

CASO CLÍNICO

PÓLIPO FIBROEPITELIAL GIGANTE DE VAGINA EN LA POSTMENOPAUSIA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Autores

Dra. Elizabeth Erazo V. (1), Dr. Olmedo Mancero (2), Dra. Saskya Mendoza (3)

RESUMEN

El pólipo fibroepitelial estromal de vagina es una entidad benigna y muy rara. Generalmente se presenta en la época de mayor influjo hormonal, ya que puede estar asociado a estimulación hormonal. Su peculiaridad más importante es la variedad de hallazgos histopatológicos que presenta, lo que ocasiona que frecuentemente sea diagnosticado como tumor maligno. Presentamos el caso de una paciente de 54 años de edad, hysterectomizada que presentó una masa vaginal de crecimiento lento de 9 cm. de longitud que protruye por el introito, sin causa aparente, se realizó la exéresis quirúrgica completa del mismo bajo anestesia general, el resultado histopatológico reporta lesión estromal fibrovascular, revestida de epitelio escamoso con cambios reparativos correspondiente a pólipo fibroepitelial de vagina.

Palabras clave: *Pólipo Fibroepitelial, vagina, estudio histopatológico.*

ABSTRACT

The stromal fibroepithelial polyp of the vagina is a benign and very rare entity. It usually occurs at the time of greatest hormonal activity, since it is associated with hormonal stimulation. Its most important peculiarity is the variety of histopathological findings which give rise to confusion with malignant tumors. We present the case of a 54-year-old patient who presented a slow-growing vaginal mass of 8 cm. of length protruding by the introitus. The complete surgical excision of the polyp was performed under general anesthesia; the subsequent histopathological results reported a fibrovascular stromal tissue, lined with squamous epithelium which had reparative changes, corresponding to the fibroepithelial vaginal polyp.

Keywords: *Fibroepithelial polyp, vagina, histopathological study.*

1) Médico Ginecólogo-Obstetra-Colposcopista, Hospital AXXIS, Quito - Ecuador.

2) Médico Patólogo, Hospital Metropolitano, Hospital AXXIS, Quito - Ecuador.

3) Médico Postgradista Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito - Ecuador.

Autor Correspondencia: Elizabeth Erazo Villareal

Dirección: Quito - Ecuador.

Teléfono: 593- 999935777

Correo electrónico: eli-erazo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El pólipo fibroepitelial fue descrito inicialmente por Noris en el año 1966, como una lesión benigna que presentaba células estromales atípicas, haciendo una aclaración de que no hay que confundirlas con lesiones malignas.

El pólipo fibroepitelial de vagina constituye una entidad rara, que puede ser mal diagnosticada como sarcoma Botryodes, Rabdomyosarcoma y tumor Mesodérmico mixto debido a su apariencia histológica. Estos pólipos probablemente surgen de una capa estromal de células fibroblásticas o miofibroblásticas sensibles a las hormonas.

Su etiopatogenia aún no está clara, se piensa que podría deberse a un proceso reactivo, más que neoplásico y que surge del estroma mixoide subepitelial del tracto genital femenino inferior. También se maneja la hipótesis hormonal la cual juega un papel importante durante el embarazo, y la terapia de reposición hormonal en la postmenopausia, siendo generalmente en estos casos cuando aparecen las formas más bizarras y atípicas.

Cabe recalcar que la vagina está recubierta por epitelio plano estratificado no queratinizado que varía de grosor y de estructura a lo largo de la vida de la mujer dependiendo del influjo hormonal. Durante la vida reproductiva, el epitelio vaginal refleja los cambios hormonales del ciclo menstrual y el incremento de la actividad mitótica en las capas basales. Bajo la influencia del estrógeno el epitelio plano vaginal prolifera a su máximo grosor y las capas de la superficie se componen de escamas grandes y angulares (30-40 μm de diámetro) con núcleos picnóticos sin estructura (2 a 3 μm de diámetro). Las células epiteliales maduras de la superficie son grandes, aplanadas y anguladas y contienen un núcleo pequeño y picnótico. Durante la fase secretora del ciclo, las capas intermedias se hacen más gruesas y las células se llenan de glucógeno.

Por consiguiente, el epitelio vaginal constituye un registro sensible de los cambios hormonales.

Desde el punto de vista embriológico el tercio superior de la pared vaginal deriva del conducto Mulleriano y por lo tanto es la región de la vagina más sensible al efecto hormonal, lo cual se ha evidenciado al tomar un frotis del tercio superior de la vagina en pacientes post menopáusicas para demostrar el estado hormonal, así como también en pacientes en etapa reproductiva como guía de ovulación.

A pesar de que el epitelio de la vaginal es más sensible al estrógeno y la progesterona, este epitelio también responde a otras hormonas como andrógenos, corticosteroides y tiroxina. Por lo tanto, una historia clínica completa, así como la historia menstrual y la exposición a estrógenos exógenos es de suma importancia para un diagnóstico correcto.

HALLAZGOS CLÍNICOS Y PATOLÓGICOS

La edad de presentación está entre los 25 y 56 años de edad. En general son únicos y sólidos, pero ocasionalmente son viliformes con proyecciones de goma similares a los dedos, en cuanto al tamaño se han reportado desde unos pocos milímetros hasta 7 cm. La superficie es lisa y cubierta por epitelio escamoso. El estroma se compone de tejido fibroconectivo suelto, puede contener células estromales atípicas grandes, con procesos citoplasmáticos delicados y puntiagudos, núcleos hiper cromáticos, pleomórficos, irregulares, y ocasionalmente nucléolos prominentes. Las figuras mitóticas son infrecuentes, pero ocurren, incluso con formas atípicas. Las células frecuentemente expresan vimentina, desmina y receptores para el estrógeno y la progesterona. Estructuralmente, las células estromales se parecen tanto a los fibroblastos como a los miofibroblastos. Los pólipos fibroepiteliales, se tratan de manera efectiva con escisión simple completa. No se han reportado recidivas.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente femenina de 54 años de edad, mestiza, de nacionalidad colombiana, residente en Quito, soltera, instrucción superior, empleada privada, sin antecedentes familiares ni personales de importancia. Antecedentes quirúrgicos: histerectomía abdominal total sin anexectomía por miomatosis uterina a los 41 años. Antecedentes gineco-obstétricos lo citado, menarquia a los 13 años, ciclos menstruales regulares, no refiere gestas, no métodos de planificación familiar, no usa terapia de reposición hormonal. Acude por presentar sensación de masa en genitales externos sin causa aparente y dificultad durante el coito de aproximadamente 3 años de evolución sin otra sintomatología. Al examen físico se evidencia masa genital (Imagen No. 1) de apariencia polipoide de aproximadamente 8 cm. de longitud por 4 cm. de ancho que se origina en el tercio medio de la pared vaginal lateral derecha, de consistencia blanda, suave, superficie irregular, de coloración rosada, no presenta sangrado vaginal ni leucorrea, la cúpula vaginal presenta disminución del trofismo y no se encuentran adenomegalias.



Imagen No. 1
Pólipo fibroepitelial gigante en paciente postmenopáusica

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO

Luego de la historia clínica detallada y el examen físico completo, se tomó muestra para citología de cúpula vaginal la cual fue normal, y un bacteriológico de secreción genital sin datos de relevancia, por lo que se planificó para resolución quirúrgica de la lesión previo chequeo prequirúrgico y bajo anestesia se realiza la extirpación completa de la masa tumoral y se envía todo el material para estudio histopatológico.

El reporte de anatomía patología es de una lesión constituida por un estroma fibrovascular y revestida por epitelio escamoso benigno con cambios reactivos secundarios a un foco de erosión, como se muestra en la Imagen 2 y 3. El estroma está formado por fibroblastos y vasos prominentes. Algunas áreas son hipercelulares y los fibroblastos muestran aumento del cromatismo y del volumen nuclear. No se identifica mitosis o necrosis. Se descartaron otras lesiones mesenquimales.

La paciente ha permanecido en controles periódicos trimestrales sin presentar recidivas de la lesión por más de un año.

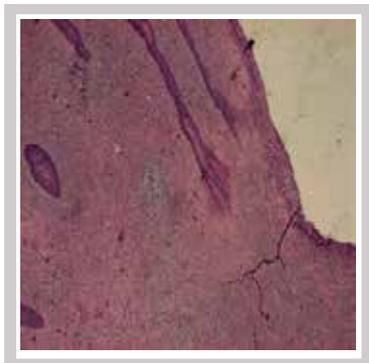


Imagen No. 2

Vista panorámica de una lesión predominante estromal, revestida por epitelio escamosos con cambios reactivos.

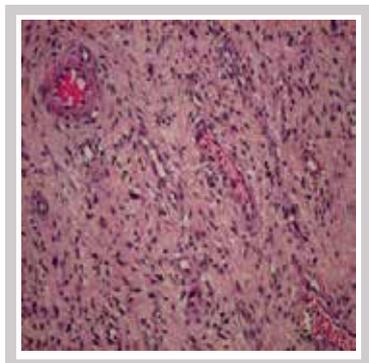


Imagen No. 3

A mayor aumento el estroma tiene áreas hipercelulares, fibroblastos de núcleos voluminosos y vasos prominentes. Ausencia de mitosis o necrosis.

DISCUSIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Como ya se mencionó el pólipo fibroepitelial estromal de vagina es un tumor benigno poco frecuente que puede confundirse con un proceso neoplásico por sus hallazgos histológicos, frecuentemente asociado a estimulación hormonal ya que generalmente se encuentra durante la gestación y en la menopausia durante la terapia de reposición hormonal, sin embargo puede estar relacionado a procesos reactivos como resultado de un tejido de granulación debido a una lesión local de la mucosa vaginal en donde existe una reacción retardada de la diferenciación de las células del estroma miofibroblástico, por lo cual el tejido no se contrae y se convierte en pólipo.

El presente caso es importante ya que se presenta en una mujer postmenopáusica que no ha recibido terapia hormonal, la lesión presentó un crecimiento rápido, impidiendo la actividad sexual y afectando la calidad de vida por el tamaño de la lesión. La misma que tuvo que resolverse quirúrgicamente.

La etiopatogenia del pólipo fibroepitelial aún no está del todo clara.

Fue Noris y Taylor en 1966 que describen por primera vez este tipo de lesiones indicando que son más comunes en mujeres jóvenes en edad reproductiva. Young y Fletcher en el 2000 publican que se presentan con mayor frecuencia en la vagina. Sumil Kumar Samal en el 2015 la describen como el resultado de un tejido de granulación debido a una lesión local de la mucosa vaginal. La mayoría de reportes en la literatura en pacientes menopáusicas la relacionadas con el uso de terapias hormonales, por lo que creemos documentar la presencia de un pólipo fibroepitelial gigante de vagina en la postmenopausia sin antecedentes a exposición hormonal que debió resolverse quirúrgicamente para mejorar la calidad de vida de la paciente y cuyo diagnóstico definitivo se lo obtuvo por estudio histopatológico. Sin presentar recurrencia por lo que la resección quirúrgica se considera el gold standar en el tratamiento del pólipo fibroepitelial.

REFERENCIAS

1. Halvorsen (*Halvorsen & Johannesen, 1992*) Héller.
2. Pearl (*Pearl, Crombleholme, Green, & Bottles, 1991*) Rollason.
3. Sharma (*Sharma, Albertazzi, & Richmond, 2006*).
4. Yoo (*Yoo et al., 2019*).
5. Halvorsen, T. B., & Johannesen, E. (1992). Fibroepithelial polyps of the vagina: are they old granulation tissue polyps? *Journal of Clinical Pathology*, 45(3), 235. doi:10.1136/jcp.45.3.235.
6. Nucci, M. R., Young, R. H., & Fletcher, C. D. M. (2000). Cellular Pseudosarcomatous Fibroepithelial Stromal Polyps of the Lower Female Genital Tract: An Under-recognized Lesion Often Misdiagnosed as Sarcoma. *The American Journal of Surgical Pathology*, 24(2), 231-240.
7. Pearl, M. L., Crombleholme, W. R., Green, J. R., & Bottles, K. (1991). Fibroepithelial Polyps of the Vagina in Pregnancy. *Amer J Perinatol*, 8(04), 236-238. doi:10.1055/s-2007-999386.
8. Samal, S. K., Rathod, S., & Ghose, S. (2015). Fibroepithelial Polyps of the Vagina in Pregnancy. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 9(10), QJ01-QJ02. doi:10.7860/JCDR/2015/13329.6656.
9. Sharma, S., Albertazzi, P., & Richmond, I. (2006). Vaginal polyps and hormones; is there a link?: A case series. *Maturitas*, 53(3), 351-355. doi:10.1016/j.maturitas.2005.06.007.
10. Yoo, J., Je, B.-K., Yeom, S. K., Park, Y. S., Min, K.-J., & Lee, J. H. (2019). Giant Fibroepithelial Stromal Polyp of the Vulva: Diffusion-Weighted and Conventional Magnetic Resonance Imaging Features and Pathologic Correlation. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(1), 93-97. doi:10.1016/j.jpog.2018.08.006.