

## CASO CLÍNICO

## Leiomioma del pezón en un varón: presentación de un caso



María Isabel García Briz <sup>a,\*</sup>, Lya Magdalena Moneva Léniz <sup>a</sup>,  
Juan Carlos Sebastián Tomás <sup>b</sup>, Nuria Rausell Fontestad <sup>c</sup>,  
Ramón García Ruiz <sup>a</sup> y Almudena Mateu Puchades <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía general y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

Recibido el 13 de abril de 2018; aceptado el 28 de julio de 2018

Disponible en Internet el 25 de septiembre de 2018

## **PALABRAS CLAVE**

Leiomioma de la  
areola;  
Leiomioma genital;  
Tumores benignos de  
mama

## KEYWORDS

Leiomyoma of the areola;  
Genital leiomyoma;  
Benign breast neoplasma

**Resumen** El leiomioma del pezón es un tumor benigno y poco frecuente originado a partir de las fibras de músculo liso del tejido subareolar de la mama. Presentamos el caso de un varón con un leiomioma en el complejo areola-pezón izquierdo, destacando las características clínicas e histológicas de estos tumores, así como su manejo.

© 2018 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Leiomyoma of the nipple in a male: A case report

**Abstract** Leiomyoma of the nipple is a rare benign tumour that is thought to arise from smooth muscle fibres in the subareolar tissue of the breast. We report the case of a male patient with a leiomyoma arising from his left nipple-areola complex. The clinical characteristics, gross and microscopic pathologic findings, and management of this lesion are discussed.

© 2018 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Los leiomiomas son neoplasias benignas localizadas predominantemente en el útero. A nivel cutáneo su presencia es

menos frecuente y, dependiendo de las fibras de músculo liso de las que se originen, se clasifican en piloleiomomas (parten del músculo erector del folículo piloso), angoleiomomas (se originan a partir de la lámina media de los vasos sanguíneos) y leiomiomas dártricos o genitales (proliferan a partir de la musculatura lisa del escroto, vulva o pezón)<sup>1</sup>.

Los leiomiomas genitales o dartoicos son los menos frecuentes; se han descrito casos aislados en el complejo

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mariwelchy@gmail.com](mailto:mariwelchy@gmail.com) (M.I. García Briz).

areola-pezón, y su presencia en varones es excepcional<sup>2</sup>. Suelen manifestarse a modo de nódulos palpables y solitarios. Es indispensable la realización de un estudio histológico para confirmar la presencia de fibras musculares lisas sin atipia celular, ya que clínicamente pueden asemejarse a neoplasias mamarias malignas.

Presentamos el caso de un leiomioma solitario en el complejo areola-pezón de un varón, con buena evolución durante el seguimiento.

## Caso clínico

Varón de 70 años que acude al servicio de dermatología por la aparición de una lesión asintomática en la areola izquierda de tres meses de evolución, con aumento progresivo de tamaño durante el último mes. Niega factor desencadenante conocido. Como antecedentes médicos de interés presenta historia previa de cáncer cutáneo no melanoma en la región facial.

A la exploración se observa una placa indurada al tacto en zona retroareolar izquierda, con ligera retracción del pezón sin ginecomastia asociada (fig. 1). No presenta dolor a la palpación ni adenopatías palpables. El resto de exploración física es anodina.

Ante la presencia de una tumoración mamaria, se realiza una biopsia diagnóstica en la que se evidencia una proliferación mal delimitada localizada en dermis media y profunda, respetando la epidermis y la parte superficial de la dermis. Está constituida por haces de células fusiformes con núcleo elongado entrelazadas con fibras de colágeno, con distribución irregular. No se observan signos de atipia celular (figs. 2 y 3). Mediante técnicas de inmunohistoquímica se aprecia positividad para la actina de músculo liso, confirmando la naturaleza del tumor (fig. 4).

Ante estos hallazgos clinicopatológicos se estableció el diagnóstico de leiomioma del complejo areola-pezón.

Se decidió conducta expectante, dada la benignidad de la lesión y la ausencia de sintomatología, con buena evolución durante el seguimiento.

## Discusión

Los leiomiomas cutáneos son neoplasias benignas poco frecuentes. Se clasifican en tres grupos en función de las fibras



Figura 1 Imagen clínica de la lesión.

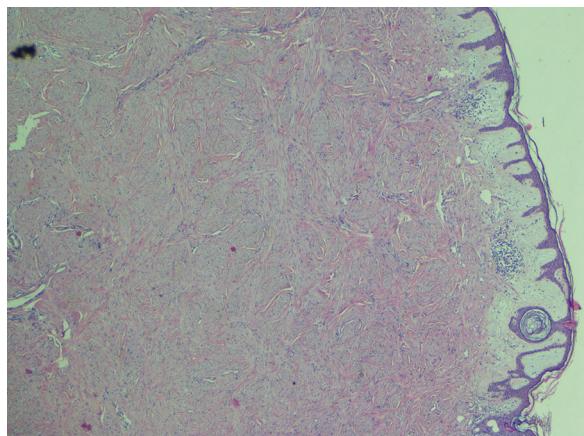


Figura 2 Tinción de hematoxilina-eosina, 4×. A pequeño aumento se aprecia una proliferación dérmica de agregados celulares fusiformes entrelazados de forma irregular con fibras de colágeno. La epidermis se encuentra respetada, así como la parte superior de la dermis.

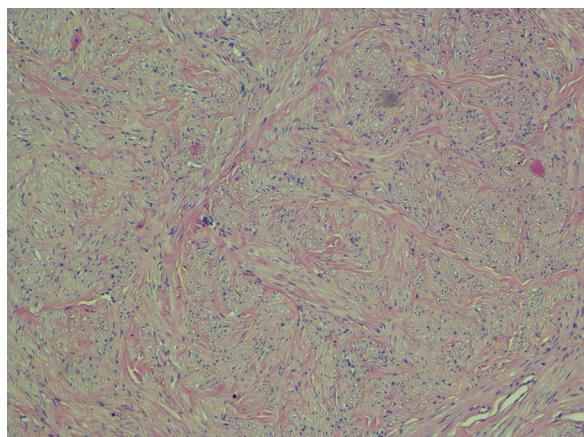


Figura 3 Tinción de hematoxilina-eosina, 10×. A mayor detalle se observan células con núcleo eosinófilo y elongado, sin mitosis ni atipia celular.

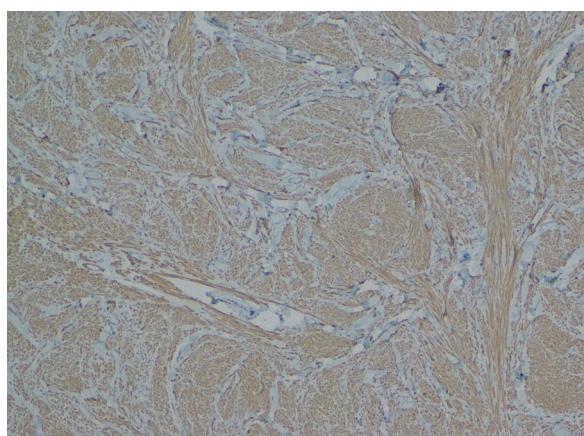


Figura 4 Técnica de inmunohistoquímica para actina de músculo liso, 10×. Las células presentan positividad para la actina de músculo liso.

musculares de las cuales se originan. De todos ellos, el leiomioma dártrico o genital es el menos frecuente, localizándose a nivel de la vulva, el escroto o el complejo areola-pezón. En concreto, los leiomiomas localizados en el pezón y la areola mamaria son tumores muy infrecuentes que parten de haces musculares denominados «*muscularis mamilla et areola*»<sup>3</sup>.

Este tipo de lesiones son más frecuentes en mujeres, siendo excepcional su presencia en varones<sup>2</sup>, ya que se ha descrito la expresión de receptores de estrógenos y progesterona en estos tumores. Por ello, se ha postulado la hipótesis de un posible mecanismo hormonal implicado en su desarrollo<sup>4</sup>.

Clínicamente suele manifestarse a modo de nódulos aislados y unilaterales de pequeño tamaño, recubiertos de piel normal y de largo tiempo de evolución<sup>5</sup>. Aunque no es lo más frecuente, se ha descrito una posible retracción del pezón acompañante, como sucede en nuestro caso<sup>6</sup>. Estas lesiones son mayoritariamente asintomáticas, aunque pueden occasionar dolor de forma espontánea o tras la estimulación local con el roce o la presión, debido a la contracción de las fibras musculares lisas que lo constituyen.

Por ello, dadas las características anteriormente descritas, el diagnóstico diferencial debe englobar tanto procesos benignos como malignos que puedan presentarse en el complejo areola-pezón, tales como la enfermedad de Paget, el fibroma y el adenoma del pezón, la linfadenosis cutánea benigna, la adenomatosis erosiva del pezón, el leiomiosarcoma y el carcinoma de mama<sup>6-8</sup>.

En consecuencia, para poder establecer una confirmación diagnóstica resulta fundamental la realización de un estudio histológico, en el que se observa una proliferación dérmica no encapsulada y mal delimitada, respetando la epidermis y la parte superficial de la dermis. Este tumor está formado por haces de células fusiformes de citoplasma eosinófilo y núcleo elongado, sin mitosis ni atipia celular<sup>9</sup>. Este último aspecto resulta fundamental para diferenciarlo del leiomiosarcoma, en el que es característica la presencia de mitosis y atipia junto con una proliferación celular que invade en profundidad<sup>10</sup>.

A su vez es posible la realización de técnicas de inmunoistoquímica, ya que estas células de estirpe muscular presentan positividad para la actina de músculo liso, la desmina y la vimentina<sup>9</sup>.

En cuanto al tratamiento de estas lesiones, la decisión dependerá fundamentalmente de la sintomatología que refiera el paciente. Si las lesiones son asintomáticas una opción válida es realizar un manejo conservador, dada su naturaleza benigna. Sin embargo, en los tumores dolorosos

es posible la extirpación quirúrgica, así como la utilización de fármacos antagonistas de canales del calcio y anti-alfa adrenérgicos con el propósito de inhibir la contracción de la musculatura lisa. A su vez se han descrito buenos resultados con la utilización de láser CO<sub>2</sub>, posicionando esta técnica como una alternativa a la cirugía<sup>5</sup>. En el caso de nuestro paciente se optó por realizar un seguimiento periódico de la lesión, sin cambios durante los controles evolutivos.

## Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

## 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. Gokdemir G, Sakiz D, Koslu A. Multiple cutaneous leiomyomas of the nipple. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20: 468-9.
3. Roustan-Gullón G, Sánchez-Yus E, Ruiz-Fernández P, Simón-Merchán A. Leiomioma de la areola mamaria. Presentación de dos casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:35-7.
4. Chaudhary KS, Shousha S. Leiomyoma of the nipple, and normal subareolar muscle fibres, are estrogen and progesterone receptor positive. *Histopathology.* 2004;44:626-8.
5. López V, López I, Alcácer J, Ricart JM. Buenos resultados tras tratamiento con láser CO<sub>2</sub> de leiomioma en el pezón. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:928-30.
6. Haier J, Haensch W, Schon M. Leiomyoma as a rare differential diagnosis of Paget's disease of the nipple. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76:490-1.
7. Spyropoulou GA, Pavlidis L, Trakatelli M, Athanasiou E, Pazarli E, Sotiriadis D, et al. Rare benign tumours of the nipple. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:7-13.
8. Shibata S, Imafuku S, Tashiro A, Gondo CH, Toyoshima S, Furue M. Leiomyoma of the male nipple. *J Dermatol.* 2011;38: 727-9.
9. Cordero P, Mestre C, Revert A. Placas en la aréola. Diagnóstico y comentario. *Piel (Barc).* 2017;32:639-43.
10. Lonsdale RN, Widdison A. Leiomyosarcoma of the nipple. *Histopathology.* 1992;20:537-9.