

Exéresis quirúrgica de acrocordón en cirugía menor de atención primaria

Recibido el 23-09-2020; aceptado para publicación el 5-10-2020

Sr. director:

La piel es el órgano más extenso (aproximadamente 2 m²), pesado (alrededor de 5 kg) y además determina el límite del medio interno con el medio externo del organismo.

Las capas que componen la piel de menor a mayor profundidad son: epidermis (superficial), dermis (intermedia) e hipodermis (interna).

La piel posee propiedades diferentes dependiendo de la localización que ocupa tanto de grosor (mayor en palma de las manos y planta de los pies, unos 4 mm), de elasticidad, etc. (1).

Tiene funciones importantes como son la adaptación y conexión del individuo con el medio ambiente que le rodea y de barrera protectora.

Se denomina fibroma pediculado o histiocitoma solitario a las neoplasias benignas derivadas del tejido fibroso que pueden tener consistencia blanda o dura, se ubican con mayor frecuencia en las extremidades y pliegues del tórax.

La prevalencia es del 46% y afecta en proporción similar a hombres y mujeres; pero se diagnostica más en mujeres de edad adulta, sobre todo obesas o con acantosis nigricans.

Etiopatogénicamente se trata de una proliferación benigna de tejido fibroso, de origen desconocido, en la que intervienen: alteraciones en los factores de crecimiento epidérmico y fibroblástico, traumatismos, picaduras o mordeduras de insectos, infecciones víricas (virus papiloma humano 6 y 11), desequilibrios hormonales androgénicos y estrogénicos, embarazos, obesidad,

diabetes mellitus tipo 2 con síndrome metabólico asociado.

Los fibromas pediculados se clasifican en:

- Fibromas blandos:
 - Acrocordones o verrugas filiformes.
 - Molusco pendular.
- Fibromas duros:
 - Fibroqueratoma digital adquirido.
 - Histiocitoma o dermatofibroma.
 - Angiofibroma.

El juicio clínico se basa en la exploración física y características clínicas que manifiesta la propia lesión (fibroma blando de base pediculada). En la anamnesis se recogen antecedentes personales y patologías previas que pueden estar relacionadas con una incidencia o predisposición mayor. Existen diferencias histológicas entre fibroma blando y acrocordón:

- Fibroma blando: lesión nodular exofítica con eje de conectivo laxo y adipocitos,
- Acrocordón: lesión filiforme con eje de conectivo laxo.

El diagnóstico diferencial se establece con: nevus, papilomas, queratosis seborreicas, lentigo, queloides, etc.

En los centros de salud de Atención Primaria se desarrollan diferentes procedimientos englobados en la cirugía menor ambulatoria. Permite abordar situaciones que requieren una intervención invasiva de breve resolución y aunque precisa anestesia local, no necesita internamiento

del paciente en el medio hospitalario; reduciendo las listas de espera quirúrgicas, derivaciones a los servicios hospitalarios (dermatología y cirugía mayor ambulatoria) y generando mayor satisfacción de la relación del paciente con el personal sanitario de Atención Primaria (2) (3).

En la cirugía menor ambulatoria se deben tener en cuenta unos requisitos mínimos previos consensuados:

- El paciente asume libremente y sin coacción el procedimiento quirúrgico al que se va a someter, comprometiéndose a cooperar y seguir las recomendaciones pautadas.
- Apoyo familiar o social del paciente en los cuidados postquirúrgicos que precise, puesto que se trata de una alteración del autocuidado en algunos casos y el paciente no tiene internamiento hospitalario.

También se describen unos criterios de selección de pacientes basados en consensos internacionales, como son los criterios de ASA (American Society of Anesthetists) y generalmente los catalogados como ASA I y ASA II son los apropiados para intervenciones de cirugía menor ambulatoria (4):

- ASA I: paciente sano.
- ASA II: paciente con enfermedad sistémica leve.
- ASA III: paciente con enfermedad sistémica grave.
- ASA IV: paciente con enfermedad sistémica grave y amenaza constante para la vida.
- ASA V: paciente moribundo que no se espera que sobreviva sin la operación.
- ASA VI: paciente en muerte cerebral.

Los procedimientos para la eliminación de estos fibromas son:

- *Crioterapia*: consiste en la congelación con nitrógeno líquido (-195.8 °C) o nieve carbónica (-78.5 °C). El tratamiento se basa en la criogenización del tejido y su necrosis posterior.

- *Electrocirugía*: usando bisturí eléctrico se cortan y cauterizan instantáneamente. Se administra previamente un fármaco anestésico local (mepivacaína al 2% o lidocaína al 2%) en la base del fibroma, 0.5 cc aunque puede variar en función de las dimensiones de la base del pedículo.

- *Cirugía convencional*: se suele utilizar en la mayoría de los casos de mayor tamaño o en centros sanitarios donde no se dispone de electro-bisturí. Se infiltra entre 0.5 – 1 cc de anestésico local (mepivacaína 2% o lidocaína al 2%) por punción con aguja de calibre 25 G y 16 mm longitud en la base del fibroma bajo medidas de asepsia y estableciendo un campo estéril adecuado. Transcurrido el tiempo necesario para ser efectivo el anestésico local, se realiza una doble elipse incisional que rodea la base del pedículo, extrayendo en bloque el tejido y sus extensiones intradérmicas (en la incisión se tiene en cuenta la dirección de las líneas de tensión de la piel o de Langer) (5). Se sutura con seda de 4/0 o 5/0 aproximando los bordes. En ocasiones cuando el pedículo es de pequeño diámetro se coagula mediante cauterización química con nitrato de plata.

No precisa envío del material extirpado al servicio de anatomía patológica puesto que se trata de una alteración dérmica de carácter benigno y claramente identificada como acrocordón. Ante cualquier sospecha o duda diagnóstica, se debe enviar para estudio de anatomía patológica. Se dispone de una adecuada correlación clínico-patológica de la cirugía menor en áreas de salud rural, ya que se justifica la cirugía menor en base al examen clínico físico, manifestaciones clínicas y estudio anatomopatológico sin necesidad de derivar para intervenciones sencillas que no requieren internamiento al área hospitalaria (6).

Un caso clínico de un varón de 55 años de edad sin antecedentes personales de enfermedades previas ni alergia medicamentosa conocida, en tratamiento tópico para la hiperhidrosis palmar y plantar; acude a consulta de Atención Primaria por presentar desde hace varios años una masa blanda pediculada, manifiesta molestia con la ropa por su localización en el cuello y además le supone un problema estético. También muestra lesiones dérmicas similares en las axilas e ingles.

Imagen. Tumoración pediculada de 3x3 mm de diámetro, consistencia blanda, color piel en región lateral anterior cervical



En la exploración física e inspección se detecta una tumoración blanda circunscrita por piel normocolorea de diámetro 3 x 3 milímetros y con una base pediculada en cuello. No presenta signos de infección ni edema ni dolor a la palpación (Imagen).

Tras el examen clínico se diagnostica de acrocordón. Se le informa que el tratamiento consiste en la exéresis. Este procedimiento sencillo de tipo quirúrgico, se lleva a cabo en la consulta de cirugía menor ambulatoria del centro de salud de Atención Primaria. Se explica la técnica a realizar, las complicaciones que pueden derivar de la misma y se firma el consentimiento informado.

Se cita al paciente de modo programado. Se coloca en decúbito supino en la camilla, se lava con solución jabonosa de povidona yodada al 4% y se seca el campo quirúrgico. Se administra solución de povidona yodada al 10%, antes de infiltrar bajo la base del pedículo del acrocordón 1 cc de mepivacaina al 2% con aguja subcutánea de calibre 25 G y 16 mm de longitud.

Se prepara un paño fenestrado delimitando el campo estéril. Finalizada la higiene de manos quirúrgica se colocan el personal sanitario guantes estériles para proceder a la extirpación del acrocordón. Con la ayuda de un mosquito se tracciona ligeramente de la tumoración para obtener de una mejor visualización de la base, se realiza dos incisiones epidérmicas semihelípticas

coincidentes en sus extremos con mango n^o 3 y hoja de bisturí n^o15 y se extrae en bloque el fragmento perilesional.

Tras la extirpación de la masa y su base, se aproximan los bordes de la incisión mediante un punto de sutura con seda de calibre 5/0 y anudado simple. A continuación se cubre con apósito estéril y se cita al paciente en 24 horas para realizar la primera cura plana. En 7 días se retira la sutura.

Bibliografía

1. Wolf K, Johnson R, Saavedra A. Fitzpatrick. Atlas de dermatología clínica. 7^a Ed. Austria: Mc Graw Hill Education; 2014.
2. Vila Vergaz M. Cómo tratar acrocordones en Atención Primaria. Rev FMC. 2018; 25(4):226-227.
3. Raya Rejón A, Rodríguez Espinosa F, Núñez López C, Alonso Rodenas M, De Cruz Benayas A. La utilidad de cirugía menor en Atención Primaria. Rev Semergen. 2015; 41:276.
4. Claudio Nazar J, Maximiliano Zamora H, Alejandro González A. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Rev Chil Cir. 2015;67(2):207-213. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v67n2/art17.pdf>
5. Utrera Busquets M, Martínez Sánchez D, Hernández Núñez A. Cirugía. Anestesia local y suturas. Rev FMC. 2015;22(1):36-43.
6. Aganzo-López FJ, Grima-Barbero JM, Marrón-Moya SE, Tomás-Aragónés L. Correlation between clinical and histological diagnosis in minor surgery in a rural health area. Rev Semergen. 2013;39(1):12-17.

Juárez Jiménez M^aV¹,
De La Cruz Villamayor JA²,
Baena Bravo AJ³

¹Médico de familia. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)

²Enfermero Atención Primaria. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)

³Enfermero Área Especializada Quirófano. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

E-mail: mariavillajarezjimenez@gmail.com