

Revisión clínica

Medwave 2014;14(1):e5886 doi: 10.5867/medwave.2014.01.5886

Tumores benignos de vulva: revisión y caso clínico de acrocordón

Benign tumors of vulva: review and case report of achroordon

Autores: Cuauhtémoc Galeana Castillo⁽¹⁾, Donovan Casas Patiño^(2,3), Alejandra Rodríguez Torres⁽³⁾, Marco Antonio Cantú Cuevas^(1,4), Fabiola Aguilar Gutiérrez⁽⁵⁾, Víctor Moreno Espinosa⁽¹⁾, María Estela Galindo Páez⁽¹⁾, Eduardo Ernesto Gutiérrez Torres⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Hospital General Amecameca, Estado de México- ISEM, México

⁽²⁾Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Amecameca, México

⁽³⁾Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

⁽⁴⁾Servicio de Anatomía Patológica; Hospital General Regional 1, Cuernavaca Morelos, México

⁽⁵⁾Centro de Especialidades Médicas Amecameca, México

E-mail: temogaleana@hotmail.com

Citación: Galeana C, Casas D, Rodríguez A, Cantú MA, Aguilar F, Moreno V, et al. Benign tumors of vulva: review and case report of achroordon. *Medwave* 2014;14(1):e5886 doi: 10.5867/medwave.2014.01.5886

Fecha de envío: 17/11/2013

Fecha de aceptación: 9/1/2014

Fecha de publicación: 16/1/2014

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores externos, a doble ciego

Resumen

La región vulvovaginal es una zona muy compleja por todos los elementos que la conforma y puede ser origen de un gran número de tumores benignos y en menor frecuencia de tumores malignos. En las últimas décadas, los tumores vulvovaginales han tenido un avance significativo en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, dado por las aportaciones de la biología celular y molecular. El presente artículo pretende ser una referencia práctica para el diagnóstico clínico e histopatológico de estos tumores benignos así como en el tratamiento ambulatorio de algunos de ellos y su vigilancia.

Abstract

The vulvovaginal region is a very complex area because of its anatomy and the fact that it can be source of a large number of benign tumors and less frequent malignant tumors. In recent decades, there have been significant gains in the diagnosis and treatment of vulvovaginal tumors, thanks to the contributions of cellular and molecular biology. The purpose of this review article is to serve as a practical reference for clinical and pathological diagnosis as well as in the outpatient treatment and monitoring of these benign tumors.

Introducción

La región vulvar es una zona compleja ya que presenta muchos elementos, además de la piel, que son capaces de producir una variedad de tumores benignos. Con menor frecuencia también puede producir tumores malignos. El estroma fibroso subepitelial del tracto genital femenino inferior constituye un mesénquima diferenciado con propiedades miofibroblásticas y fenotipo peculiar¹. Los tumores de la vulva son relativamente raros. Los tumores benignos los podríamos clasificar de acuerdo a su tejido de origen, según se aprecia en la Tabla I.

Los tumores benignos de tejido conectivo de origen epitelial son poco usuales en su localización vulvar; de estos el más frecuente es el pólipo fibroepitelial, también conocido como acrocordón o apéndice cutáneo². El pólipo fibroepitelial fue descrito inicialmente por Norris y Taylor en 1996, llamado inicialmente pólipo pseudosarcomatoso por su imagen atípica factible de confundirse con el sarcoma botroides. El pólipo fibroepitelial de vagina es extremadamente raro antes de la menarquía y después de la menopausia³, predominando en mujeres obesas⁴ y diabéticas^{5,6}. El descontrol hormonal puede facilitar el desarrollo de pólipo fibroepitelial, como los niveles

elevados de estrógeno y progestágeno durante el embarazo⁴. No hay reportes en cuanto a su relación con infecciones como el virus de papiloma humano⁷. Esta tumoración se presenta principalmente en sitios como axila y cuello, pero también en otros sitios como abdomen, espalda, pliegues cutáneos⁷ y sitios inusuales como región perineal, anal, vulvar, vaginal, pene y mucosa oral^{7,8}.

Macroscópicamente la apariencia clínica varía básicamente en tres presentaciones: de una lesión pequeña de color grisáceo, un crecimiento papilomatoso pigmentado semejante a un condiloma, y un tumor pediculado e hipopigmentado⁹. Generalmente son asintomáticos y son diagnosticados por la misma paciente, aunque pueden presentar manifestaciones clínicas como la irritación, sobretodo en mujeres obesas. Cuando son de mayor tamaño, pueden presentar ulceraciones⁹.

Histológicamente están compuestos por un estroma fibrovascular rico en colágeno y tejido fibroso, que en ocasiones presenta una leve reacción inflamatoria crónica en el estroma. Está cubierto de epitelio queratinizante que puede ser grueso con acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis^{9,10}.

Caso clínico

Se trata de paciente de sexo femenino de 39 años de edad, la cual acude al servicio de ginecología por tumoración en la vulva, sobre labio mayor izquierdo, de un año de evolución y dolor en dicha región. Como antecedentes ginecológicos de importancia presenta menarquía a los 12 años, dismenorrea, inicio de la vida sexual activa a los 17 años con un compañero sexual, cuatro gestaciones y cuatro partos por vía vaginal, Papanicolaou negativo hace un año. Se realizó colposcopia un año antes, reportando alteraciones inflamatorias leves. Método de planificación familiar: definitivo.

En la exploración física genital se observa a nivel de la vulva presencia de tumoración redonda de aspecto arrugado, hipercrómica, de consistencia blanda, pediculada de aproximadamente 6 por 5 centímetros, con base sobre labio mayor izquierdo. Dadas las características macroscópicas, se comenta con la paciente sobre el diagnóstico probable de pólipo fibroepitelial. Se decide la resección del mismo, previa autorización y consentimiento informado. Para la realización del procedimiento se aplicó anestesia local, con técnica de asepsia y antisepsia. Luego se realizó exéresis del tumor con bisturí eléctrico y electrocoagulador, corroborando hemostasia y dando por terminado el procedimiento. La paciente tuvo seguimiento médico por un año sin presentar recurrencia de la tumoración. La secuencia del procedimiento puede observarse en las Figuras 1 a 6.

En el estudio histopatológico, los cortes teñidos con hematoxilina y eosina corresponden a piel delgada que presenta papilomatosis e hiperqueratosis. Coilocitos ausentes en el epitelio superficial; estroma papiloide caracterizado por vasos congestivos, fibroblastos y edema. No se observan atipias celulares. La pieza

anatómica corresponde a un pólipo fibroepitelial o acrocordón (véase Figuras 7 y 8).

Discusión

Los tumores de vulva son lesiones de baja prevalencia, sin embargo el pólipo fibroepitelial es el más común. Puede ser muy pequeño o alcanzar un mayor tamaño, reportándose un caso de 48 cm en la región vulvar^{11,12}. Estos tumores son benignos, aunque se han reportado casos aislados con carcinoma de células basales y carcinoma celular *in situ*¹³.

El diagnóstico diferencial de estos pólipos puede ser con:

Neurofibromatosis

Los neurofibromas solitarios son lesiones de crecimiento lento que pueden desarrollarse por proliferaciones de las células de Schann, células perineurales y fibroblastos, por lo que pueden presentarse en cualquier lugar donde existan terminaciones nerviosas. La localización vulvar es inusual y el diagnóstico es histopatológico, el cual se caracteriza por un infiltrado difuso celular desordenado entre haces de colágeno fino y fascículos nerviosos. Entre los fascículos de células se observan numerosos mastocitos^{14,15}.

Nevos

Son lesiones pigmentadas de la piel, formadas por un grupo de células nevo-melanocíticas benignas en dermis y epidermis.

Según la histopatología, estos últimos se clasifican en:

1. Nevo de la unión dermo-epidérmica: aparece como una mácula plana, color marrón oscura. Se da en pacientes jóvenes.
2. Nevo compuesto: lesión papular, con bordes de un color marrón uniforme más tenue.
3. Nevo intradérmico: se da por el desplazamiento de células névicas hacia la dermis. Es una lesión de mayor relieve, con mayor pérdida de pigmentación¹⁶.

Tanto el nevo compuesto como el intradérmico se palpan, por ser lesiones papulares. Si bien son lesiones benignas, alrededor del 50% de los melanomas se desarrollan a partir de nevos preexistentes. Los de mayor riesgo son los nevos displásicos y los congénitos. Los displásicos aparecen durante la adolescencia y juventud, en contraste con los nevos comunes que aparecen en adultos jóvenes. La resección es el tratamiento de elección y se plantea porque la ubicación en genitales externos hace que la irritación y fricción sean frecuentes, además de la posibilidad de aparición de un melanoma. En casos de cambios de coloración, tamaño, sangrado o dolor, siempre deben ser sometidos a biopsia¹⁷.

Tumor fibroepitelial premaligno (Tumor de Pinkus)

Es un tumor que afecta con mayor frecuencia a individuos con una edad comprendida entre los 40 y 60 años. Su localización habitual es el tronco. Es un tumor de diferenciación folicular que se considera como una

variante poco frecuente de carcinoma basocelular o como una forma de tricoblastoma^{18,19,20}.

Clínicamente se manifiesta como una tumoración eritematosa, de color piel o pigmentada. Con frecuencia tiene una morfología pediculada o sésil, aunque también puede presentarse como placas. Suele ser de crecimiento lento, con escasa agresividad local, sin haberse descrito hasta la fecha metástasis a distancia²⁰. Clínicamente se caracteriza por localizarse en tronco y extremidades, áreas con menos exposición solar y su aspecto es el de una lesión cupuliforme, poliploide o verrugosa, de coloración variable desde rosada a marrón. Histopatológicamente se presenta como una tumoración de células basaloideas que contactan con la epidermis y se disponen formando un patrón reticular^{18,19,20}.

Quertosis seborreica

Tumor benigno muy frecuente, que afecta especialmente cabeza, cuello, tronco y también genitales externos. Se producen por el crecimiento de queratinocitos y melanocitos, que da la apariencia de una verruga oscura sobre la piel. Clínicamente se observa una placa con relieve y con superficie irregular, de color marrón oscuro o negruzco. Como es una lesión pigmentada se debe diferenciar de los nevos, carcinoma basocelular y melanoma. En casos de síntomas o por estética se pueden reseca con bisturí, destruir con criocirugía o electrocoagulación²¹.

Condilomas

El condiloma acuminado, aunque no es una patología muy frecuente, se suele asociar con la infección por el virus del papiloma humano en todo el tracto ano genital. Estas lesiones están relacionadas con virus del papiloma humano 6 y 11²². Su tratamiento reduce el riesgo de transmisión del virus del papiloma humano y por ende de la posibilidad de infección y/o desarrollo de neoplasia secundaria. Clínicamente se observa pápulas hiperqueratósicas y exofíticas (condiloma exofítico o papilomatoso), las lesiones casi siempre son múltiples, con excesiva humedad, pueden presentarse asintomáticas o con prurito²³. Cuando la lesión es aparente, el diagnóstico puede ser a simple vista, ya que en lesiones que no lo son se requieren técnicas como colposcopia con aplicación de ácido acético. Como tratamiento se han utilizado múltiples sustancias farmacológicas como el 5-fluorouracilo, la radio electrocirugía o bien una combinación de estas dos técnicas para evitar recurrencias^{24,25}.

Los tumores benignos de vulvas son poco frecuentes, y de ellos el más frecuente es el acrocordón. La similitud de las características macroscópicas del acrocordón con otros diagnósticos diferenciales nos motivó a realizar esta revisión. Se trata de tenerlos en mente al momento de hallar una tumoración como la de este caso, en virtud a la importancia que tienen sobre la recurrencia y/o posibilidad a malignización, así como su posible asociación a patologías comorbidas (diabetes, obesidad, intolerancia a la glucosa) o en estados de alteraciones hormonales (gravidez o menopausia).

Conclusión

El acrocordón puede ser clínicamente diagnosticado como un repliegue cutáneo de color grisáceo a marrón, de pequeño a gran tamaño. Su diagnóstico diferencial debe realizarse con otros tumores benignos, algunos de los cuales han demostrado una discreta asociación con lesiones premalignas (carcinomas de células basales, *in situ* o melanomas). Dado que comparten características macroscópicas, es necesario realizar el estudio histopatológico de diagnóstico confirmatorio, que al mismo tiempo sirve como tratamiento si se realiza como exéresis total de manera ambulatoria en un consultorio médico.

Este artículo muestra un caso clínico con imágenes macroscópicas del pólipo fibroepitelial, así como una secuencia de los pasos en relación al procedimiento ambulatorio, el cual puede realizarse dentro de un consultorio que al mismo tiempo sirve de tratamiento mediato para este tipo de tumor.

Por último, se realizó una descripción de los tumores benignos contemplados en el diagnóstico diferencial con miras a tener presente que algunos requieren de otros procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

El interés por publicar este caso radica en que el pólipo fibroepitelial de vulva es un tumor benigno poco frecuente. Con este artículo consideramos que el personal de salud y los médicos en formación, podrán contar con información breve y precisa en relación al diagnóstico y tratamiento de los tumores benignos de vulva.

Notas

Conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable.

Aspectos éticos

Los autores obtuvieron el consentimiento informado de la paciente que se presenta en este caso, para el uso de los datos y la posterior publicación de los resultados en Medwave. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable o la revista.

Referencias

1. De la Torre F, Peralta J, Ruiz J. Tumores estromales del tracto genital inferior: angiomiofibroblastoma y pólipo fibroepitelial estromal. *Patología*. 2012;50(4):285-292. | [Link](#) |
2. Vargas V. Fibroma de vulva. Reporte de un caso. *Enf Tract Gen Inf*. 2007;1(1):23-26. | [Link](#) |
3. Sharma S, Albertazzi P, Richmond I. Vaginal polyps and hormones--is there a link? A case series.

- Maturitas. 2006 Feb 20;53(3):351-5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Navada MH, Bhat PR, Rao SV, Nagarathna G. Large fibroepithelial polyp of vulva. Case Rep Dermatol Med. 2011;2011:273181. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
 5. Rasi A, Soltani-Arabshahi R, Shahbazi N. Skin tag as a cutaneous marker for impaired carbohydrate metabolism: a case-control study. Int J Dermatol. 2007 Nov;46(11):1155-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 6. Tamega Ade A, Aranha AM, Guiotoku MM, Miot LD, Miot HA. Association between skin tags and insulin resistance. An Bras Dermatol. 2010 Jan-Feb;85(1):25-31. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 7. Bernal S, Olivares C, Ayala MA, Cerda F. Pólipo fibroepitelial de la vulva (Acrocordón) presentación de un caso y revisión de la literatura. AMATGI. 2011;4:5-8. | [Link](#) |
 8. Emir L, Ak H, Karabulut A, Ozer E, Erol D. A huge unusual mass on the penile skin: acrochordon. Int Urol Nephrol. 2004;36(4):563-5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 9. Wilkinson EJ, Stone IK. Atlas of Vulvar Disease. Philadelphia: Lippincott, 2008:105-106.
 10. Kaufman RH, Faro S. Benign disease of the vulva and vagina. Saint Louis MI USA: Mosby, 1994:168.
 11. Fu YS. Chapter 7: Vulva tumors. En: Pathology of the uterus, cervix, vagina and vulva. Philadelphia: Saunders, 2008:105-106.
 12. Wallach SJ. Non-Oral Poster 41: approach to the giant acrochordon. Fem Pelvic Med & Recons Surg. Mar-Apr 2010;Volume 16(S2):S34. | [CrossRef](#) |
 13. Eads TJ, Chuang TY, Fabr  VC, Farmer ER, Hood AF. The utility of submitting fibroepithelial polyps for histological examination. Arch Dermatol. 1996 Dec;132(12):1459-62. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 14. Laud D, Millan M, Fajardo Y. Neurofibroma circunscrito de la vulva. Rev Cubana Obst Ginecol. 2012;38(3):400-405. | [Link](#) |
 15. Celis L, Romero C, Hernández L, Botero J. Neurofibromatosis de Von Recklinghausen: presentación de un caso de neurofibroma vaginal y revisión en la literatura. Rev Col Obst Ginecol. Abr-Jun 2012;63(2):163-167. | [Link](#) |
 16. Guerra T. Manual y atlas de las enfermedades de la vulva. Barcelona: Glosa, 2006:241-244.
 17. Le K, Wong LC, Fischer G. Vulval and perianal inflammatory linear verrucous epidermal naevus. Australas J Dermatol. 2009 May;50(2):115-7. 19397564 | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 18. Ackerman AB, Gottlieb GJ. Fibroepithelial tumor of Pinkus is trichoblastic (basal-cell) carcinoma. Am J Dermatopathol. 2005 Apr;27(2):155-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 19. Bowen AR, LeBoit PE. Fibroepithelioma of Pinkus is a fenestrated trichoblastoma. Am J Dermatopathol. 2005 Apr;27(2):149-54. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
 20. Zamberk P, Velázquez D, Avilés JA, Ochaita L. Fibroepitelioma de Pinkus. Descripción dermatoscópica de 3 casos. Actas Dermosifiliogr. 2009;100(10):899-902. | [Link](#) |
 21. Renaud C, Dehen L, de Belilovsky E, Cal lier-Balloy B. Patología vulvar. EMC-Dermatología. 2002;36(1):1-14.
 22. Chac n J, Mateos ML, Sanz I, Rubio MD, Baquero F. Genotipos de virus del papiloma humano más frecuentes en mujeres con citología cervicovaginal alterada utilizando técnicas de captura de híbridos y reacción en cadena de la polimerasa. Clin Invest Gin Obst. 2006;33(3):97-101. | [CrossRef](#) |
 23. Boardman L, Kennedy C. Benign Vulvovaginal Disorders. En: Danforth's Obstetrics and Gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003:625-647.
 24. Trejo O, García MC, Tolentino J, Gómez J, López J. Eficacia del tratamiento de los condilomas acuminados del tracto anogenital con electrocirugía vs electrocirugía más 5- fluorouracilo. Rev Fac Med UNAM. 2009;52(5):209-211. | [Link](#) |
 25. Parapar I, Taboada N. Excresi n quirúrgica radical como único tratamiento del condiloma acuminado gigante: a propósito de un caso. Colombia Médica. 2007;38(2):143-148. | [Link](#) |

Tablas y Figuras

Tumores de origen epitelial	Tumores de origen mesenquimal
Queratinoc�ticos: acrocordón o apéndice cutáneo o pólipo fibroepitelial, queratosis seborreica, queratoacantomas	Vasculares: hemangiomas, granuloma piógeno
De anexos: siringoma, linfangioma	Fibrosos: fibromas
Melanoc�ticos: nevus	Muscular: leiomioma
Ectópicos	Neural: neurofibroma
	Misceláneos: lipoma

Tabla I. Clasificación de los tumores benignos vulvares de acuerdo a su origen. Fuente: elaboración propia.



Figura 1. Infiltración con anestésico local en la base del pedículo, previa asepsia y antisepsia.



Figura 2. Colocación de campos estériles.



Figura 3. Corte de tumor a nivel



Figura 4. Hemostasia con electrocoagulador.



Figura 5. Pieza anatómica.



Figura 6. Corte longitudinal de la pieza anatómica.

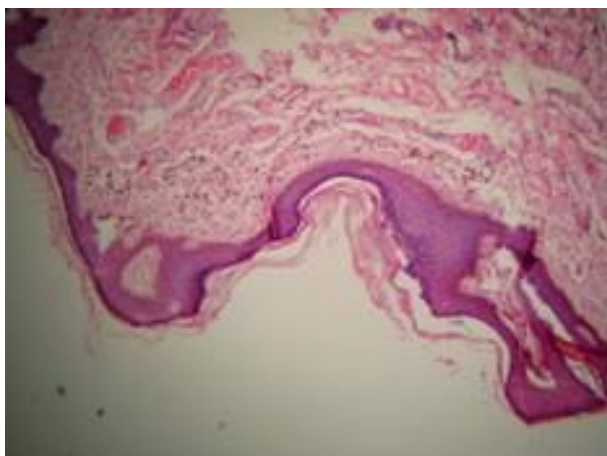


Figura 7. Corte histológico. Aspecto polipoide del acrocordón (4x).



Figura 8. Corte histológico. Congestión capilar y fibroblastos en la dermis (40x).

Correspondencia a:

⁽¹⁾Carretera Amecameca Ayapango Km 2.5
 Colonia. Centro C.P. 56900
 Amecameca de Juárez, Estado de México
 México



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.