

Pólipo fibroepitelial vulvar gigante. A propósito de un caso

Vulvar Giant Fibroepithelial Polyp. A Case Report

María Trinidad Sánchez Tadeo¹ y Guadalupe Raquel Mitre Solórzano²

¹ Cirujana dermatóloga, Servicio de Cirugía.

² Residente de segundo año, Dermatología.

Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio.

RESUMEN

El pólipo fibroepitelial, también llamado acrocordón, es una tumoración benigna de origen epitelial, pequeña, pediculada y suave. Se presenta comúnmente en zonas de pliegue como el cuello, las axilas y los párpados. La aparición de esta tumoración en la región vulvar tiene baja prevalencia. Se presenta el caso de una paciente femenina de 20 años de edad, la cual acude a consulta porque tiene una gran tumoración en la región vulvar de ocho años de evolución. Se realiza resección total bajo anestesia local sin que se presenten complicaciones. El resultado histopatológico reporta pólipo fibroepitelial.

PALABRAS CLAVE: pólipo fibroepitelial, acrocordón, tumoración vulvar.

ABSTRACT

Fibroepithelial polyps also called achrochordons (skin tags) are benign epithelial tumors, small, pedunculated and soft. They are usually affecting skin fold such as the neck, axillae and the eyelids. A low prevalence has been reported in the vulvar region. We report a 20 year-old-woman presenting a large tumor on the vulvar region with eight years history. Total resection was performed under local anesthesia without complications. Histopathological examination showed a fibroepithelial polyp.

KEYWORDS: skin tag, fibroepithelial polyp, achrochordons, vulvar tumor.

Introducción

Los tumores benignos de origen epitelial localizados en la región vulvar tienen baja prevalencia, y de ellos el más común es el pólipo fibroepitelial.¹ Se caracterizan porque son suaves, del mismo color de la piel o hiperpigmentados.^{2,3} Comúnmente se localizan en las zonas de pliegue, como el cuello, las axilas y los párpados.¹

Presentamos el siguiente caso ya que en la región vulvar es raro observar estas tumoraciones de gran tamaño y pueden representar ciertas dificultades diagnósticas.

Caso clínico

Paciente femenina de 20 años, originaria y residente de Guadalajara, Jalisco, con antecedentes personales de tabaquismo desde los 13 años a razón de un cigarro por día, refiere que no tiene antecedentes familiares patológicos. Presenta un peso de 66 kg, talla de 162 cm con IMC de 25, con signos vitales dentro de los parámetros normales.

La paciente acudió a consulta porque desde los 12 años de edad presenta una “verruga” en la región genital, la cual ha sido asintomática, con crecimiento progresivo y sin tratamientos previos.

Durante la exploración física dermatológica presenta dermatosis que afecta el tronco de la región vulvar, en el labio mayor derecho, localizada y asimétrica (figura 1). Se trata de una dermatosis única, monomorfa, constituida por una neoformación de consistencia blanda, pediculada, multilobulada, de aspecto cerebriforme, con dimensiones máximas de 15 × 6 × 2 cm, color piel, de evolución aparente crónica. Se hace diagnóstico clínico de nevo epidérmico verrugoso y se envía al Servicio de Cirugía Dermatológica, donde se decide tratamiento quirúrgico ya que se tiene hamartoma como diagnóstico prequirúrgico. Se realiza extirpación en huso y cierre directo sin que se presenten complicaciones (figuras 2 y 3). El estudio histopatológico reporta lesión nodular compuesta por

CORRESPONDENCIA

Dra. María Trinidad Sánchez Tadeo ■ dra.triny68@hotmail.com ■ Teléfono: 3331901725
Av. Federalismo Norte 3102, Atemajac del Valle, C.P. 45190, Zapopan, Jalisco



Figura 1. Pólipo fibroepitelial vulvar gigante.

un epitelio acantósico con hiperpigmentación de la capa basal, estroma compuesto por tejido fibroconectivo rico en colágeno y numerosos vasos sanguíneos, por lo que se establece diagnóstico de acrocordón (figura 4).

Discusión

El pólipo fibroepitelial, también conocido como acrocordón, fibroma péndulo o fibroma blando, es un tumor benigno que se incluye en la clasificación de tumores epiteliales, a su vez, según su tamaño éste se clasifica en acrocordón cuando sus dimensiones son milimétricas, y pólipos fibroepiteliales cuando alcanza un tamaño mayor.¹⁻³ Suelen localizarse en zonas de fricción de la piel, como el cuello, los párpados, las axilas, el pliegue inframamario y la región inguinal,^{1,4,5} rara vez se presentan en otros sitios, y pueden aparecer en cualquier zona de pliegue



Figura 2. Postquirúrgico inmediato.



Figura 3. Pieza quirúrgica.

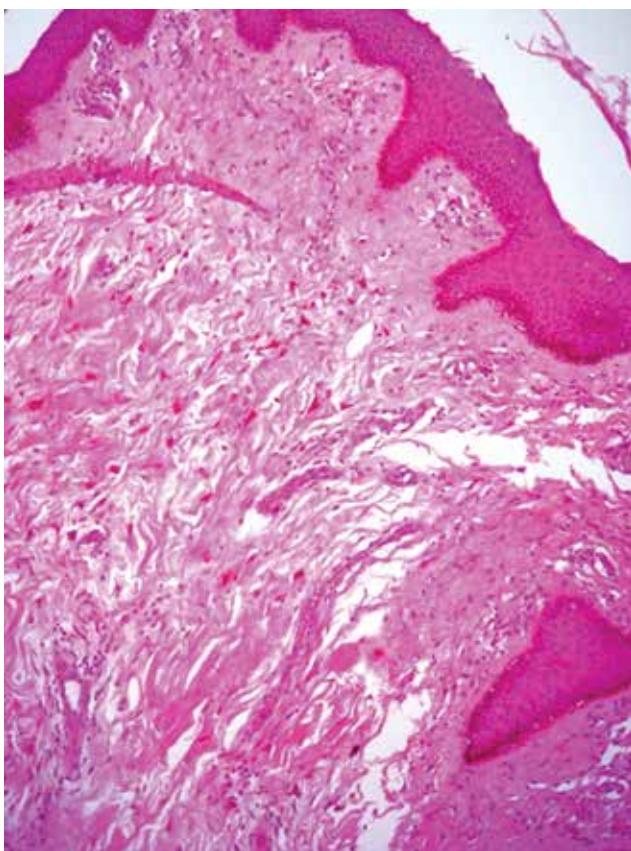


Figura 4. Epitelio acantósico, estroma con gruesas fibras de colágeno y numerosos vasos sanguíneos (hematoxilina y eosina, 10x).

de la piel.^{3,6} Se han reportado casos aislados de presentaciones en el pene, las regiones perianal, anal, vulvar, los muslos y la espalda.^{1,3,7,8}

La incidencia del acrocordón se ha reportado hasta en 46% de la población general, afecta por igual a hombres y mujeres, su prevalencia aumenta con la edad.^{3,4,7} La presencia en adultos es común, pero es muy rara en la infancia.⁶ Como tales, los “pólips fibroepiteliales” en la región vulvar son poco frecuentes y excepcionalmente alcanzan un tamaño grande.^{2,9}

Aunque su etiología aún es desconocida, la presencia de diabetes, obesidad, dislipidemias, hipertensión, ateroesclerosis o alteraciones hormonales, como el embarazo y la terapia hormonal sustitutiva, se consideran factores de riesgo.^{1,3,10}

Los pólipos fibroepiteliales se han asociado a la enfermedad de Crohn y al síndrome de Gardner, raras veces se han relacionado con el síndrome de ovario poliquístico y con el síndrome de Birt-Hogg-Dubé.^{7,10,11} La infección por el virus del papiloma humano (VPH), especialmente los serotipos 6 y 11, se han considerado como un cofactor en su patogenia.^{5,6,12}

Se caracterizan porque son asintomáticos, clínicamente se presentan como tumoraciones pequeñas de 1 a 5 mm, de consistencia suave, pediculadas y en algunas ocasiones sésiles, con el mismo color de la piel o hiperpigmentadas.^{2,3}

El diagnóstico de los pólipos fibroepiteliales suele ser clínico, pero el estudio histopatológico es de suma importancia en casos de presentación atípica, ya que aunque estas tumoraciones se consideran de origen benigno, se han reportado algunos casos asociados a carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas *in situ*, sarcoma y angiomioblastoma.^{1,3,4,13}

En el estudio histopatológico se puede observar una lesión polipoide con una base bien definida. Se caracteriza porque presenta un estroma fibrovascular rico en colágeno dispuesto en fibras laxas y paredes vasculares pequeñas y delgadas. Está cubierto por una superficie de epitelio queratinizado que puede ser grueso con acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis.^{2,5}

Entre los diagnósticos diferenciales de estos pólipos se incluye la neurofibromatosis, el nevo epidérmico, el tumor fibroepitelial premaligno (tumor de Pinkus), sarcoma botroides, angiofibromas, angiomixomas, queratosis seborreicas pediculadas y condilomas.^{1,7,13}

El manejo de estas tumoraciones suele ser conservador, sin embargo, en ocasiones se recurre a la extirpación quirúrgica por irritación crónica o por cuestiones estéticas. Cuando se presentan como tumoraciones milimétricas se suelen extirpar con tijeras, criocirugía o electrocirugía,^{2,3} cuando son de tamaño grande se vuelve imprescindible la resección completa de la tumoración ya que tienden a recidivar, y aunque la posibilidad de que estén asociados a tumoraciones malignas es mínima, en todos los casos es importante realizar un estudio histológico de la lesión.^{1,3,14}

Conclusiones

El pólipo fibroepitelial gigante es un tumor benigno poco frecuente, el cual requiere de resección completa y estudio histopatológico.

En nuestro caso, la paciente acudió a consulta de manera tardía por la repercusión psicológica que le provocaba su aspecto, presentándose con una lesión de gran tamaño, la cual no se sospechó en un inicio por sus características atípicas, además de no tener factores de riesgo.

Existen pocos casos publicados en la literatura internacional, y en México sólo se ha reportado uno en una revista no dermatológica; de ahí que nace el interés de presentarlo para recordar a la comunidad dermatológica sobre las presentaciones atípicas de una patología común, la cual se puede confundir con otras entidades.

Agradecimientos

Queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento a los doctores María de las Mercedes Hernández Arana y Juan Gabriel Barrientos García.

BIBLIOGRAFÍA

- Cernadas SF, Cerviño E, Vázquez MP, González L y Alba LH, Pólipo fibroepitelial vulvar gigante, *Prog Obstet Ginecol* 2014; 57(9):429-31.
- Bernal S, Olivares CV, Ayala MM y Cerda FJ, Pólipo fibroepitelial de la vulva (acrocordón): presentación de un caso y revisión de la literatura, *AMATGI* 2001; 3(4):5-8.
- Bahce Z, Akbulut S, Sogutcu N y Oztas T, Giant acrochordon arising from the thigh, *J Coll Physicians Surg Pak* 2015; 25(11):839-40.
- Thomas J, Chuang T, Fabre V, Farmer E y Hood A, The utility of submitting fibroepithelial polyps for histological examination, *Arch Dermatol* 1996; 132:1459-62.
- Gupta S, Aggarwal R y Arora SK, Human papillomavirus and skin tags: is there any association?, *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74:222-5.
- Ahmed S, Khan AK, Hasan M y Jamal AB, A huge acrochordon in labia majora. An unusual presentation, *Bangladesh Med Res Counc Bull* 2011; 37:110-2.
- Kishan YH, Sujatha C, Ambika H y Seema S, Penile acrochordon: an unusual site of presentation. A case report and review of the literature, *Int J Health Allied Sci* 2012; 1:122-5.
- Ilango N, Jacob J, Kumar A y Choudhrie L, Acrochordon a rare giant variant, *Dermatol Surg* 2009; 35:1804-5.
- Ozkol HU, Bulut G, Gumus S y Calka O, Ulcerated giant labial acrochordon in a child, *Indian Dermatol Online J* 2015; 6:60-1.
- Zebitay AG, Kahramanoglu I, Ilhan O y Ferda F, Unusually large skin tag of labium majus, *OJOG* 2014; 4:699-702.
- Canalizo S, Mercadillo P y Tirado A, Giant skin tags: report of two cases, *Dermatol Online J* 2007; 13(3):30.
- Dianzani C, Calvieri S, Pierangeli S et al, The detection of human papillomavirus DNA in skin tags, *Br J Dermatol* 1998; 138:649-51.
- Schwartz RA, Tarlow MM y Lambert WC, Keratoacanthoma-like squamous cell carcinoma within the fibroepithelial polyp, *Dermatol Surg* 2004; 30(2 Pt 2):349-50.
- Aksoy B, Aksoy HM, Civas E y Üstün H, Giant skin tags located in the lower half of the body: report of two cases, *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2009; 29:1770-2.