



Hemangioma fibroso esclerosante en la vulva

Francisco Javier Alvarado Gay,* María del Carmen Ramírez Arredondo,** Marlene de la Peña Gutiérrez***

RESUMEN

Se comunica el caso de una paciente con un tumor en la vulva (8 x 6 cm) de un año de evolución, que a la deambulaci3n y manipulaci3n le producía dolor. Luego de una biopsia del tumor, se realiz3 la resecci3n por vulvotomía simple izquierda y se corrobor3 el resultado anatomohistopatol3gico. El diagn3stico fue de hemangioma fibroso esclerosante. El tratamiento y la evoluci3n fueron favorables. Se analiza el caso y sus complicaciones, como infecci3n de la herida quirúrgica y dehiscencia. Se revis3 la bibliografía relacionada con el tema.

Palabras clave: hemangioma fibroso esclerosante, tratamiento, diagn3stico.

SUMMARY

We present a case report of a patient that went to consultation for tumoraci3n presence at level vulvar of a year of evolution, with size of 8x6cm, accompanied by pain with the deambulaci3n and manipulation. the out taking of tumoraci3n biopsy, later on resection by means of vulvectomy simple left and the result anatomohistopatol3gico was corroborated that reported hemangioma fibrous esclerosante. The treatment and the evolution was favorable. You analyzes the case and their such complications as: infection of surgical wound and dehiscencia. Bibliography related with the topic was revised.

Words key: hemangioma fibrous esclerosante, treatment, diagnostic.

RÉSUMÉ

On communique le cas d'une patiente avec tuméfaction à la vulve (8 x 6 cm) d'un an d'évolution, associé avec douleur lors de la déambulation et la manipulation. On a obtenu une biopsie de la tumeur ; postérieurement, on a fait la résection par vulvotomie simple gauche et on a corroboré le résultat anatomohistopathologique. On a établi le diagnostic d'hémangiome fibreux sclérosant. Le traitement et l'évolution ont été favorables. On a fait l'analyse du cas et ses complications, comme infection de blessure chirurgicale et déhiscence. On a fait la révision de la bibliographie liée au sujet.

Mots-clés : hémangiome fibreux sclérosant, traitement, diagnostic.

RESUMO

Comunica-se um caso de uma paciente com um tumor na vulva (8 x 6 cm) de um ano de evoluç3o, associado com dor a perambulaç3o e a manipulaç3o. Foi obtida uma biopsia do tumor, posteriormente foi realizado a resseç3o por vulvotomia simples esquerda e foi solicitado o resultado anatomo-histopatol3gico. Foi estabelecido o diagn3stico de hemangioma fibroso esclerosante. O tratamento e a evoluç3o foram favoráveis. Foi analisado o caso e suas complicaç3es, como infecç3o de ferida cirúrgica e dehiscencia. Foi realizada a bibliografia relacionada com o tema.

Palavras-chave: Hemangioma fibroso esclerosante, tratamento, diagn3stico.

* Coordinador de Ginecología y Obstetricia.

** Médico Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia

*** Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia Hospital Regional 1º de Octubre (ISSSTE), México DF.

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Alvarado Gay. Avenida Instituto Politécnico Nacional 1638, colonia Magdalena de las Salinas, Delegaci3n Gustavo A. Madero, CP 038190, México, DF. Correo electrónico: n251989@yahoo.com.mx

Recibido: noviembre, 2008. Aceptado: diciembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Alvarado GFJ, Ramírez AMC, De la Peña GM. Hemangioma fibroso esclerosante en la vulva. Reporte de caso y revisi3n bibliográfica. Ginecol Obstet Mex 2009;77(2):110-113

La versi3n completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El hemangiofibroma es un tumor benigno de los vasos sanguíneos. Se origina de restos embrionarios de tejido mesodérmico, estimulado por factores angiogénicos que permiten su crecimiento, canalización y comunicación con las paredes vasculares. El hemangiofibroma vulvar puede aparecer al nacimiento o pocas semanas después de vida extrauterina. Es superficial, de color rojo vivo (capilar o profundo) o azulado (cavernosos)¹. Una de sus características es una fase de crecimiento rápido en los primeros seis a nueve meses de vida; después se estabiliza su crecimiento e inicia la fase de involución.² En 60% de las pacientes involuciona a los cinco años y en 90% a los nueve. Cuando se infecta, ulcera o altera las funciones fisiológicas, debe tratarse.³ No suele haber sangrado local. El angiofibroma celular es un tumor de origen mesenquimatoso de múltiples localizaciones, incluido con frecuencia en la vulva. Nucci lo describió por primera vez en 1997² y desde entonces se han reportado 51 casos en todo el mundo (18 de localización vulvar). La edad de manifestación más frecuente es entre los 40 y 60 años. Por lo regular mide 3 cm (sólo se ha reportado un caso de 12 cm). Suelen ser tumores bien delimitados y de crecimiento lento.⁴

Se comunica el primer caso en México de un hemangioma fibroso esclerosante en una mujer de 34 años de edad, en quien inicialmente se le diagnosticó bartolinitis. El diagnóstico preoperatorio fue probable angiofibroma vulvar, con reporte histopatológico posterior de hemangioma fibroso esclerosante de vulva. El médico general, el cirujano y el ginecólogo pueden confundir esta neoplasia con quistes de Nuck o de glándula de Bartolino; angiofibromas, hemangiomas, lipomas o neutrofibroma celular.^{5,6} Desde el punto de vista clínico es difícil diferenciarlo, por lo que el diagnóstico debe establecerse con estudio microscópico y anatomohistopatológico.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 34 años de edad que acudió a la consulta externa de ginecología del Hospital Regional 1º de Octubre, con un tumor genital externo de gran tamaño, de un año de evolución. Se operó sin resultados satisfactorios; posteriormente el tumor aumentó de tamaño y sentía dolor a la deambulación. En la exploración general no se apreciaron alteraciones. En los genitales se encontró un tumor de 8 x 6 cm en el labio mayor izquierdo, hiperémico,

de consistencia blanda, dolorosa, móvil y sin lesiones en la piel (figura 1). Los estudios paraclínicos resultaron normales. El diagnóstico inicial fue de angiofibroma; se obtuvo una biopsia para estudio histopatológico. El reporte del servicio de Patología fue: hemangioma fibroso esclerosante vulvar izquierdo, establecido por diagnóstico preoperatorio. El tratamiento consistió en extirpación simple por enucleación, con anestesia regional (bloqueo peridural). No se reportaron complicaciones. La evolución fue satisfactoria y egresó nueve días después de la operación.



Figura 1. Tumor de 8 x 6 cm en el labio mayor izquierdo de consistencia blanda.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Hallazgos macroscópicos

Pieza quirúrgica de forma y superficie irregular, con revestimiento de piel de 9 x 6 x 1 cm, y estructura ovoide. (figura 2). Por debajo y al corte, se identificó una lesión circular bien delimitada, cuyo interior contenía tejido de aspecto esponjoso, con zonas de necrosis (figura 3); se observó delimitado por una pseudocápsula de tejido fibroso que rodeaba el tejido, con zonas de aspecto homogéneo y discreto aumento de la consistencia (la pieza midió 11 x 6 x 5 cm). Se realizaron cortes en dos cápsulas para su estudio microscópico.



Figura 2. Pieza quirúrgica de forma y superficie irregular.



Figura 3. Lesión circular bien delimitada con tejido de aspecto esponjoso en su interior.

Descripción microscópica

Se observó una neoplasia con celularidad elevada, que con el objetivo de mediano poder tenía apariencia típica de células fusiformes, diferenciadas y entremezcladas con adipositos; fibras de colágeno vascularizadas, vasos hialinizados y frecuentes mitosis (figura 4).

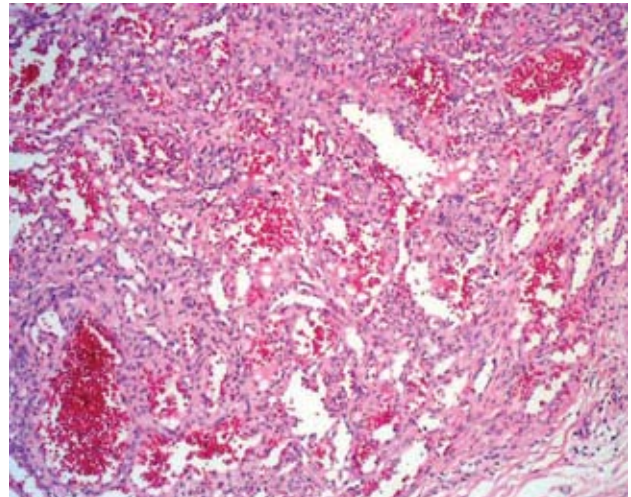


Figura 4. Neoplasia con elevada celularidad.

Diagnóstico histopatológico

De acuerdo con los resultados anteriores se estableció el diagnóstico de hemangioma fibroso esclerosante.

COMENTARIO

El progreso en la biología celular y molecular, durante los últimos años, ha sido extraordinario en el área de la enfermedad tumoral ginecológica vulvar. Los tumores vulvares de origen mesenquimático tienen aspecto clínico y macroscópico semejante a otros; por tanto, se requiere el análisis microscópico e inmunohistoquímico para diferenciarlos apropiadamente. Es importante diferenciarlo del angiomixoma agresivo, porque tiende a provocar recidiva. El angiofibroma celular es un tumor de crecimiento superficial, en el que se han descrito pocas recidivas; crece con lentitud y el tamaño varía de 3 a 12 cm (figura 5). El angiomixoma agresivo crece rápidamente y causa recidiva en 70% de los casos, principalmente en los primeros dos años; puede crecer hasta 60 cm en su diámetro mayor, desarrollarse hacia la profundidad y extenderse hacia la vagina, el perineo y otros tejidos blandos de la

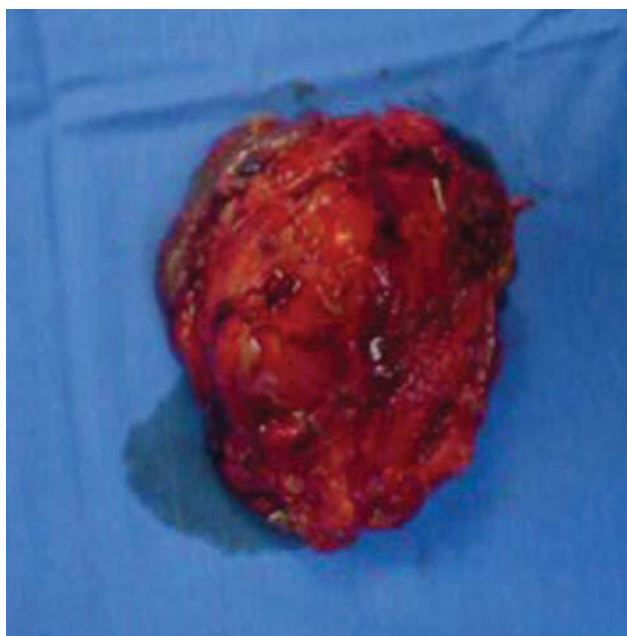


Figura 5. Tumor de crecimiento superficial.



Figura 6. Posoperatorio con drenaje



Figura 7. Evolución satisfactoria

pelvis. La enfermedad vulvar ha sido terreno de nadie, pues los dermatólogos y cirujanos no la han investigado de manera integral, y lo que es peor, tampoco los ginecólogos. Deben implantarse clínicas multidisciplinarias para tratar adecuada y eficientemente a las pacientes con neoplasias, con resultados quirúrgicos estéticos y funcionales (figuras 6, 7).

REFERENCIAS

1. Hernández-Monge A, Estrada-Moscoso I, Alanis-López P, Villanueva LA. Angiomioblastoma vulvar. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex* 2000;68:31-34.
2. Nucci MR, Granter SR, Fletcher CDM. Cellular angiofibroma: a benign neoplasia distinct from angiofibroma and spindle cell lipoma. *Am J Surg Pathol* 1997;21:636-44.
3. Iwasa Y, Fletcher CD. Cellular-angiofibroma: clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 51 cases. *Am J Surg Pathol* 2004;28(11):1426-35.
4. Kerkuta R, Kennedy CM, Benda JA Galask RP. Vulvar cellular angiofibroma: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(5):1750-2.
5. Begin LR, Clement PB, Krik ME, Jothy S, et al. Aggressive angiofibroma of pelvic soft parts. A clinicopathologic study of nine cases. *Hum Pathol* 1985;16:621-8.
6. Micheletti AM, Silva AC, Nascimento AG, Da Silva CS, et al. Cellular angiofibroma of the vulva: case report with clinicopathological and immunohistochemistry study. *Sao Paulo Med J* 2005;123(5):250-2.