

CARTAS - DERMATOPATOLOGIA

Leiomioma areolar: relato de dois casos, aspectos clínicos e histopatológicos^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Leiomiomas cutâneos são tumores benignos raros do músculo liso. Esses tumores são mais relatados em mulheres de meia-idade, com razão sexual aproximada (feminino:masculino) de 3:1,6. São lesões diferenciadas com base na célula de origem e classificadas em leiomioma pilar, angioleiomioma e leiomioma do tipo genital. O objetivo do presente estudo é relatar dois casos de leiomiomas areolares e discutir seus aspectos diagnósticos.

Caso 1

Paciente do sexo feminino, de 50 anos, encaminhada por dermatologista para serviço de referência com pedido de biopsia de lesão em aréola mamária esquerda. Paciente sem comorbidades prévias conhecidas. Negava sintomas associados como dor, sangramento ou secreção. Ao exame físico, visualizou-se lesão nodular, arredondada, medindo cerca de 1,5 cm de diâmetro, com superfície irregular e coloração parda, localizada na borda látero-superior de aréola mamária esquerda (fig. 1). Na dermatoscopia, vista área central esbranquiçada-amarelada e, na periferia, rede pigmentada discreta. Foi aventada a hipótese diagnóstica de cisto epidérmico ou dermatofibroma.

Caso 2

Paciente do sexo feminino, de 68 anos, apresentando lesão em aréola mamária esquerda, sem sintomas associados. Ao exame físico, apresentava lesão nodular e hiperocrômica localizada às 10 horas em aréola mamária esquerda. Foi



Figura 1 Paciente do Caso 1. Pápula normocrômica em relação ao tecido da aréola mamária, aproximadamente 5 mm, contornos regulares e bem delimitada, situada na margem lateral da aréola.

avertada a hipótese diagnóstica de cisto epidérmico ou fibrose cicatricial.

Histologicamente, as lesões apresentaram-se como proliferação de células musculares lisas formando feixes interseccionados com escasso tecido conjuntivo interveniente. As células apresentavam núcleos alongados e citoplasma eosinofílico afilado (figs. 2 e 3). Não foram observadas atipias citológicas e figuras de mitose. Na imunohistoquímica houve positividade para desmina e actina de músculo liso nos dois casos (figs. 4 e 5). É importante diferenciar do leiomiossarcoma cutâneo, entidade que demonstra hiperplasticidade, atipia celular e alto índice mitótico. A expressão difusa dos marcadores de músculo liso, como desmina e SMA, também ajudam a identificar os leiomiomas e distingui-los de outras entidades.

Leiomiomas cutâneos são tumores benignos raros do músculo liso, com poucos casos reportados desde a primeira descrição feita por Virchow, em 1854;^{1,2} têm apresentação clínica heterogênea e são comumente esquecidos como hipótese diagnóstica.³ Os leiomiomas cutâneos podem ser alocados em três categorias, de acordo com as fibras musculares de origem: os piloleiomiomas (originários das fibras musculares do músculo eretor do pelo e o subtipo mais comum), os angioleiomiomas (originando-se da túnica média dos vasos sanguíneos, segundo em prevalência) e os leiomiomas dartoicos ou genitais (originários dos músculos lisos do escroto, mamilo, aréola ou vulva e de apresentação mais

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2025.501217>

[☆] Como citar este artigo: Almeida MA, Valente NYS, Cosac TB. Areolar leiomyoma: report of two cases, clinical and histopathological aspects. An Bras Dermatol. 2025;100:501217.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

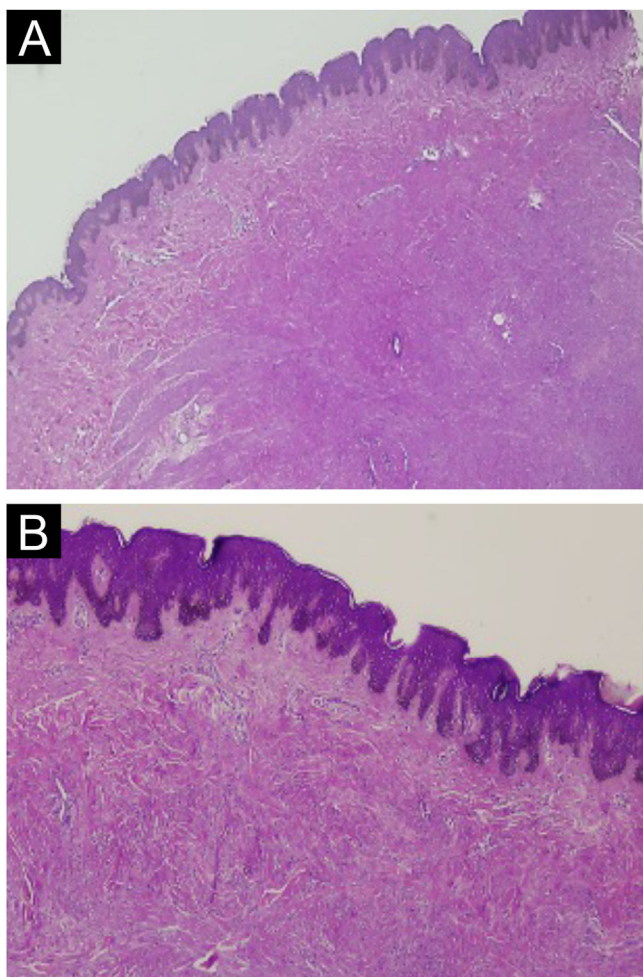


Figura 2 Caso 1. (A) Proliferação dérmica circunscrita de células musculares lisas monótonas (Hematoxilina & eosina, 20 ×). (B) Feixes entrelaçados de células musculares lisas com escasso tecido conjuntivo interveniente (Hematoxilina & eosina, 40 ×).

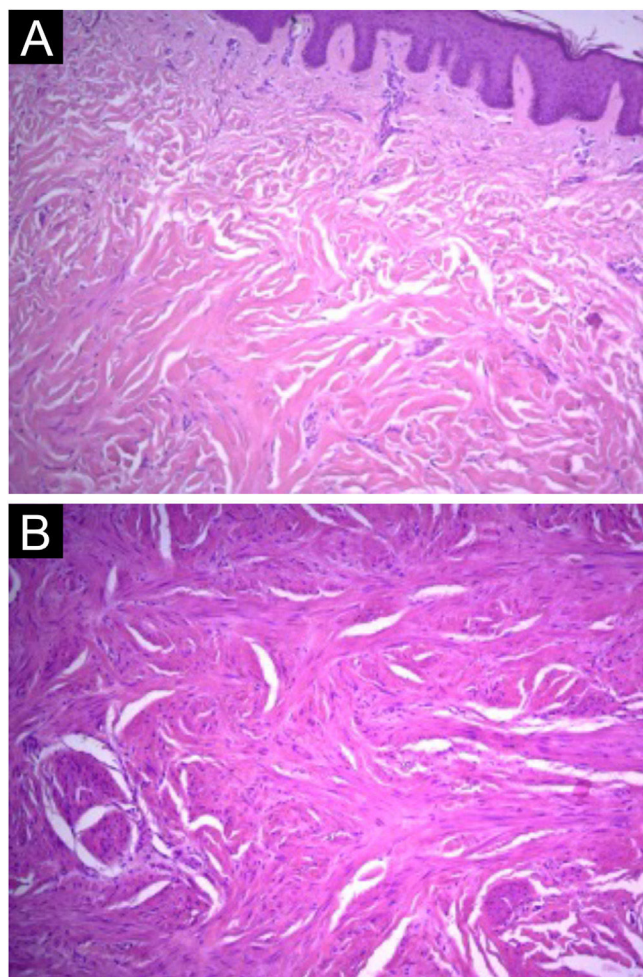


Figura 3 Caso 2. (A) Proliferação de células musculares lisas esboçando feixes interseccionados (Hematoxilina & eosina, 100 ×). (B) Células com núcleos alongados, citoplasma eosinofílico, sem atipias significantes ou figuras de mitose (Hematoxilina & eosina, 100 ×).

rara). Dentre os leiomiomas genitais, aqueles localizados sobre mamilos e aréolas são ainda mais raros, com escassa literatura disponível sobre ele.^{4,5}

O leiomioma do mamilo é neoplasia benigna muito rara, descrita pela primeira vez por Virchow em 1854.² A origem do leiomioma no mamilo e no parênquima, segundo Kaufman et al., seria das células musculares lisas que circundam os capilares no tecido subcutâneo da mama.⁶ Já Diaz-Arias et al. sugeriram que a origem desses tumores pode ser: a) teratoide, origem por extenso supercrescimento dos elementos miomatosos; b) deslocamento embriológico do músculo liso do mamilo; c) músculo liso angiomaso; d) células mesenquimais multipotentes; e e) células mioepiteliais.⁷ Sua apresentação é heterogênea, dependendo de seu tipo histológico e podendo abrir uma gama de possíveis diagnósticos diferenciais, principalmente se lesão solitária. O leiomioma genital apresenta-se mais caracteristicamente como lesão papulonodular, esporadicamente pedunculada, única, menor que 2 cm e indolor, principalmente no escroto, pênis e vulva, podendo acometer o

complexo mamilo-areolar e raramente envolve ambas as mamas.^{3,8}

Clinicamente, leiomiomas cutâneos, principalmente os piloleiomiomas, apresentam-se, em geral, como pápulas ou nódulos, firmes, podendo ser múltiplos ou únicos, cor da pele ou róseos, com tamanho variando entre 0,2 mm e 2 cm. Podem ter sensibilidade aumentada e até dor em virtude da contração muscular e compressão de fibras nervosas locais. Se múltiplos, podem se organizar seguindo linhas de Blaschko^{8,9} e devem levar à suspeição clínica da síndrome de leiomiomatose hereditária e carcinoma de células renais (HLRCC), doença hereditária autossômica dominante rara causada pela mutação heterozigótica da linha germinativa do gene que codifica a fumarato hidratase (FH) e que é caracterizada pelo risco de desenvolvimento de piloleiomiomas cutâneos, leiomiomas uterinos e carcinoma papilar de células renais tipo 2.¹⁰

A remoção cirúrgica é vista como abordagem curativa para os leiomiomas cutâneos. Outras formas de tratamento envolvem opções medicamentosas visando o controle sinto-

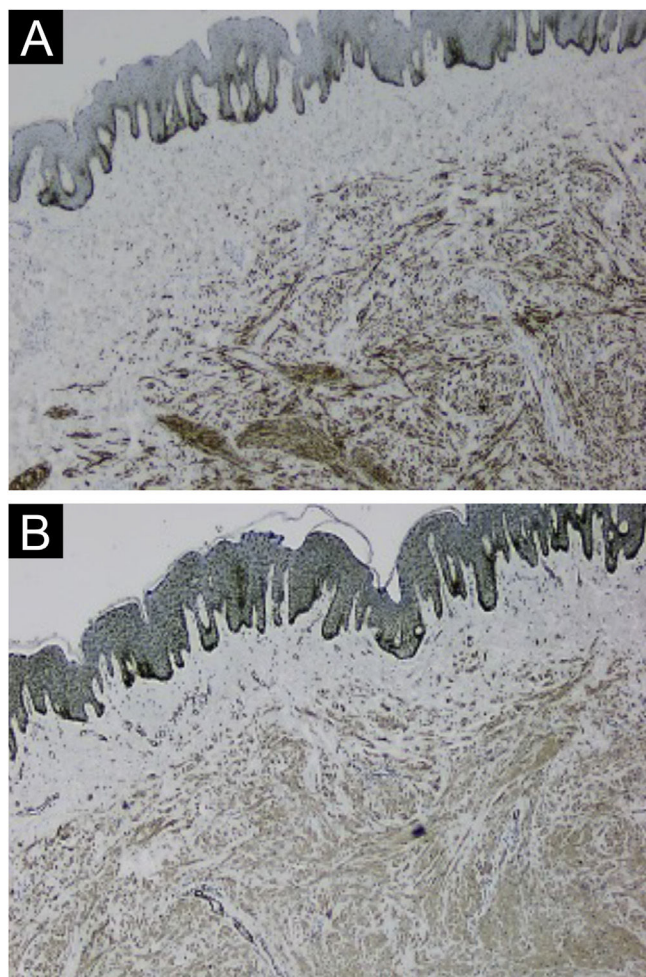


Figura 4 Caso 1. (A) Imuno-histoquímica com anticorpo desmina mostrando positividade nas células neoplásicas (40 ×). (B) Imuno-histoquímica com anticorpo actina de músculo liso mostrando positividade nas células neoplásicas (40 ×).

mático, como bloqueadores de canais de cálcio ou métodos destrutivos, como o uso de crioterapia ou *laser*.⁹

Leiomiomas cutâneos são considerados tumores benignos raros do músculo liso, e classificados de acordo com as fibras musculares de origem; os leiomiomas genitais são o tipo menos comum. Relatamos dois casos em que a localização na aréola mamária os torna ainda mais raros.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Mariana Abdo de Almeida: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

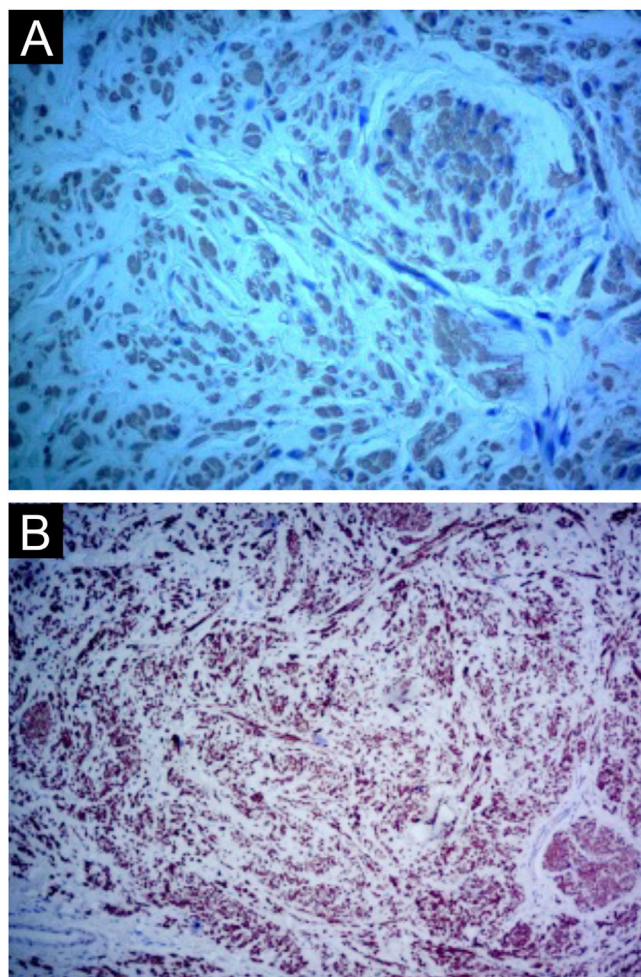


Figura 5 Caso 2. (A) Imuno-histoquímica com anticorpo actina de músculo liso, mostrando positividade nas células neoplásicas (400 ×). (B) Imuno-histoquímica com anticorpo desmina, mostrando positividade nas células neoplásicas (400 ×).

Neusa Yuriko Sakai Valente: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Thaiz Brandão Cosac: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Disponibilidade de dados de pesquisa

Não se aplica.

Conflito de interesses

Nenhum.

Editor

Hiram Larangeira de Almeida Jr.

Referências

1. Salemis NS. Subareolar male genital leiomyoma: an exceedingly rare clinical entity. *Breast J.* 2020;26:2248–9.
2. Virchow R. Über cavernose (erectile) geschwulste und teleangiectasien. *Virchows Arch Pathol Anat.* 1854;6:525–54.
3. Bennett CN, Mammino JJ. Cutaneous leiomyomas. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [Acesso em 11 dez. 2024]. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489175/>>.
4. Masamatti SS, Manjunath HR, Babu BDB. Leiomyoma of nipple: a rare case report and review of literature. *Int J Sci Stud.* 2015;3:210–3.
5. Deveci U, Kapakli MS, Altintoprak F, Cayirci M, Manukyan MN, Kebudi A. Bilateral nipple leiomyoma. *Case Rep Surg.* 2013;2013:475215.
6. Kaufman HL, Hirsch EF. Leiomyoma of the breast. *J Surg Oncol.* 1996;62:62–4.
7. Diaz-Arias AA, Hurt MA, Loy TS, Seeger RM, Bickel JT. Leiomyoma of the breast. *Hum Pathol.* 1989;20:396–9.
8. Huet P, Barnéon G, Cribier B. Léiomyome cutané: corrélation dermatopathologie-dermatoscopie [Cutaneous leiomyoma: Cor-

relation between dermatopathology and dermatoscopy]. *Ann Dermatol Venerol.* 2018;145:148–51.

9. Malik K, Patel P, Chen J, Khachemoune A. Leiomyoma cutis: a focused review on presentation, management, and association with malignancy. *Am J Clin Dermatol.* 2015;16:35–46.
10. González-Guerra E, Conde Taboada A, Cortés Toro JA, López Bran E, Pérez Segura P. Dermatologists might be the first to suspect hereditary leiomyomatosis and renal cell carcinoma syndrome. *An Bras Dermatol.* 2023;98:696–8.

Mariana Abdo de Almeida  ^{a,*},
Neusa Yuriko Sakai Valente  ^{a,b}
e Thaiz Brandão Cosac  ^a

^a *Departamento de Anatomia Patológica, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil*

^b *Departamento de Dermatologia, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: abdomariana13@gmail.com (M.A. Almeida).

Recebido em 24 de fevereiro de 2025; aceito em 27 de abril de 2025