

Mioma del músculo dartoico

Dartos muscle myoma

Sr. Director:

Los leiomiomas cutáneos son neoplasias benignas derivadas de las fibras musculares lisas. Clásicamente se han clasificado en 3 grandes grupos¹: piloleiomiomas, angioleiomiomas y leiomiomas genitales. Estas neoplasias derivan de las fibras musculares lisas presentes en los músculos erectores del pelo (piloleiomiomas), las paredes vasculares (angioleiomiomas) y de las fibras musculares lisas presentes en el escroto (dartos), la vulva y el complejo areola-pezón (leiomiomas genitales).

Existen otras tumoraciones cutáneas benignas con presencia de fibras musculares lisas¹: hamartoma de músculo liso, angiomiolipoma cutáneo, dermatomiofibroma y miofibroma cutáneo solitario.

Presentamos el caso de un varón de 26 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultó por una lesión en la parte media del escroto de 2 años de evolución. La lesión le producía molestias y le había crecido de forma considerable en los últimos meses. En la exploración se observó una lesión tumoral ovalada, gomosa, de unos 40 mm de diámetro (fig. 1). El estudio ecográfico reveló una tumoración intraescrotal, heteroecogénica e independiente del testículo y el epidídimo. Con la sospecha clínica de "tumoración benigna de escroto" se realizó una toma de biopsia. El estudio histopatológico mostró una llamativa proliferación de fibras musculares lisas localizadas en los dos tercios inferiores de la dermis (fig. 2). Estas fibras se entrecruzaban entre sí, y entre ellas se interponían haces de colágeno. A mayor aumento, vimos que las fibras estaban constituidas por células eosinofílicas grandes, con núcleos fusiformes de bordes romos. La visualización de cortes transversales reveló la presencia de vacuolización citoplasmática y espacios claros perinucleares (detalle fig. 2), muy indicativos de un origen muscular liso². No se demostraron atipias y el índice mitótico fue bajo. La



Figura 1 Lesión tumoral en el escroto.

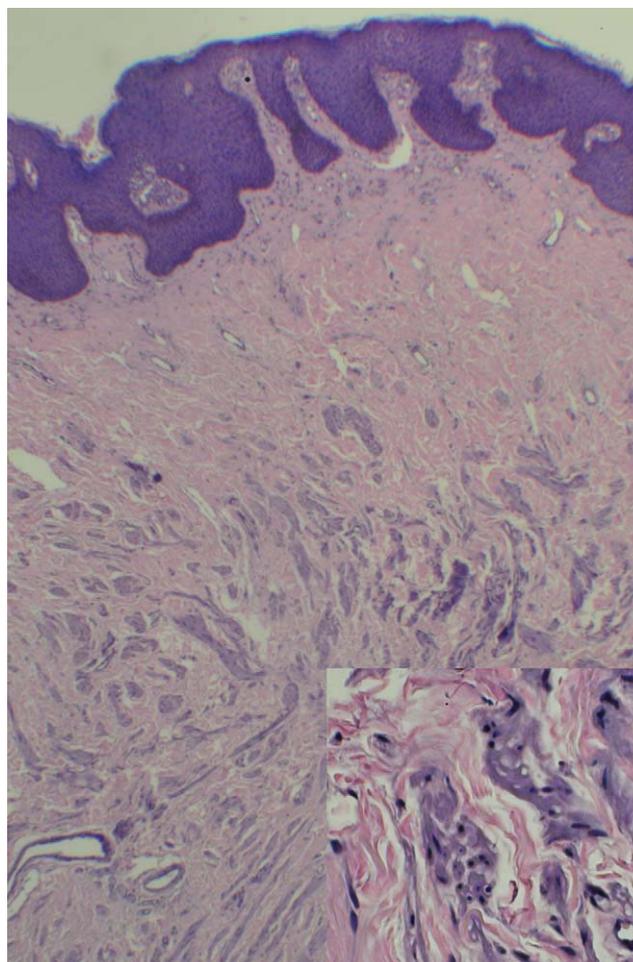


Figura 2 Proliferación de fibras musculares lisas en la dermis media y profunda (H/E 10 ×). Detalle en el margen inferior derecho de las células que conforman los haces (H/E 100 ×).

naturaleza muscular de la lesión se confirmó gracias a la inmunorreactividad positiva para actina de músculo liso (fig. 3). Se realizaron tinciones de inmunohistoquímica para la detección de receptores hormonales (estrógenos, progestágenos y andrógenos), que resultaron en todos los casos negativas.

Los leiomiomas genitales representan los leiomiomas cutáneos más infrecuentes^{1,3}. En este grupo está el leiomioma escrotal o dartoico, tumor del que se han descrito en torno a 50 casos en la literatura médica⁴. La lesión se presenta en varones de edad media (3.^a-7.^a décadas de la vida), habitualmente como un nódulo solitario, asintomático, de 1-14 cm de tamaño, de crecimiento progresivo^{3,4}. Por su localización y su clínica es indispensable realizar el diagnóstico diferencial con otras tumoraciones paratesticulares benignas y malignas, ya que estas últimas se presentan hasta en un 20% de los casos⁵. Gracias a la ecografía podremos distinguir si la masa es intraescrotal o extraescrotal, así como su naturaleza sólida o quística⁶. De este modo, una masa de estas características podrá ser desde un lipoma (tumoración paratesticular más frecuente) hasta un tumor adenomatoide del epidídimo (tumor de epidídimo más frecuente)⁷. Deberán tenerse en cuenta afecciones inflamatorias en el diagnóstico diferencial^{5,8}. Por esto, el estudio histopatológico de las

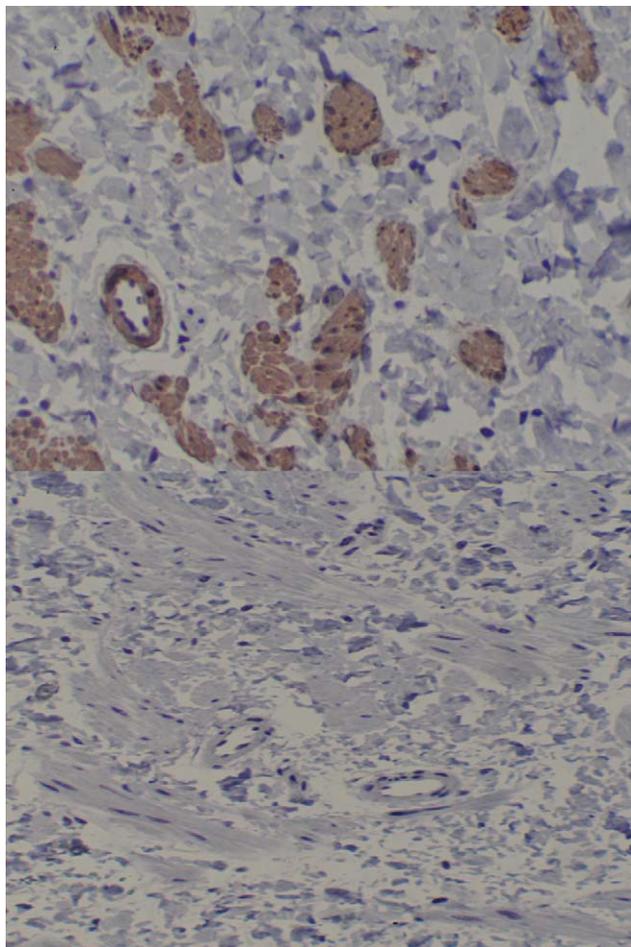


Figura 3 Inmunofluorescencia positiva para actina de músculo liso (parte superior de la imagen). Detalle en la parte inferior de inmunorreactividad negativa para receptores de andrógenos.

tumoraciones paratesticulares es fundamental; el leiomioma dartoico se distingue fácilmente de otras tumoraciones. La escisión simple es el tratamiento de elección dada la naturaleza benigna de la lesión⁸.

Histológicamente, no suele haber demasiadas dificultades para su diagnóstico. Si hubiese dudas, el uso de marcadores de inmunohistoquímica (actina de músculo liso, vimentina, desmina) ayudaría a solucionar el problema en la mayoría de los casos. A la hora de diferenciar cada uno de los leiomiomas ayudarán distintos datos clinicopatológicos: 1) el *angioleiomioma* se trata de una lesión tumoral única, que aparece en las extremidades inferiores de las mujeres. Suele ser dolorosa y, desde el punto de vista histológico, se caracteriza por una proliferación circunscrita de fibras musculares lisas entremezcladas con luces vasculares^{1,9}; 2) el *piloleiomioma múltiple* (el más frecuente de los leiomiomas) suele presentarse a modo de pequeñas lesiones agrupadas, fundamentalmente en las extremidades¹; 3) el *leiomioma de la areola/pezón* es una lesión única, de 5–10 mm de tamaño, frecuentemente sintomático, al igual que el piloleiomioma^{1,3}. Desde el punto de vista histológico, es muy parecido al piloleiomioma, ya que son lesiones mal

delimitadas que asientan preferentemente en la dermis media-alta^{1–3}, y 4) finalmente están los *leiomiomas vulvares* y *escrotales*. Son de mayor tamaño, asintomáticos e histológicamente más profundos y mejor delimitados³. Esto último ha llevado a varios autores a separar a los leiomiomas vulvoescrotales de los areolares^{2,3}.

Estudios recientes mediante inmunohistoquímica han demostrado la expresión de receptores androgénicos en leiomiomas escrotales, que son negativos en piloleiomiomas y leiomiomas areolares¹⁰. Esto apoyaría la distinción entre los leiomiomas areolares y los escrotales/vulvares, y pierde sentido el encasillarlos conjuntamente como “genitales”. Asimismo, este hallazgo demuestra que los leiomiomas escrotales/vulvares pueden asemejarse más a los propios leiomiomas uterinos, también sensibles a las hormonas¹⁰. Nosotros no pudimos verificar esta hipótesis. Pese a que la lesión había aumentado de tamaño rápidamente, no pudimos demostrar un crecimiento dependiente de las hormonas.

Por tanto, parece conveniente seguir investigando estas tumoraciones. El tratar de ver frente a qué sustancias responden puede ayudarnos a descifrar su comportamiento y su origen.

Bibliografía

1. Holst VA, Junkins-Hopkins JM, Elenitsas R. Cutaneous smooth muscle neoplasms: Clinical features, histologic findings, and treatment options. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:477–90.
2. Fisher WC, Helwig EB. Leiomyomas of the skin. *Arch Dermatol.* 1963;88:510–20.
3. Newman PL, Fletcher CD. Smooth muscle tumours of the external genitalia: Clinicopathological analysis of a series. *Histopathology.* 1991;18:523–9.
4. Ohtake N, Maeda S, Kanzaki T, Shimoinaba K. Leiomyoma of the scrotum. *Dermatology.* 1997;194:299–301.
5. Lioe TF, Bigart JD. Tumours of the spermatic cord and paratesticular tissue. A clinicopathological study. *Br J Urol.* 1993;71:600–6.
6. Sánchez Merino JM, Gómez Cisneros SC, Fernández Flores A, Parra Muntaner L, López Pacios JC, García Alonso J. Leiomioma de escroto. *Actas Urol Esp.* 2001;25:233–6.
7. Akbar SA, Sayyed TA, Jafri SZ, Hasteh F, Neill JS. Multimodality imaging of paratesticular neoplasm and their rare mimics. *Radiographic.* 2003;23:1461–76.
8. Chiong E, Tan KB, Siew E, Rajwanshi A. Uncommon benign scrotal tumors. *Ann Acad Med Singapore.* 2004;33:351–5.
9. Braun-Falco M, Eberlein-König B, Ring J, Hein R. Skrotales leiomyom. *Hautzart.* 2002;53:258–60.
10. Suárez-Peñaranda JM, Vieites B, Evgenyeva E, Vázquez-Veiga H, Forteza J. Male genital leiomyomas showing androgen receptor expression. *J Cutan Pathol.* 2007;24:946–9.

D. González-Vilas, J. García-Gavín, I. Rodríguez Blanco y J. Toribio*

Departamento de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela, A Coruña, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaime.toribio@usc.es (J. Toribio).