

Piloleiomioma

Piloleiomyoma.

Adalid Yakelin Morales-Miranda,¹ Beatriz Reyes-Juárez,² Alma Delia Robles-Carrera³

Resumen

ANTECEDENTES: Los leiomiomas son tumores cutáneos poco frecuentes que se dividen en función del músculo liso de origen. El leiomioma cutáneo más común es el leiomioma piloso en 3-5%, seguido de angioleiomiomas y leiomiomas genitales. Predomina en mujeres, es más frecuente en el tronco y las extremidades. Suelen manifestarse como lesiones múltiples y pueden estar asociados con síndromes o malignidad.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 46 años con histerectomía por miomatosis uterina y antecedente familiar (padre) con piloleiomiomatosis.

CONCLUSIONES: Ante la leiomiomatosis pilar debe realizarse un interrogatorio dirigido en cuanto a los antecedentes familiares e iniciar el abordaje en busca de síndromes asociados en caso de mujeres con leiomiomas uterinos y cáncer renal.

PALABRAS CLAVE: Piloleiomioma; tumor cutáneo; leiomioma cutáneo; cáncer renal.

Abstract

BACKGROUND: *Pilar leiomyoma is a rare skin tumor, which is divided according to the smooth muscle from which it is originated. The most common cutaneous leiomyoma is the pilar leiomyoma in 3-5%, followed by angioleiomyomas and genital leiomyomas. It's more common in women, being more frequent in the trunk and extremities. They usually present as multiple lesions and may be associated to syndromes or malignancy.*

CLINICAL CASE: *A 46-year-old female patient, with hysterectomy due to uterine myomatosis and her father with pilar leiomyoma.*

CONCLUSIONS: *In a patient with pilar leiomiomatosis a directed questioning regarding family history must be done and initiate the approach in search of associated syndromes in the case of women with uterine leiomyomas and kidney cancer.*

KEYWORDS: *Pilar leiomyoma; Skin tumor; Cutaneous leiomyoma; Kidney cancer.*

¹ Dermatóloga tricóloga, Unidad de Especialidades Médicas. Profesora de pregrado y posgrado.

² Residente de primer año del curso de Dermatología, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

³ Dermatóloga, Unidad de Especialidades Médicas. Profesora de pregrado. Universidad del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, Ciudad de México.

Recibido: septiembre 2019

Aceptado: diciembre 2019

Correspondencia

Adalid Yakelin Morales Miranda
morayami05@hotmail.com.mx

Este artículo debe citarse como
Morales-Miranda AY, Reyes-Juárez B, Robles-Carrera AD. Piloleiomioma. Dermatol Rev Mex. 2020; 64 (5): 585-588.

ANTECEDENTES

Los leiomiomas cutáneos son tumores originados del músculo liso, se consideran una enfermedad poco frecuente de carácter hereditario y asociada con varios trastornos. Se dividen en función del músculo liso donde se originan y por sus características clínico-patológicas. Los leiomiomas pilosos, también llamados piloleiomiomas, son el subtipo más común de leiomiomas cutáneos (3 a 5%),¹ seguidos de los angioleiomiomas y los leiomiomas genitales.¹⁻³

En 1854 Rudolf Virchow fue la primera persona en denominar esta dermatosis *tuberculum dolorosum*, en 1973 se describió por primera vez con una afección hereditaria denominada síndrome de Reed (asociación entre piloleiomiomas y miomas uterinos) y en 2001 se describió el síndrome de leiomiomatosis hereditaria y cáncer de células renales.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 46 años de edad, ama de casa, que acudió a nuestro servicio por tener "bolitas" en el tronco y la extremidad superior derecha de tres años de evolución, pruriginosas, con aumento en tamaño y número con el paso del tiempo (**Figura 1**).

Tenía el antecedente de diabetes mellitus tipo 2, histerectomía a los 28 años secundaria a miomatosis uterina. Antecedente familiar de padre con lesiones de las mismas características. A la exploración se observó una dermatosis diseminada al tronco anterior y la extremidad superior derecha, bilateral, asimétrica, constituida por una decena de neoformaciones semiesféricas, de 3 a 4 mm de diámetro, de color marrón violáceo, con bordes bien definidos, de consistencia firme, superficie lisa y brillante, no adheridas a planos profundos y con tendencia a agruparse en un patrón lineal. Se realizó una biopsia por escisión por técnica de



Figura 1. Numerosas neoformaciones semiesféricas, de 3 a 4 mm de diámetro, de color marrón violáceo, con bordes bien definidos, de consistencia firme.

huso, en la que se observó una proliferación no encapsulada de tejido muscular que se desprendía del tejido piloerector, con fascículos musculares entrelazados con células fusiformes y puntas romas, lo que llevó al diagnóstico de piloleiomioma (**Figuras 2 a 4**). Se enviaron estudios de escrutinio como ultrasonido renal sin evidencia de masas o quistes y pruebas séricas de laboratorio para evaluar la función renal (examen general de orina y química sanguínea) que estuvieron dentro de parámetros normales.

DISCUSIÓN

El piloleiomioma deriva del músculo piloerector de la unidad sebácea. La incidencia se desconoce, afecta a uno y otro sexo por igual con



Figura 2. Corte histológico teñido con H&E. Tumora-ción dérmica no encapsulada mal definida.

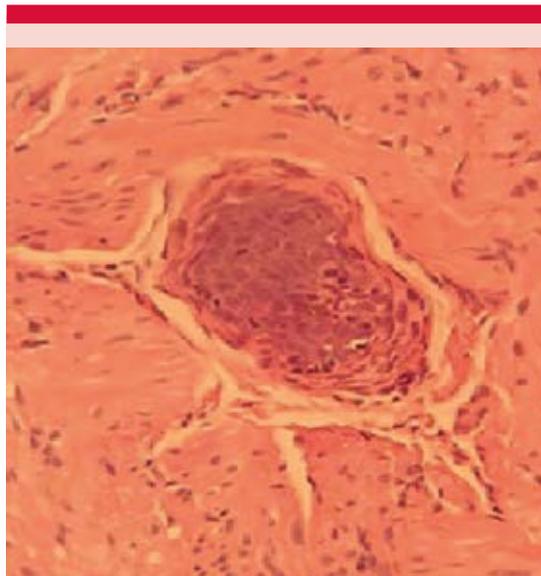


Figura 4. 40x. En el centro un remanente de pelo, al-re-dedor se observan células de músculo liso, fusiformes y punta roma, sin mitosis ni atipias.

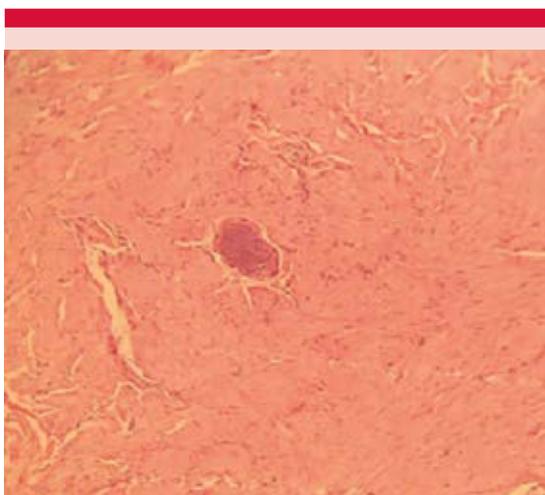


Figura 3. 10 X. Haces de músculo liso que forma fascículos entrelazados de células fusiformes.

predominio en mujeres con edad media de 25 a 30 años y se ha documentado que en 70 a 98% de las mujeres puede asociarse con miomas uterinos (síndrome de Reed).⁴

La topografía más frecuente del pileleiomoma es el tronco y las extremidades, sobre todo en las superficies extensoras y puede manifestarse como lesiones múltiples hasta en 80% o como lesiones solitarias. Puede seguir las líneas de Blaschko, ser lineal, segmentario o zosteriforme. Se distingue por neoformaciones papulonodulares, de consistencia firme, de color pardo rojizo o del color de la piel, que pueden medir desde varios milímetros hasta 2 cm de diámetro. En 90% de los casos son dolorosas secundarias al frío, la presión o emoción.^{2,4}

El diagnóstico definitivo se establece únicamente con biopsia, que puede evidenciar epidermis sin afectación y dermis con fascículos entrelazados de células fusiformes.¹⁻³

El tratamiento de primera línea de las lesiones solitarias sintomáticas es la escisión quirúrgica, con márgenes de seguridad de 2 a 3 mm en sentido lateral y profundo.^{2,4,5}

En caso de múltiples leiomiomas sintomáticos que abarcan una gran área, la escisión quirúrgica puede no ser factible. Se ha reportado que estas lesiones sin tratamiento continúan creciendo, con aparición de nuevas lesiones. La tasa de recurrencia en las lesiones múltiples es de 50% que varía de seis semanas a más de 15 años después de la escisión.^{2,4,5}

El piloleiomioma puede asociarse con algunos síndromes y malignidad. El síndrome de Reed se distingue por múltiples leiomiomas cutáneos con leiomiomas uterinos, es de herencia autosómica dominante con penetrancia variable, con mayor incidencia en mujeres entre 20 y 35 años. El síndrome de cáncer renal y leiomiomatosis hereditaria se conforma por leiomiomas cutáneos, leiomiomas uterinos y cáncer renal, es de herencia autosómica dominante principalmente asociado con piloleiomiomas familiares y afecta a pacientes entre 25 y 45 años. Se han descrito 180 familias en todo el mundo afectadas en Europa del este. Está relacionada con la mutación en la enzima fumarato hidratasa que desempeña actividad de supresión tumoral con la secundaria aparición de tumores renales unilaterales, principalmente carcinoma papilar renal y carcinoma del conducto colector.^{4,6} Esta mutación se relaciona con leiomiomas uterinos en 55 a 83%,⁴ y en 1 a 2%⁴ con el síndrome de carcinoma papilar renal tipo II.^{4,6-8}

Es importante realizar el abordaje oportuno y la detección temprana para descartar la asociación de cáncer renal.

CONCLUSIONES

Ante la leiomiomatosis pilar debe realizarse un interrogatorio dirigido en cuanto a los antece-

des familiares e iniciar el abordaje en busca de síndromes asociados en caso de mujeres con leiomiomas uterinos y cáncer renal.

En el caso de nuestra paciente, por el antecedente familiar y la histerectomía secundaria a miomatosis uterina, se realizó el abordaje con ultrasonido renal sin encontrar anormalidades, en este caso el tratamiento debe enfocarse a los síntomas porque el dolor puede contribuir significativamente a la morbilidad en estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Anand P, Sarin N, Khurana VK. Asymptomatic cutaneous pilar leiomyoma: a rare and distinct entity. *Int J Current Med Pharmaceut Res* 2017; 3 (12): 2800-2802.
2. Deyrup A. Smooth muscle tumor. In: Folpe, Andrew L, Carrie Y. *Bone and soft tissue pathology*. 12th ed. Elsevier; 2010; 119-130.
3. Akay BN, Boyvat A, Heper AO, Unlu E. Congenital pilar leiomyoma. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59 (5): S102-4. doi: 10.1016/j.jaad.2008.05.030
4. Bernárdez Y, Cabrera GC, Curbelo M, Díaz D. Leiomioma cutáneo múltiple no familiar. Presentación de caso Non familiar multiple cutaneous leiomyoma. *Case presentation. MediSur* 2018; 16 (5): 728-732.
5. Lucile EW, Ross ML, Murad A. Neoplasias e hiperplasias de origen muscular y neural. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D, Wolff K. 9. Fitzpatrick. *Dermatología en medicina general*. 8^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014; 14.
6. Elgendy A, Alshawadfy E, Ali E. Pilar leiomyoma located on the back: A case report. *Clin Exp Dermatol Res* 2015; 6 (3): 1-3. 10.4172/2155-9554.1000281
7. Del Cerro M, Candau FA, Rueda Gómez M, Herrera M, Sánchez Yus E, Robledo A. Leiomiomas cutáneos familiares asociados a miomas uterinos. Presentación de una familia y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr* 1995; 86: 377-82.
8. Valdivia Z, Tolentino J, Galarza V, Vela C. Leiomiomatosis cutánea y uterina: síndrome de Reed. *Folia Dermatol* 2009; 20: 32-4.