

Tumor amarillento-marrónáceo en la espalda de 5 años de evolución

Ricardo Ruiz-Villaverde^a, María J. Alonso^a, José Blasco^a y José Roig^b

^aUnidad de Dermatología. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. España.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 48 que acudió a la consulta de dermatología por presentar, en el flanco lumbar derecho, un tumor marrónáceo-amarillento, mal delimitado, de 5 años de evolución que no le causaba sintomatología subjetiva, pero que a criterio de su médico de cabecera le había motivado a consultar. El paciente negaba la existencia de traumatismos previos en la zona donde se localiza la tumoración.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se apreciaba un tumor amarillento-marrónáceo discretamente sobreelevado de 2,5 × 2 cm de diámetro situado en flanco lumbar izquierdo (fig. 1). No existían signos de ulceración. No se palpaban adenopatías locorreregionales.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Solicitamos estudio histológico de la lesión (fig. 2), así como hemograma, bioquímica general, sedimento urinario, autoanticuerpos, inmunoglobulinas, perfil tiroideo y serología para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de la hepatitis B (VHB) y de la hepatitis C (VHC), sin alteraciones significativas en ninguna de las pruebas complementarias. La tomografía computarizada toracoabdominal no puso de manifiesto la existencia de masas ni megalias en las zonas exploradas.

Correspondencia:
Ricardo Ruiz-Villaverde.
Dr. López Font, 10, 5.º. 18004 Granada. España.
iomenios@hotmail.com

Recibido el 2 de agosto de 2004.

Aceptado el 27 de octubre de 2004.



Fig. 1.—Tumor amarillento-violáceo, nodular, situado en la espalda de nuestro paciente.

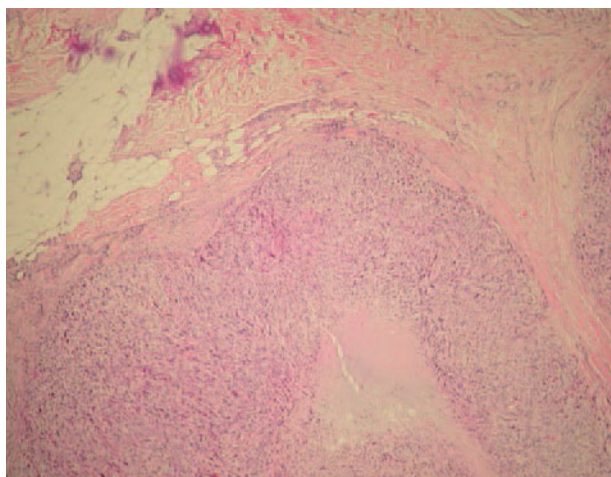


Fig. 2.—Neoformación de células fusiformes, bien circunscrita, de patrón nodular y ubicada en dermis (media y profunda) e hipodermis (Hematoxilina-eosina, ×10.)

DIAGNÓSTICO

Leiomioma cutáneo primario.

HISTOPATOLOGÍA

Se observó una neoformación de estirpe mesenquimatosas, bien circunscrita, de patrón nodular y ubicada en dermis (media y profunda) e hipodermis (fig. 2), conformada por celularidad de morfología fusiforme dispuesta en fascículos interconectados y con focos verticilados, que contorneaban zonas de necrosis geográfica central. La celularidad neoplásica mostraba núcleos cariomegálicos e hipercrómicos, de extremo romo y puntiagudo en el polo opuesto, con elevada actividad mitótica e inmunorreactividad frente a vimentina (fig. 3) y actina específica de músculo liso (fig. 4) y negatividad para el resto de marcadores testados (desmina, CAM 5.2, S100, CD68, EMA, CD34).

EVOLUCIÓN

El paciente fue intervenido con márgenes quirúrgicos de 2 cm en todas las direcciones, profundizando hasta fascia muscular. Seis meses después de la intervención practicada, el paciente no ha presentado signos de recidiva local ni ha desarrollado metástasis ganglionares o a distancia.

COMENTARIO

Los leiomiomas representan menos del 5 % de los sarcomas de tejidos blandos y desde el punto de vista epidemiológico su incidencia es mayor en el sexo masculino entre los 50 y 70 años de edad.

Tradicionalmente, en la literatura médica se ha señalado que la existencia de traumatismos previos, infecciones subclínicas o clínicas por el virus de Epstein-Barr (VEB) o bien la aplicación de radioterapia han podido ser factores desencadenantes del tumor, aunque también se ha abogado por su desarrollo a partir de leiomiomas previos¹. El estímulo estrogénico endógeno también se ha considerado como un factor predisponente a su aparición en aquellas mujeres que lo han desarrollado. Asimismo se ha descrito en pacientes inmunodeprimidos (pacientes sometidos a trasplante renal).

Existen dos grandes tipos de leiomiomas²: a) *superficiales*, que se desarrollan a partir de los músculos erectores del pelo, y b) *subcutáneos*, que se forman a partir del músculo liso de la túnica media de la pared vascular. Nuestro caso está englobado dentro del primer grupo y se presenta generalmente como una lesión tumoral o nodular única, sin descartar la existen-

cia de lesiones multifocales que rara vez miden más de 3 cm en el momento de su diagnóstico clínico. Se localiza con mayor frecuencia en miembros superiores e inferiores, sobre todo en la cara externa de las piernas, y con menor frecuencia en cara, cuello y tronco.

El estudio histológico pone de manifiesto la existencia de una neoformación fusocelular en dermis, hipodermis o ambas que, dependiendo de su estadio, puede invadir fascia y plano muscular. Las células que constituyen el tumor son en su mayoría fusiformes, de núcleo alargado, con grado de atipia nuclear variable, siendo este grado de atipias, la presencia/ausencia de focos de necrosis y el número de mitosis los principales parámetros que nos informan sobre el grado de agresividad del leiomioma. La inmunohistoquímica ayuda a confirmar la naturaleza histológica del tumor y excluir otras neoplasias de células fusiformes. Expresa en el 100 % de los casos actina y en el 70 % desmina, y es más bajo el porcentaje de tumores que expresan otros marcadores como CD34 y S100³.

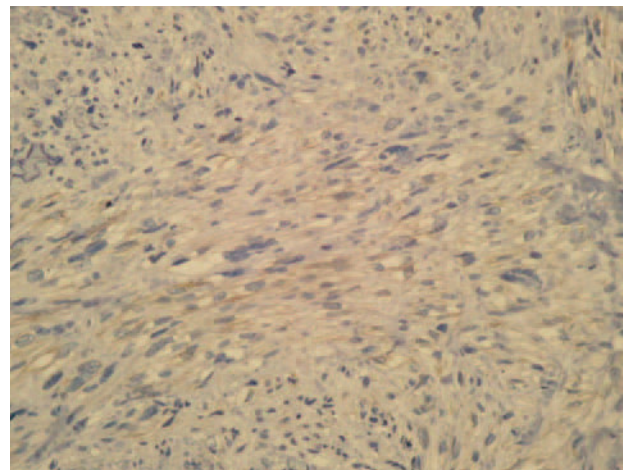


Fig. 3.—Inmunohistoquímica: vimentina, ×40.

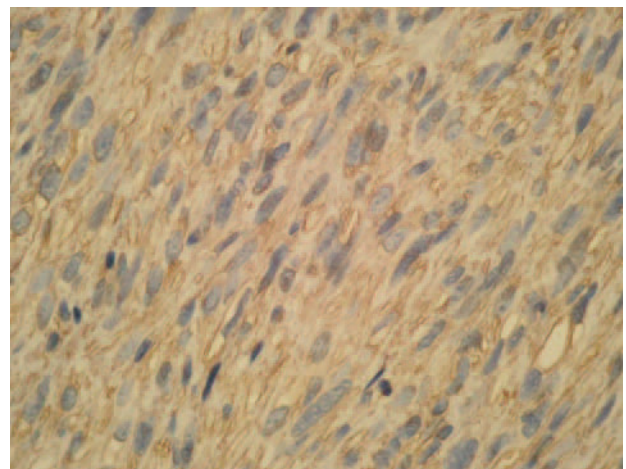


Fig. 4.—Inmunohistoquímica: actina de músculo liso, ×25.

El diagnóstico diferencial incluye dermatofibroma, dermatofibrosarcoma *protuberans*, histiocitoma fibroso maligno, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y schwannoma maligno.

La histología y el estudio inmunohistoquímico permiten su diferenciación.

El tratamiento clásico del leiomioma cutáneo es la exéresis quirúrgica con amplios márgenes dada su elevada tasa de recurrencia local (que varía entre el 30 y el 45 % de todos los tumores descritos en la literatura médica). No hemos encontrado un consenso en los centímetros de margen que deberían aplicarse, habiéndose realizado menciones esporádicas a límites que oscilan entre los 2 y 5 cm⁴. No obstante, sí parece quedar claro que la tasa de recidiva local parece estar íntimamente relacionada con el grosor de la tumoración. En relación al desarrollo de metástasis a distancia, es raro que la variedad dérmica lo haga, en tanto en que la variedad subcutánea puede llegar al 40 % de los casos⁵. El desarrollo de la cirugía micrográfica de Mohs² y su aplicación en el tratamiento quirúrgico de otras neoplasias de células fusiformes ha

hecho que también sea considerada como una opción terapéutica de primera elección, aunque sólo pueda ser aplicada en aquellos centros que dispongan de dicha técnica en su cartera de servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellezza G, Sidoni A, Cavaliere A, Scheibel M, Bucciarelli E. Primary cutaneous leiomyosarcoma: a clinicopathological and immunohistochemical study of 7 cases. *Int J Surg Pathol* 2004;12:39-44.
2. Humphreys TR, Finkelstein DH, Lee JB. Superficial leiomyosarcoma treated with Mohs micrographic surgery. *Dermatol Surg*. 2004;30:108-12.
3. Altinok G, Dogan AI, Aydin SO, Gedikoglu G. Primary leiomyosarcomas of the skin. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36:56-9.
4. Auroy S, Contesso G, Spatz A, et al. Primary cutaneous leiomyosarcoma: 32 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1999; 126:235-42.
5. Valeriani M, Ribuffo D, Balducci A, Innocenzi D, Scuderi N. Recurrent cutaneous leiomyosarcoma. *J Exp Clin Cancer Res* 1998;17:83-5.