

¿Verruga?

Piqué Duran, E. y Palacios Llopis, S*.

* Servicio de Patología. Hospital General de Lanzarote.

Resumen

Los polipos fibroepiteliales son confundidos con frecuencia con verrugas tanto por la población general como por los médicos que no están habituados a este tipo de lesiones.

Se expone una revisión de pólipos fibroepiteliales cutáneos que diferencian los fibromas y los acrocordones, y se realiza un diagnóstico diferencial con otros procesos como las verrugas víricas.

Palabras Clave

Fibroma, acrocordones, pólipos fibroepiteliales, verrugas filiformes

Abstract

The fibroepithelial polyps are usually confused with warts by the general population, as well as medical doctors with little experience with this kind of lesions.

We review the cutaneous fibroepithelial polyps. We distinguish between soft fibromas and acrocordons as variants of fibroepithelial polyps. In addition, we differentiate this type of lesions from others similar conditions, especially with filiform warts.

Keywords

Soft fibroma, acrocordon, fibroepithelial polyps, filiform wart.

Introducción

Dentro de los pólipos fibroepiteliales cutáneos distinguimos los acrocordones y los fibromas. Ambos son procesos benignos de escasa relevancia, salvo la estética. Probablemente por ello se les ha prestado escasa atención, tal es así que en la mayoría de textos, incluidos los tratados de dermatología^{1,2} y dermatopatología³, se exponen en el mismo apartado como si se tratara de la misma lesión, lo que ha creado cierta confusión sobre su distinción. No obstante, la aparición de algunos artículos a finales de la década de los 80 que relacionaban a los acrocordones con la presencia de pólipos colónicos^{4,5}, y otros que refutaban dicha asociación^{6,7}, hacen patente la

necesidad de distinguir ambas entidades y tratarlas de forma independiente.

Aunque ambos procesos comparten algunas características, pensamos que las diferencias entre ambos son mayores y distintivas. Una publicación reciente⁸ ha demostrado las diferencias que existen entre los acrocordones y los fibromas, tanto a nivel clínico como histopatológico, lo que permite en la mayoría de los casos una fácil distinción.

Acrocordones

Desde el punto de vista clínico se trata de pápulas pediculadas, de pequeño tamaño, por lo general menores de 0,1 cm, pigmentadas, que presentan una superficie finamente

rugosa. Son de consistencia elástica, pero claramente más firme que los fibromas. La localización más frecuente es en las caras laterales del cuello⁸ (figura 1).

Histopatológicamente se observa una pápula pediculada en la que la mayor alteración está a nivel epidérmico, pues muestra un marcado engrosamiento de la epidermis, o acantosis, junto a una hiperqueratosis ortoqueratósica, es decir una capa córnea engrosada pero de aspecto normal. Así el ratio epidermis/dermis está aumentado. Se acompaña además de una pigmentación de la capa basal. Una característica en común con los fibromas es la carencia de anejos.⁸

Fibromas

Los fibromas a nivel cutáneo son conocidos también como fibromas péndulo o fibromas blandos. Clínicamente son pápulas pediculadas, del color de la piel normal, blandas, que de forma característica tras presionarlos pierden su forma original (figura 2). Son especialmente frecuentes en las axilas. En algunas ocasiones llegan a alcanzar un gran tamaño, valiéndole el apelativo en esos casos de fibroma gigante.⁸

Desde el punto de vista histopatológico, se observan como pápulas pediculadas en las que llama la atención el predominio del componente dérmico, en el que no se aprecian anejos cutáneos. Por el contrario, la epidermis es atrófica. De este modo, el ratio epidermis/dermis será bajo si lo comparamos con el de los acrocordones.⁸

Otro hallazgo de interés es la presencia de disqueratosis pagetoide en el 61,6% de los fibromas y tan solo en el 2,8% de los acrocordones⁸. La disqueratosis pagetoide es

Correspondencia

Enric Piqué Duran

Sección de Dermatología. Hospital General de Lanzarote

Ctra Arrecife-Tinajo, km 1,3. 35500 – Arrecife (Las Palmas)

Fax: 928 – 81 50 34

E-mai: epiqued@medynet.com



Figura 1a

Acrocordón típico: Pequeña papula pigmentada pediculada localizada en cara lateral de cuello.



Figura 1b

Detalle de la figura anterior donde se aprecia la superficie rugosa de la misma.

Acrocordones	Fibromas
Clínicas	Clínicas
Pequeño	Mayor, a veces gigante
Pigmentado	Color piel circundante
Superficie rugosa	Superficie lisa
Consistencia Elástica	Consistencia Blanda
No se deforma tras la presión	Se deforma tras la presión
Localizados en cuello	Localizados en axilas
Histológicas	Histológicas
Hiperqueratosis	No hiperqueratosis
Acantosis	No acantosis
Pigmentación de la basal	No pigmentación de la basal
No disqueratosis pagetoide	Disqueratosis pagetoide
Ratio Epidermis/ Dermis elevado	Ratio Epidermis/ Dermis disminuido

Tabla 1

Diferencias entre acordones y fibromas, tanto a nivel clínico como histopatológico.

una forma de queratinización anormal que se expresa a nivel histopatológico como células de núcleo picnótico rodeado de un halo claro y con un citoplasma pálido, de un tamaño mayor que los queratinocitos normales circundantes⁹. No suele traducirse clínicamente, y está considerado un hallazgo casual⁹, aunque no parece ser así en el caso de los fibromas a la vista de la alta prevalencia de disqueratosis pagetoide en estos.

Diagnóstico Diferencial

Probablemente el principal diagnóstico diferencial deba establecerse con las verrugas víricas. La confusión se debe, en gran parte, al uso inadecuado e indiscriminado del término “verruga” para designar multitud de procesos cutáneos, no tan sólo por parte de la población general sino también por parte del colectivo médico que no está habituado a la terminología científica de este tipo de lesiones cutáneas. Así, el término verruga debería reservarse para aquellas lesiones que son provocadas por el virus del papiloma humano. Según su localización y su forma clínica se pueden distinguir distintas variantes clínico-patológicas como las verrugas plantares, designadas por muchos como papilomas; las verrugas genitales, también denominadas condilomas acuminados; las verrugas planas; las verrugas vulgares y las verrugas filiformes¹⁰. En realidad, tan sólo estas últimas, las filiformes tienen cierta semejanza con acrocordones, ya que se trata de pápulas digitadas de base estrecha que se distribuyen en gran número por cara y cuello. Se distinguen de los acrocordones por ser pápulas alargadas con una superficie queratósica habitualmente de tinte amarillento, la consistencia es firme debido a la propia queratosis (figura 3).

Otra entidad que en ocasiones debe distinguirse de los fibromas y acrocordones son los nevos melano-cíticos. Una variedad de nevus melano-cítico denominada nevus de Unna, se presenta clínicamente como una papula de consistencia blanda que pierde su morfología al presionarla^{11,12}. Se distribuye habitualmente

por tronco y cuello. Se distingue de los fibromas por su pigmentación y por el hecho de no estar pediculados (figura 4).

Mención especial merece el síndrome de Birt-Hogg-Dubé que presenta una predisposición para tumores renales y carcinoma medular de tiroides entre otras alteraciones¹³. Este síndrome presenta unos marcadores cutáneos, los tricodiscomas y fibrofolliculomas. Durante tiempo se consideró a los acrocordones un tercer marcador cutáneo. Sin embargo, actualmente, se reconoce que estos “acrocordones” eran en realidad tricodiscomas. Para distinguirlos de los verdaderos acrocordones se precisa biopsia pues clínicamente pueden ser indistinguibles si los tricodiscomas, sobre todo si están pediculados. Las únicas pistas vendrían por el contexto clínico del paciente y porque en ocasiones se distingue la participación folicular en los tricodiscomas en forma de un ostium. Recordemos que los acrocordones y los fibromas carecen de anejos cutáneos.

En ocasiones, las queratosis seborreicas están pediculadas, debiéndose diferenciarse de los acrocordones y los fibromas. La pigmentación y la superficie rugosa las distingue de los fibromas, y el tacto grasiento, un mayor tamaño y la presencia de pseudoquistes córneos las diferencia de los acrocordones. No obstante, y aunque no está demostrado, pensamos que los acrocordones podrían ser precursores de este tipo de queratosis seborreica pediculada.

Tratamiento

Ni los fibromas, ni los acrocordones precisan tratamiento al ser procesos benignos. Cabe recordar aquí que suele existir una predisposición a presentar este tipo de lesiones, por lo que independientemente de si se tratan o no, lo habitual es que aparezcan más lesiones.

Si por motivos estéticos o por presentar molestias se decide tratar, la excisión por el pedículo cauterizando la base, con o sin anestesia, es el tratamiento de elección. En el



Figura 2

Detalle de un fibroma, en esta ocasión localizado en cara interna de muslo. Se trata de una pápula pediculada de color de piel normal, algo eritematosa, en este caso.

Su superficie es lisa, manteniendo el aspecto de piel normal. Es de consistencia blanda, y pierde su morfología tras la presión.



Figura 3

Detalle de verruga filiforme. Se trata de una pápula pediculada queratósica, de coloración amarillenta, con una superficie formada por elongaciones filiformes, que permiten su diferenciación de los acrocordones.

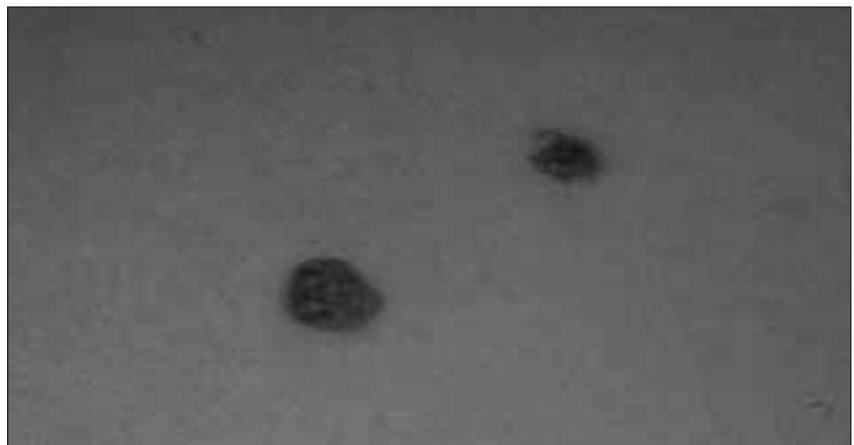


Figura 4

Detalle de un nevus melanocítico. Se trata de una pápula sesil, blanda. Se distingue de los fibromas por su pigmentación, y por la presencia de ostium foliculares en su superficie.

caso de acrocordones de pequeño tamaño, sólo con la electrocoagulación suele ser suficiente. Debido al pequeño tamaño del pedículo la cicatriz resultante raramente resulta apreciable.

Es importante recordar que no son verrugas víricas y que por lo tanto no deberían utilizarse los tratamientos destinados a estas, pues en el mejor de los casos conseguiríamos una curación a costa de una

quemadura importante con la posibilidad de dejar una cicatriz residual. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes lo único que se provocaría sería una quemadura sin resolución de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. McKie RM. *Epidermal skin tumors*. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. *Textbook of dermatology*. 5th ed. Oxford: Blackwell scientific publications, 1992. pp 1459-1504.
2. Odom RB, James WD, Berger TG. *Andrew's Dermatología Clínica*. 5th ed. Madrid: marban libros, s.l., 2004. pp 733-799.
3. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky c, Johnson B. *Lever's histopathology of the skin*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.
4. Beitler M, Eng A, Kilgou M, Lebowhl M. *Association between acrochordons and colonic polyps*. J Am Acad Dermatol 1986; 14: 1042-1044.
5. Leavitt J, Klein I, Kendricks F, Gavalari J, Van Thiel DH. *Skin tags: a cutaneous marker for colonic polyps*. Ann Intern Med 1983; 98: 928-930.
6. Brendler SJ, Watson RD, Katan RM, Parsons ME, Howatt JL et al. *Skin tags are not a risk factor for colonic polyps*. J Clin Gastroenterol 1989; 11: 99-302
7. Gould BE, Ellison RC, Green HL, Bernhard JD. *Lack of association between skin tags and colon polyps in a primary care setting*. Arch Intern Med 1988; 148: 1799-1800.
8. Piqué E, Palacios S, Moreno P, Pérez-Cejudo JA, Martínez M^oS. *Comparative study of pagetoid dyskeratosis between acrochordons and soft fibromas*. Am J Dermatopathol 2006; 28: 478-481.
9. Tschén JA, McGavran MH, Kettler AH. *Pagetoid dyskeratosis: A selective keratinocytic response*. J Am Acad Dermatol 1988; 19: 891-894.
10. Piqué E., Olivares M., Espinel M^oL., Requena L. *Infecciones por papilomavirus*. Piel 1993; 8:499-515.
11. Ackerman AB, Magana-García M. *Naming acquired melanocytic nevi. Unna's, Miescher's, Spitz's, Clark's*. Am J Dermatopathol 1990; 12: 193-209.
12. del Cerro Heredero M, Sanchez Yús E, Rodríguez Caravaca G, Rueda Gómez-Calcerrada m, Herrera Sánchez M. *Los nevos melanocíticos adquiridos de tronco y extremidades. Con especial referencia al nevo de Unna*. Actas Dermosifiliogr 1998; 89: 239-246.
13. de la Torre C, Ocampo C, Doval IG, Losada A, Cruces MJ. *Acrochordons are not a component of the Birt-Hogg-Dubé syndrome. Does this syndrome exist? Case reports and review of the literature*. Am J Dermatopathol 1999; 21: 369-374.