



CASO CLÍNICO

Angiomixoma superficial de la región parotídea y revisión de la literatura

Pablo Rosado Rodríguez^{a,*}, Juan C. de Vicente^a, Lucas de Villalaín^a y Verónica Blanco^b

^a Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Recibido el 26 de octubre de 2010; aceptado el 28 de noviembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Angiomixoma superficial;
Tumores de la glándula parotídea;
Parotídea

KEYWORDS

Superficial angiomixoma;
Parotid gland tumours;
Parotid

Resumen El angiomixoma superficial (AS) es una neoplasia benigna cutánea infrecuente que fue descrita por primera vez por Allen y colaboradores en 1988. Presentamos el primer caso publicado en la literatura médica de angiomixoma superficial localizado en la región parotídea, destacando la importancia de distinguir esta entidad de otras lesiones que pueden aparecer en esta área, como neoplasias cutáneas, tumores o quistes. Así mismo hacemos hincapié en la necesidad de descartar la asociación con el complejo Carney ante el diagnóstico de este tipo de lesiones.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Superficial angiomixoma of the parotid region and review of the literature

Abstract Superficial angiomixoma (SA) is a rare benign cutaneous neoplasm first described by Allen et al in 1988. To the best of our knowledge, we report the first case of superficial angiomixoma located in the parotid region. We also stress the importance of distinguishing this entity from other lesions that may be involved in this location such as cutaneous neoplasms, parotid tumours or cysts. We emphasise the need to rule out the Carney complex, which has been associated with these tumours.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El angiomixoma superficial (AS) es una neoplasia benigna cutánea infrecuente, que fue descrita por primera vez por

Allen et al¹ en 1988, quienes publicaron 30 casos en 28 pacientes. El AS está incluido en el grupo de los tumores mixomatosos de partes blandas que se distinguen por su capacidad única para producir gran cantidad de material mixoide, junto con la proliferación de las células constituyentes del tumor¹. Presentamos el caso de un paciente que presentó un AS en la región parotídea, destacando la importancia de distinguir esta entidad de otras lesiones que pueden aparecer en esta área.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pablorsado80@hotmail.com
(P. Rosado Rodríguez).

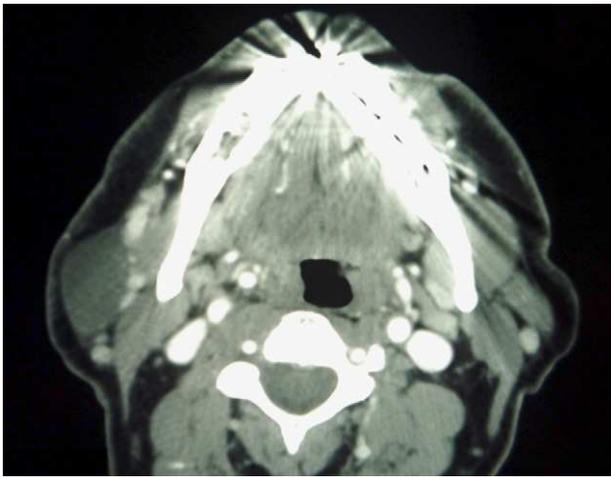


Figura 1 La TC con contraste mostró una lesión hipodensa de 27 x 16 mm, ovalada, de márgenes bien definidos, situado inmediatamente por delante y por debajo del lóbulo superficial de la parótida derecha y lateral al músculo masetero.

Caso clínico

Varón de 61 años de edad que acude a nuestra consulta por presentar una tumoración parotídea derecha de crecimiento progresivo durante un año e indolora. El paciente carecía de antecedentes personales de interés. El examen físico reveló una masa móvil y elástica de aproximadamente 2 cm, localizada en la región parotídea izquierda a nivel del ángulo mandibular. La función del nervio facial era normal.

Se realizó una tomografía computarizada con contraste (fig. 1) que puso de manifiesto una lesión hipodensa de 27 x 16 mm, de márgenes bien definidos y situada inmediatamente por delante y por debajo del lóbulo superficial de la parótida derecha. Se realizó una punción-aspiración con aguja fina que reveló una lesión mesenquimatosa acompañada de adipocitos y fibroblastos dispersos en una estroma mixoide.

Se procedió a realizar la escisión quirúrgica de la lesión a través de un abordaje retromandibular. Macroscópicamente ésta medía 30 x 2,7 x 20 mm, mostraba un color blanquecino y apariencia mixoide, circunscrita por una cápsula delgada. Microscópicamente, estaba compuesta por una proliferación poco densa de células fusiformes, estrelladas u ovals, sobre una estroma fibromixoide, y acompañadas de capilares delicados, sin llegar a formar una red constante, y de linfocitos (fig. 2). No se reconocían signos de malignidad o agresividad citológica. El análisis inmunohistoquímico mostró tinción positiva para CD34 y negativa para citoqueratinas, S-100, desmina, actina, CD99 y CD112. Todos estos datos fueron consistentes con el diagnóstico de angiomioma superficial.

Teniendo en cuenta el diagnóstico, se realizó un ecocardiograma que reveló la ausencia de mixomas auriculares. Por otra parte, el examen físico no mostró otros tumores o lesiones pigmentadas que hubieran sugerido un síndrome asociado. Los análisis bioquímicos complementarios tampoco mostraron signos de hiperactividad endocrina.

Después de 10 meses de seguimiento, no hubo signos de recidiva.

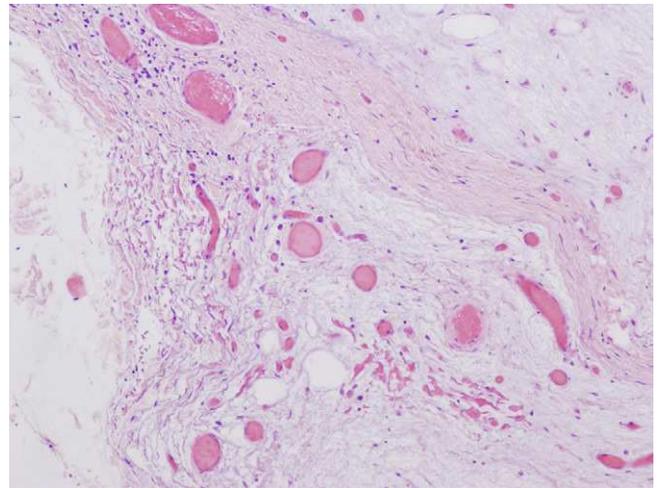


Figura 2 El análisis histopatológico muestra la proliferación de células fusiformes, estrelladas u ovals, en un estroma fibromixoide y acompañadas por pequeños capilares así como monocitos y linfocitos (hematoxilina-eosina; aumento original, x100).

Discusión

El término «angiomioma superficial» fue utilizado por primera vez en 1989 para designar una neoplasia benigna de tipo mixoide caracterizada por la presencia de nidos celulares dispersos y pequeños vasos¹. Se denominó «superficial» a fin de distinguir esta entidad del «angiomioma agresivo», que afecta principalmente a la región genital femenina.

El análisis histopatológico del AS revela una lesión no infiltrante con márgenes bien circunscritos. Microscópicamente, comparte algunas de las características de otras lesiones mixomatosas (mucinosis cutánea y angiomioma agresivo), como la presencia de células fusiformes, estrelladas y ovaladas en una estroma mixoide. Sin embargo, el AS muestra característicamente una distribución dispersa de vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre de paredes delgadas. Una importante clave diagnóstica es la presencia de células inflamatorias, que están ausentes en otras lesiones mixomatosas. En algunos casos también pueden estar presentes inclusiones epiteliales, los cuales no estaban presentes en nuestro caso. Los análisis inmunohistoquímicos son con frecuencia inespecíficos, pudiendo mostrar positividad variable para CD34 y proteína S-100, actina de músculo liso y panqueratina².

Clínicamente los AS suelen aparecer como nódulos cutáneos, pápulas o lesiones polipoides, afectando principalmente al tronco y a las extremidades inferiores, seguidos por la cabeza y el cuello y finalmente por las extremidades superiores^{1,2}.

Hemos realizado una revisión de la literatura médica en inglés en Medline y sólo hemos encontrado 28 casos en cabeza y cuello¹⁻¹¹. Hemos encontrado una prevalencia ligeramente mayor en hombres (57%) que en mujeres. La edad de los pacientes osciló entre 12 y 82 años con una media de 36,45 años de edad. Estos datos coinciden con los publicados en otras localizaciones.

El caso que nos ocupa representa el primero descrito con afectación parotídea. En esta localización hemos de

realizar un diagnóstico diferencial con tumores de la glándula parótida y quistes del primer arco branquial. La punción-aspiración con aguja fina y la resonancia magnética pueden ser de utilidad en este sentido.

El diagnóstico diferencial incluye también la mucinosis cutánea focal, tricodiscoma, fibrofoliculoma, fibroma perifolicular, tricofoliculoma, mixoma tricogénico y otras lesiones cutáneas como quistes epidermoides, lipomas, neurofibromas, abscesos, linfangiomas, fibroma y dermatofibrosarcoma. En todos los pacientes es importante descartar la asociación con el complejo de Carney, especialmente en las formas localizadas en el oído externo¹². Este síndrome autosómico dominante engloba la presencia de mixomas cardíacos y cutáneos, hiperpigmentación cutánea e hiperactividad endocrina (síndrome de Cushing, precocidad sexual y acromegalia). Todas estas características estaban ausentes en el presente caso.

Aunque no producen metástasis a distancia, se ha descrito una tendencia general a la recidiva hasta en un 30-40% de los casos, lo que señala la necesidad de un seguimiento post-operatorio. Sin embargo, en los casos descritos en la cabeza y el cuello la tasa de recidiva es menor (16%).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Allen PW, Dymock RB, MacCormac LB. Superficial angiomyxomas with and without epithelial components. Report of 30 tumors in 28 patients. *Am J Surg Pathol.* 1988;12:519-30.
2. Calonje E, Guerin D, McCormick D, Fletcher CD. Superficial angiomyxoma: clinicopathologic analysis of a series of distinctive but poorly recognized cutaneous tumors with tendency for recurrence. *Am J Surg Pathol.* 1999;23:910-7.
3. Toth A, Nemeth T, Szucs A, Szollosi Z, Sziklai I. Retropharyngeal superficial angiomyxoma. *J Laryngol Otol.* 2010;13:1-4.
4. Meer S, Beavon I. Intraoral superficial angiomyxoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;106:20-3.
5. Khadilkar UN, Khadilkar NP, Rao PS, Chakravorty S, Goel G. Superficial angiomyxoma of the external ear not associated with Carney's complex: a case report. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ).* 2007;5:546-9.
6. Rodríguez-Vázquez M, García-Arpa M, Delgado M, Cortina P, Vera E, Romero G. Superficial angiomyxoma. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:311-4.
7. Gardner AW. Superficial angiomyxoma of the floor of the mouth-a case report. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2007;45:418-9.
8. Yuen HK, Cheuk W, Luk FO, Wat CS, Auyeung KC, Lam DS. Solitary superficial angiomyxoma in the eyelid. *Am J Ophthalmol.* 2005;139:1141-2.
9. Takahashi H, Hida T. Carney complex: report of a Japanese case associated with cutaneous superficial angiomyxomas, labial lentigines, and a pituitary adenoma. *J Dermatol.* 2002;29:790-6.
10. Bedlow AJ, Sampson SA, Holden CA. Congenital superficial angiomyxoma. *Clin Exp Dermatol.* 1997;22:237-9.
11. Chen YK, Lin LM, Lin CC, Yan YH. Myxoid tumor of the oral cavity with features of superficial angiomyxoma: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998;56:379-82.
12. Carney JA, Gordon H, Carpenter PC, Shenoy BV, Go VL. The complex of myxomas, spotty pigmentation, and endocrine overactivity. *Medicine (Baltimore).* 1985;64:270-83.