

CARTAS AL DIRECTOR

Hamartoma de músculo liso simulando hidrocistomas ecrinos múltiples

A. Clemente-Ruiz de Almiron^a, R. Corbalán-Vélez^b, E. Martínez-Barba^c y J.F. Frias-Iñiesta^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

^bServicio de Dermatología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Sr. Director:

Los hidrocistomas ecrinos son lesiones quísticas poco frecuentes derivadas del conducto de la glándula sudorípara ecrina. Fueron descritos por Robinson en 1893¹ como lesiones múltiples que aparecían en la cara de mujeres que trabajaban en ambientes con alta humedad y temperatura. Posteriormente, en 1973, Smith y Chernosky² describieron otro grupo de pacientes en los que la lesión se presentaba de manera solitaria o en escaso número. Desde entonces a estas dos formas de presentación se las conoce como la forma clásica o tipo Robinson, y la forma solitaria o tipo Smith. Clínicamente se presentan como lesiones papulosas, vesiculosas, traslúcidas o de color ligeramente azulado, de 2-4 mm, distribuidas por cara y tronco. Las lesiones típicamente mejoran en invierno y empeoran en verano, exacerbándose con estímulos para la sudoración como el ejercicio, el ambiente húmedo y cálido, o incluso alteraciones hormonales como el hipertiroidismo³.

El hamartoma de músculo liso es un proceso benigno caracterizado por una proliferación de haces de músculo liso en la dermis. Casi todos los casos son congénitos, pero también existen casos adquiridos, como el que presentamos. Estas formas adquiridas son extremadamente infrecuentes, con muy pocos casos publicados en la literatura, y hasta la fecha tan sólo hemos encontrado un caso publicado de localización facial⁴.

Presentamos el caso de un paciente varón de 38 años que consulta por aparición progresiva en los últimos 4 años de múltiples lesiones papulosas, tras-

lúcidas, del color de la piel, agrupadas en la mejilla derecha de forma unilateral (fig. 1). Estas lesiones aumentaban de tamaño en verano y con el ejercicio (en relación con el calor y la sudoración) y mejoraban durante el invierno. Con el diagnóstico clínico de hidrocistomas ecrinos múltiples se realizó una biopsia de confirmación, que reveló la presencia de un hamartoma del músculo liso que comprimía las glándulas ecginas, provocando ectasias quísticas tanto del ovillo secretor como de los conductos ecricos. La tinción inmunohistoquímica con actina y tricrómico de Masson fue positiva en las fibras musculares (fig. 2). Se instauró tratamiento con antitranspirantes (clorhidrato de aluminio al 20%), con escasa mejoría, y desde entonces el cuadro ha permanecido estable, sin aparición de nuevas lesiones ni crecimiento de las ya existentes.

Aunque la etiopatogenia del hidrocistoma ecrico no es bien conocida, algunos autores^{5,6} consideran que la lesión se produce secundariamente a una retención del sudor por obstrucción del conducto ecrico⁵⁻⁷. Se trataría por tan-

to de verdaderas ectasias quísticas de la porción dérmica del conducto ecrico. En nuestro caso la histología reveló la presencia de un hamartoma de músculo liso que comprimía mecánicamente los conductos excretores de las glándulas sudoríparas ecginas, provocando secundariamente una dilatación quística de los mismos y dando lugar a lesiones clínicamente compatibles con hidrocistomas ecricos múltiples. Este caso vendría a apoyar la hipótesis etiológica de que el hidrocistoma no es un verdadero tumor, sino una consecuencia de la obstrucción de la porción excretora de la glándula sudorípara, y además explicaría por qué en nuestro caso las lesiones eran unilaterales, a diferencia de lo publicado hasta la fecha.



Figura 1. Múltiples pápulas de color carne agrupadas de forma unilateral en la mejilla derecha.

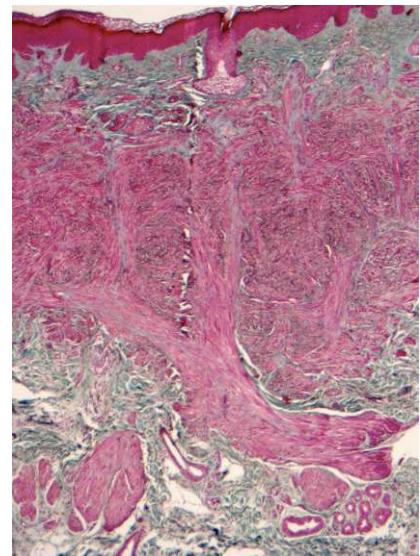


Figura 2. Tricrómico de Masson, $\times 10$. La histología reveló la presencia de un hamartoma de músculo liso comprimiendo las glándulas ecricas y provocando ectasias quísticas, tanto del ovillo secretor como de los conductos ecricos.

El tratamiento de las formas solitarias o tipo Smith consistirá esencialmente en la exéresis quirúrgica de la lesión. Sin embargo, en las formas múltiples o tipo Robinson este tratamiento no es aceptable, por lo que se han ensayado numerosas opciones con resultados desiguales. En primer lugar debe advertirse al paciente que evite los desencadenantes que empeoran las lesiones, como el ejercicio o los ambientes muy calurosos. También se ha usado la atropina de forma oral, pero los efectos secundarios sistémicos no compensan su utilización. Sin embargo, la aplicación tópica de atropina al 1% sí que ha conseguido respuestas en algunos pacientes⁸, aunque no en otros^{5,7}. Otros tratamientos incluyen el uso del láser de CO₂ o el láser de colorante pulsado⁹, la destrucción mediante electrodesecación con aguja fina, o incluso el uso de inyecciones de toxina botulínica¹⁰. En los casos en que hay una al-

teración subyacente, como el hipertiroidismo, la corrección del mismo produce una remisión de las lesiones³.

Bibliografía

1. Robinson AR. Hidrocystoma. *J Cutan Genitourin Dis.* 1893;11:293-303.
2. Smith JD, Chernosky ME. Hidrocystomas. *Arch Dermatol.* 1973;108:676-9.
3. Kim YD, Lee EJ, Song MH, Shur KB, Lee JH, Park JK. Multiple eccrine hidrocystomas associated with Graves' disease. *Int J Dermatol.* 2002;41:295-7.
4. De Alba L, Barrios E, Medina DE, Ramos A. Hamartoma cutáneo adquirido de músculo liso de localización facial. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2001;10:73-6.
5. Khunger N, Mishra S, Jain RK, Saxena S. Multiple eccrine hidrocystomas: report of two cases treated unsuccessfully with atropine ointment. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2004;70:367-9.
6. Klein W, Chan E, Seykora JT. Tumors of the epidermal appendages. En: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF, editors. *Histopathology of the skin.* 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 867-926.
7. Alfadley A, al Aboud K, Tulba A, Mourad MM. Multiple eccrine hidrocystomas of the face. *Int J Dermatol.* 2001;40:125-30.
8. Armstrong DKB, Walsh MY, Corbett JR. Multiple facial eccrine hidrocystomas: effective topical therapy with atropine. *Br J Dermatol.* 1998;139:558-9.
9. Lee HW, Lee DK, Lee HJ, Chang SE, Lee MW, Choi JH, et al. Multiple eccrine hidrocystomas: successful treatment with a 595 nm long-pulsed dye laser. *Dermatol Surg.* 2006;32:296-7.
10. Blugerman G, Schavelzon D, D'Angelo S. Multiple eccrine hidrocystomas: a new therapeutic option with botulinum toxin. *Dermatol Surg.* 2003;29:557-9.

Angiomas capilares lobulares diseminados

A. Vergara^a, M.J. Isarría^a, J.L. Rodríguez-Peralto^b y A. Guerra^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Sr. Director:

El angioma capilar lobular es una lesión vascular benigna muy común que



Figura 1. Múltiples lesiones sésiles, de color violáceo, localizadas en el tronco.

aparece con mayor frecuencia tras traumatismos en encías, labios, mucosa nasal, cara o dedos. Más raramente aparece de forma múltiple o multifocal; en estos casos puede formar parte de un síndrome paraneoplásico, pero en otros no se ha encontrado ninguna enfermedad subyacente. Se han descrito variantes más raras como los localizados a nivel subcutáneo e intravenoso. También se han descrito tras la ingesta de determinados fármacos como retinoides orales^{1,2}.

Presentamos el caso de un paciente varón de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial maligna de larga evolución, insuficiencia renal crónica por nefroangioesclerosis, anemia por trastorno crónico, poliposis colónica con polipeptomías múltiples con histología de adenomas tubulares y tubulovelloso.

Seguía tratamiento con carvedilol, torasemida, ácido acetilsalicílico, nifedipino, enalapril y eritropoyetina.

El paciente refería una historia de 4 a 5 años de evolución con aparición de lesiones cutáneas sésiles y nodulares subcutáneas, de consistencia blanda, coloración rojo-violácea de tamaño variable, de 0,5 a 2 cm de diámetro y localizadas fundamentalmente en el tronco y el cuello (fig. 1). Las mucosas se encontraban respetadas.

En la analítica de sangre encontramos una hemoglobina de 9,4 mg/dl con el resto del hemograma normal; en la bioquímica presentaba: creatinina de 3,22, urea de 114 y ácido úrico de 8,24, siendo el resto normal.

Se extirparon varias lesiones y el examen histológico demostró lesiones lobuladas dérmicas compuestas por