

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Nódulo violáceo en el antehélix de la oreja derecha



Violaceous Nodule on the Right Antehelix

Historia clínica

Un hombre de 58 años, sin antecedentes personales de interés, consultó por una lesión en el antehélix de la oreja derecha (fig. 1a). La presentaba desde hacía 6 años y había ido creciendo lentamente durante este tiempo. El paciente negaba haber sentido dolor ni ninguna otra sintomatología asociada.

Exploración física

A la exploración física se observó un nódulo violáceo de consistencia firme, bien delimitado y de 1 cm de diámetro (fig. 1a). La dermatoscopia mostró unas estructuras vasculares lineales irregulares de aspecto reticular sobre un fondo eritematoso (fig. 1b). Durante el procedimiento quirúrgico se constató la consistencia sólida y pseudoencapsulada del nódulo que fue remitido a anatomía patológica.



Figura 1

Histopatología

El estudio histológico reveló una proliferación tumoral bien delimitada constituida por unos fascículos de músculo liso rodeando unos capilares de pared gruesa bien definidos cuyas luces eran semipermeables (fig. 2 a-c). El estudio inmunohistoquímico de la pieza fue positivo para marcadores de músculo liso, actina (fig. 2 d), desmina y calponina; y para el marcador endotelial CD 34 (fig. 2 e).

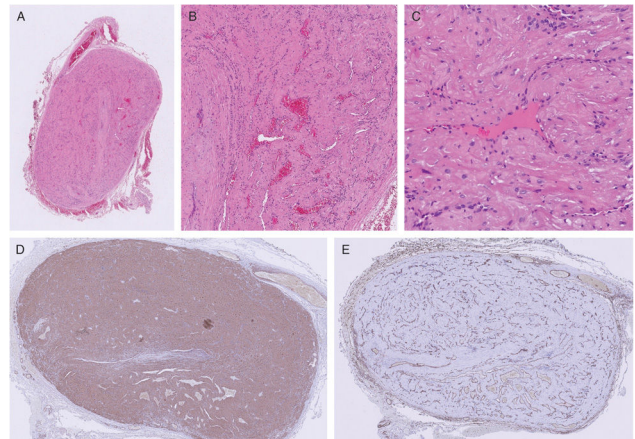


Figura 2

¿Cuál es el diagnóstico?

Diagnóstico

Angioleiomioma.

Evolución y tratamiento

No se observó recurrencia a los 4 meses tras la intervención quirúrgica con márgenes libres.

Comentario

El angioleiomioma (ALM) es un tumor cutáneo, generalmente benigno, que deriva de la capa de músculo liso localizada en la túnica media de los vasos sanguíneos. Representa el 5% de todos los tumores benignos de tejidos blandos y suelen desarrollarse entre la quinta y la sexta década de vida. Aunque lo más frecuente es que se desarrolle en los miembros inferiores, también puede aparecer a nivel de cabeza y cuello. El motivo de consulta más habitual es el dolor asociado, aunque los localizados en cabeza y cuello suelen ser asintomáticos¹⁻³.

La presentación clínica más frecuente del ALM es un nódulo único, redondeado y violáceo, que crece de forma lenta durante años^{4,5}. El diagnóstico diferencial incluye lesiones vasculares de color purpúreo como el hemangioma auricular, el tumor glómico, el angiomiolipoma, la hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia y la variante maligna del ALM, el angioleiomiomiosarcoma. También hay que plantearse lesiones de aspecto quístico como el quiste epidérmico y el pseudoquiste auricular^{6,7}. En el examen dermatoscópico, el aspecto violáceo se debe a la dilatación de los plexos vasculares superficiales que se encargan de irrigar el cartílago auricular^{8,9}. El diagnóstico de certeza es histológico, en el que se observa un tumor compuesto por fascículos de músculo liso entrelazados envolviendo a los vasos sanguíneos. En función de la composición de dichos vasos y del tamaño de su luz, el ALM se clasifica en 3 subtipos: el capilar, el venoso y el cavernoso^{5,10,11}. El estudio inmunohistoquímico habitualmente es positivo para vimentina, desmina y actina, que tiñen las estructuras celulares del músculo liso^{12,13}. El ALM raramente recurre tras su extirpación. La recidiva del tumor va asociada a una mayor probabilidad de malignidad^{14,15}.

En los últimos 20 años se han publicado un total de 15 casos clínicos de ALM (Anexo A¹⁶). Existe un claro predominio masculino (14/15). La edad oscila entre los 12 y los 85 años. La mayoría se encontraban en la franja de edad entre la cuarta y la sexta década de vida (9/15), 3 eran menores de 30 años y otros 3 superaban los 60 años. Respecto al tiempo de evolución de la lesión, en 11 de los casos fue de al menos un año, de los cuales 4 de ellos estaban presentes durante más de 5 años. Solo 2/15 casos presentaban sensibilidad o sensación dolorosa asociada a la lesión, siendo el resto asintomáticos. Histológicamente, 13/15 casos se clasificaron dentro del subtipo venoso; los 2 restantes fueron ALM con morfología cavernosa. En todos los casos el tratamiento consistió en la exéresis quirúrgica de la lesión. No se han documentado casos de recurrencia del tumor una vez extirpado en aquellos casos que han tenido seguimiento clínico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.02.047>.

Bibliografía

- Hachisuga T, Hashimoto H, Enjoji M. Angioleiomyoma. A clinicopathologic reappraisal of 562 cases. *Cancer*. 1984;54:126-30, [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(19840701\)54:1<126::AID-CNCR2820540125>3.0.CO;2-F](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(19840701)54:1<126::AID-CNCR2820540125>3.0.CO;2-F).
- Kanitakis J. Angioleiomyoma of the Auricle: An Unusual Tumor on a Rare Location. *Case Rep Otolaryngol*. 2017;1-3, <http://dx.doi.org/10.1155/2017/8289710>.
- Wirth GA, Sundine MJ, Kong AP, Carpenter PM. Auricular Angioleiomyoma: A Case Report and Review of the Literature. *Ear Nose Throat J*. 2007;86:281-3, <http://dx.doi.org/10.1177/014556130708600512>.
- Newman AJ, Mullens D, Estrada S, Barr J. Cutaneous angioleiomyoma of the auricle: a painless variant of a painful tumour. *BMJ Case Rep*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2018-226179>.
- Phipps K, Havenga M, Midgen C, Bezuhly M. Painless Nodule on the External Ear. *Pediatr Dermatol*. 2015;32:417-8, <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12503>.
- Avilés-Izquierdo JA, Lecona-Echeverría M. Nódulo en el pabellón auricular. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:626-7, [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310\(05\)73150-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310(05)73150-1).
- Oh JH, Park JM, Choi H, Choi Y. Two Cases of Angioleiomyoma of the Auricle. *J Int Adv Otol*. 2015;11:95-6, <http://dx.doi.org/10.5152/iao.2015.254>.
- Kimura R, Sugita K, Goto H, Yamamoto O. A small nodule on the auricle. *Clin Exp Dermatol*. 2019;44:203-5, <http://dx.doi.org/10.1111/ced.13636>.
- Zaballos P, Del Pozo LJ, Argenziano G, Medina C, Lacarrubba F, Ferrer B, et al. Dermoscopy of cutaneous smooth muscle neoplasms: a morphological study of 136 cases. *Acad Dermatol Venereol*. 2019;33:693-9, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.15392>.
- Çitil R, Ciralik H, Gul A, Sayar H. Auricular angioleiomyoma: a case report. *Turk J Pathol*. 2011;27:268, <http://dx.doi.org/10.5146/tjpath.2011.01089>.
- Choe KS, Sclafani AP, McCormick SA. Angioleiomyoma of the Auricle: A Rare Tumor. *Otolaryngol Neck Surg*. 2001;125:109-10, <http://dx.doi.org/10.1067/mhn.2001.115663>.
- Kim HU, Mun JH, Park SH, Yun SK, Ihm CW. Angioleiomyoma on the Helix of the Ear. *J Dermatol*. 2004;31:858-9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1346-8138.2004.tb00618.x>.
- Tombolini M, Ralli M. Leiomyoma of the External Auditory Canal. *J Int Adv Otol*. 2019;15:169-72, <http://dx.doi.org/10.5152/iao.2019.4743>.
- AbdullGaffar B, Manzigi M, Saleem N. Benign mesenchymal tumors of the external ear: A series of 14 cases. *Ann Diagn Pathol*. 2019;41:62-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2019.05.011>.
- Moon IH, Chin SS, Park MK. Preauricular Angioleiomyoma. *Korean J Audiol*. 2012;16:138, <http://dx.doi.org/10.7874/kja.2012.16.3.138>.
- Wang MC, Shiao AS. Auricle angioleiomyoma. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 2002;65:180-2.

C. Llamas-Segura ^{a,*}, P. Talavera-Rodríguez ^b
y F.J. Navarro-Triviño ^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: car.llam.seg@gmail.com
(C. Llamas-Segura).