

## MIOMAS CUTANEOS

ANTONIO BELTRAN ALONSO

Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital  
Provincial de Jaén.

La observación reciente de dos casos de miomas cutáneos y su dificultad diagnóstica desde el punto de vista clínico, ya que solo el examen anatomopatológico puede dar un diagnóstico de certidumbre, nos mueven a hacer algunas consideraciones sobre estos tumores.

En los tumores musculares cutáneos es preciso distinguir los rabiomomas, procedentes del tejido estriado y que no han sido observados nunca en la piel en forma de tumores benignos, y los leiomiomas que provienen del músculo liso.

VIRCHOW (1), fué el primero que en 1854, describió el leiomioma cutáneo atribuyendo su origen a los planos musculares lisos que se encuentran en la piel de ciertas regiones como el escroto, grandes labios, etc. BESNIER (2), en 1880 hace la descripción clínica e histológica de un caso de dermatomiomas múltiples, diferenciando estos «dermatomiomas propiamente dichos» de los miomas dartoicos solitarios de VIRCHOW. Esta división se ha mantenido y ha ejercido influjo sobre todas las demás clasificaciones propuestas.

Los miomas cutáneos pueden proceder de las paredes vasculares, músculos pilomotores, fibras lisas de las glándulas sudoríparas y en fin de células musculares heterotópicas.

Por motivos clínicos y anatomopatológicos se distinguen miomas subcutáneos o cutáneos. Estos últimos comprenden primero, los miomas solitarios ya sean de origen dartoico o procedentes de fibras lisas de los músculos pilomotores, vasos o glándulas sudoríparas ya que se ha demostrado que el mioma solitario no es siempre de origen

dartoico y segundo los miomas eruptivos, que por sus caracteres especiales tienen una imagen clínica distinta.

### MIOMAS SUBCUTANEOS

Suelen ser tumores benignos que se mencionan muy poco en la literatura dermatológica. Estos tumores, muy raros, aparecen de preferencia en personas de edad, comenzando como un pequeño tumor móvil por debajo de la piel. Crecen muy lentamente y no suelen pasar del tamaño de una nuez pequeña. Al poco tiempo de su aparición presentan fenómenos dolorosos, o espontáneos o provocados por el frío y la presión. Forman un pequeño abultamiento sobre los planos profundos y la piel abultada presenta a su nivel un color violáceo. Son redondeados, perfectamente encapsulados y se deslizan de los planos superficiales y profundos.

### DERMATOMIOMAS SOLITARIOS

Suelen aparecer solitarios o más raramente, en número de dos o tres, localizados en cualquier región del organismo, aunque de preferencia a nivel de los pechos, escroto, grandes labios, etc., es decir, en regiones de capa muscular lisa dartoica. Por lo demás como indica *DISA*, no se diferencia en nada los dermatomiomas solitarios procedentes de otras regiones. *JANSEN* (4) ha descrito varios casos que pudo clasificarlos por el cuadro histológico como procedentes de vasos venosos, músculos pilosebáceos, dartros y de células germinales desplazadas.

El crecimiento de estos tumores es muy lento y no suelen pasar del volumen de una cereza, aunque en ocasiones llegan hasta el de una manzana. Son redondeados, salientes, no pediculados y de color rosa violáceo. En muchos casos el tumor es asiento de sensaciones dolorosas, frecuentemente provocadas por el frío, choque o presión. En un caso de *SPILLMAN* y *MICHON* (5), existía una influencia clara de las reglas y embarazos sobre los fenómenos dolorosos.

Estos tumores son siempre benignos y su crecimiento se detiene sin regresar, no provocando más trastornos que los fenómenos dolorosos ya descritos.

### DERMATOMIOMAS MULTIPLES ERUPTIVOS

Algunos autores los designan dermatomiomas propiamente dichos o miomas simples de *BESNIER*. Son raros, más frecuentes en el hombre que en la mujer y se inician por un tumor único, seguidos

pronto por otros tumores vecinos o bien por eflorescencias múltiples, semejando a una urticaria papulosa persistente, cuyos elementos toman rápidamente el aspecto de pequeños tumores. Brotes posteriores pueden aumentar la extensión del proceso.

La erupción asienta en los puntos más diversos pero queda frecuentemente limitada a una región, pierna, muslo, superficie de extensión del brazo, cara o tronco. Los tumores suelen ser numerosos y llegan a pasar de cien; son de pequeñas dimensiones y de color rosado, duros, intradérmicos y dolorosos a la presión. Los dolores se producen por paroxismos y pueden hacerse intolerables.

El diagnóstico de los miomas cutáneos es difícil si se dispone solamente de los datos clínicos. El asiento de los tumores dartoicos y sobre todo los trastornos sensitivos permiten sospechar esta afección que sólo puede confirmarse por el examen anatomopatológico.

Los dermatomiomas tienen todos la misma estructura, diferenciándose solamente por el asiento y por la presencia en los miomas subcutáneos de una cápsula conjuntiva que los aísla del dermis y del tejido adiposo circundante.

Ocupa el dermis, sin alcanzar en general la epidermis que es normal o un poco atrófica. El tumor está formado por fascículos de músculos lisos, orientados irregularmente y constituidos por células musculares lisas muy largas. La presencia de colágeno separando los fascículos es muy variable, estando destruida la red elástica, puede contener el tumor filetes nerviosos y se cree que los fenómenos dolorosos son provocados por su aplastamiento. GRZYBOWSKI (6), ha descrito con la ayuda de las impregnaciones argénticas, numerosas y finas fibras nerviosas en el interior de los fascículos musculares. ORMEA (7), ha demostrado con el método de BIELSCHOWSKY-GROSS elementos nerviosos fasciculares gruesos de naturaleza proliferativa y sospecha una estrecha relación genética entre elementos musculares y nerviosos.

Es difícil reconocer el origen de estos tumores, a veces, sin embargo, se han podido demostrar relaciones de continuidad con los arrectores pili; otras por el contrario, existe una hipertrofia de las paredes musculares de las arteriolas y es el origen vascular el que parece probable. KRETZMER (8) ha observado el origen a partir de las células mioepiteliales de las glándulas sudoríparas.

No conocemos ningún factor etiológico determinante de los miomas solitarios y su estudio origina los mismos problemas patogénicos que el resto de los tumores. Por lo que respecta a los dermatomiomas múltiples eruptivos, se consideran actualmente como nevi de evolución tardía.

El tratamiento de los miomas solitarios consiste en su extirpación, mientras que los miomas eruptivos son tributarios de la electrolisis.

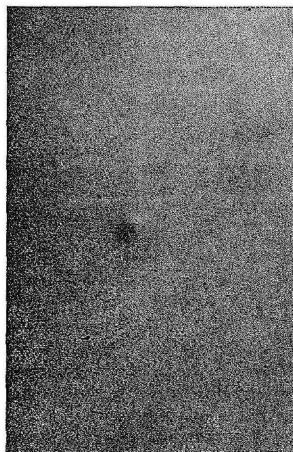
Los casos observados por nosotros son los siguientes:

M. M. C. de 57 años de edad, natural de García, casada sin

hijos. Menopausia 53 años. Ha padecido fiebre de Malta, pulmonía y reumatismo. Hace nueve años se iniciaron los tumores que han ido creciendo de manera insensible hasta su presentación en la consulta. En esta fecha, 28 de julio de 1953, presenta en cara externa de tercio medio de pierna izquierda, un nódulo del tamaño de un garbanzo, rosado violáceo, resaltando sobre la superficie de la piel y adherido a ella. La enferma se queja de dolores, principalmente a la presión.

Por debajo y a unos doce centímetros del anterior se observa otro nodulito análogo pero del tamaño de un perdigón.

El examen histológico con tinción de hematoxilina y eosina, permite observar numerosos elementos celulares alargados dispuestos en haces longitudinales, alternando con otros fascículos cortados perpendicular u oblicuamente. Resalta de manera especial la riqueza en vasos cortados en todas direcciones.



Observación M. L. M.

M. L. M. de 49 años de edad, natural de Jaén, casada, tres hijos sanos. Sin antecedentes patológicos dignos de mención. Hace unos meses que nota un pequeño abultamiento en espalda, sobre el que ha sido atraída su atención por el dolor ocasionado al echarse en la cama de ese lado. El 10 de agosto del 1953, fecha en que se presenta a nuestra consulta, observamos en la línea axilar posterior izquierda a nivel de onceava apofisis espinal dorsal, un tumorcito del tamaño de un guisante pequeño, de color rosado y adherido a piel. Es ligeramente doloroso a la presión. El examen histopatológico demuestra una estructura parecida al anteriormente descrito con la diferencia de que los vasos sanguíneos son muy escasos. (Véase la foto).

De la descripción de nuestros dos casos se desprende que ambos pertenecen al grupo de los dermatomiomas solitarios y que en los dos los trastornos dolorosos ligeros nos hicieron sospechar la afección. Sin embargo solo el examen anatómopatológico es el que permite hacer un diagnóstico cierto, pues existen numerosas lesiones cutáneas con caracteres clínicos parecidos. Por otra parte la rareza del mioma cutáneo hace todavía más difícil el diagnóstico.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) VIRCHOW, R.—Arch. f. path. anat. t. VI 1854.
- (2) BESNIER.—Les dermatomyomes, Annales de dermat. 1885, pag. 321.
- (3) DISS, A.—Deux cas de dermatomyome, Bull. Soc. franc. dermat. pag. 223, 1923.
- (4) JANSEN.—Act. dermat. vener. 32. 40. 1952.
- (5) SPILLMANN Y MICHON.—Les myomes cutanés. Annales dermat. pag. 193, 1923.
- (6) GRZYBOWSKY.—Citado por Nouvelle Pratique Dermat pag. 609 T. VI.
- (7) ORMEA.—Zent. f. H. u. Gesch. 11, 317, 1951.
- (8) KRETZMER.—Arch. f. Derm. 1911, vol. 107.