1123-1125.
- Zaballos P, Puig S, Llambrich A, Malvey J. Dermoscopy of dermatofibromas: a prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol* 2008;144(1):75-83.
- Zalaudek I, Kreusch J, Giacomel J, Ferrara G, et al. How to diagnose nonpigmented skin tumors: a review of vascular structures seen with dermoscopy: part II. Nonmelanocytic skin tumors. *J Am Acad Dermatol* 2010;63(3):377-386.