

CASOS CLÍNICOS

Siringomas vulvares tratados con ácido tricloroacético

Vulvar syringomas treated with trichloroacetic acid

Florencia De Lena¹, María Victoria Itatí Cordo², Valeria Pereira², Fabricio Torchiari³ y Sandra Martínez Etchevest⁴

RESUMEN

Los siringomas son tumores anexiales benignos derivados de la porción ductal de las glándulas sudoríparas eccrinas. Son frecuentes en las mujeres en edad reproductiva y su localización habitual es la periorbital. La presentación en mujeres posmenopáusicas y la localización en la vulva son infrecuentes.

Si bien se cuenta con numerosos tratamientos, ninguno es de primera línea.

Se analiza el caso de una paciente posmenopáusica que presentaba pápulas pruriginosas en la vulva. La histopatología confirmó el diagnóstico de siringomas. Se realizó el tratamiento tópico con ácido tricloroacético al 90%, con buena respuesta.

Palabras clave: siringoma, vulva, prurito, ácido tricloroacético.

Dermatol. Argent. 2020, 26 (3): 130-132

ABSTRACT

Syringomas are common benign adnexal tumors derived from the ductal portion of the eccrine sweat glands. They are frequent in women of reproductive age and their usual location is periorbital. Presentation in postmenopausal women and the vulvar location is not usual.

There are multiple treatments but none is the first line.

We present the case of a postmenopausal patient who complains of

itching lesions on the vulva. Histopathology confirmed the diagnosis of syringomas. Topical treatment was performed with 90% trichloroacetic acid with good response.

Key words: syringoma, vulva, itching, trichloroacetic acid.

Dermatol. Argent. 2020, 26 (3): 130-132

¹ Médica concurrente, Sala de Dermatología

² Médica de Planta, Sala de Dermatología

³ Anatomopatólogo, Servicio de Anatomía Patológica

⁴ Jefa de Sala de Dermatología

Hospital San Roque, Gonnet, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Florencia De Lena

E-mail: fdelena16@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 2/4/2020

Fecha de trabajo aceptado: 14/9/2020

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 58 años, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, consultó en la Sala de Dermatología del Hospital San Roque de Gonnet, por la presencia de lesiones pruriginosas en la vulva, de 8 meses de evolución. Fue tratada con antihistamínicos orales y corticosteroides tópicos, sin obtener respuesta. Refería la exacerbación del prurito y el aumento del tamaño de

las lesiones durante los meses de calor. En el examen físico se apreciaban múltiples lesiones tumorales papuloides, con distribución en empedrado, eritematosas, de 4-6 mm de diámetro, superficie lisa, consistencia firme, localizadas en forma bilateral en los labios mayores de vulva. No presentaba lesiones en otras localizaciones (Foto 1). Se realizó una biopsia de piel; en

el estudio histopatológico (HyE) se observó epidermis conservada y una neoformación dérmica compuesta por estructuras canaliculares de tipo ecrino, con doble capa de células cuboideas, algunas con prolongaciones epiteliales en forma de renacuajo o de coma y presencia de nidos sólidos y organización cordonal sobre un estroma fibroconectivo (Fotos 2 y 3). A partir de la clínica y la histopatología, se arribó al diagnóstico de siringomas vulvares.



FOTO 1: Pápulas eritematosas, de distribución en empedrado, superficie lisa, consistencia firme, bilateral y simétrica en los labios mayores de la vulva.

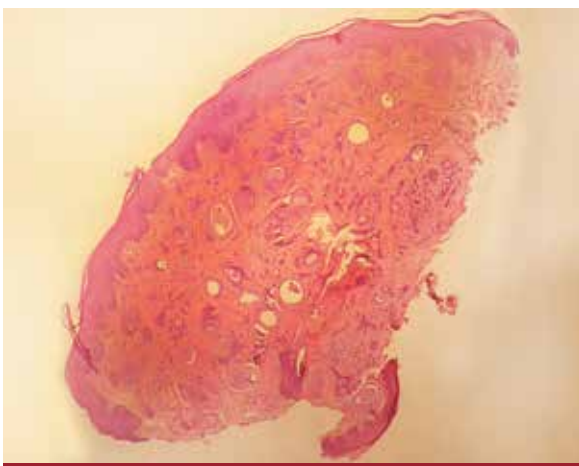


FOTO 2: Epidermis conservada, neoformación dérmica compuesta por estructuras canaliculares de tipo ecrino y presencia de nidos sólidos y cordones (HyE, 10X).

Se realizó tratamiento tópico con ácido tricloroacético al 90% en el labio mayor derecho y, en el control a los 20 días, se observó una clara mejoría clínica (Foto 4) y sintomática. Se procedió a la topicación de las lesiones contralaterales, pero persistieron, aunque la paciente refirió alivio del prurito. Se la citó para realizarle crioterapia en las lesiones remanentes.

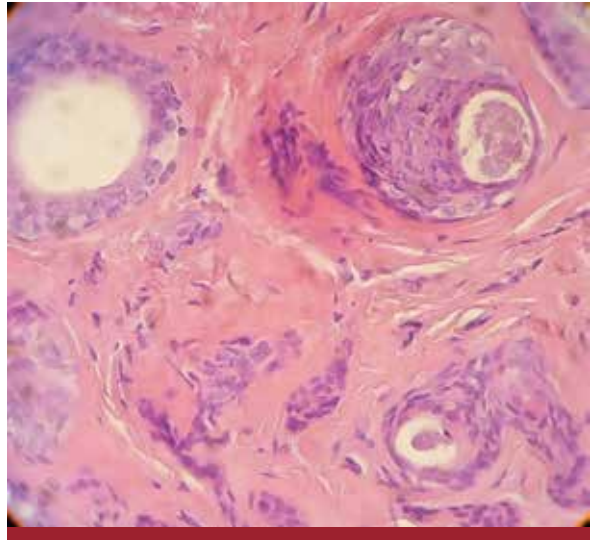


FOTO 3: Estructuras tubulares de tipo ecrino revestidas por doble capa de células cuboideas, material eosinófilo endoluminal, con prolongaciones en forma de renacuajo o de coma. Estroma fibroconectivo intercalar (HyE, 100X).



FOTO 4: Postratamiento con ácido tricloroacético tópico al 90% en el labio mayor derecho.

COMENTARIO

Los siringomas son tumores anexiales benignos derivados de la porción ductal intraepidérmica de las glándulas sudoríparas ecrinas (acrosiringio)¹.

Su etiología se desconoce. Predomina en las mujeres en edad reproductiva y son poco frecuentes en las mujeres posmenopáusicas y en los niños. Además, se ha observado aumento de su tamaño e intensificación de los síntomas durante la menstruación, el embarazo o con la ingesta de anticonceptivos orales, por lo que se considera como hipótesis su posible vinculación hormonal²⁻⁴.

Clínicamente, se presentan como lesiones tumorales papuloides múltiples, de color piel o eritematosas, firmes, casi siempre asintomáticas, localizadas en la región periorbital. Pueden hallarse en otras zonas, como cuero cabelludo, frente, cuello, axilas, abdomen y extremidades. La localización vulvar es infrecuente y suele asociarse a un intenso prurito, que se exacerba con la menstruación y el calor³⁻⁴. Belardi *et al.* informaron sobre 3 casos de siringomas vulvares en 4.500 pacientes estudiadas, lo que representa una frecuencia del 0,066%⁵. La serie de casos más grande se llevó a cabo en Taiwán y estudió a 18 mujeres con siringomas de localización vulvar. En este trabajo, la edad de presentación varió de 21 a 60 años, con una edad promedio de 29,5 años. De las pacientes, 13 tenían prurito vulvar y 7 notaron agravamiento durante el verano o la menstruación. El aspecto clínico más común fue de pápulas múltiples bilaterales en la vulva (9 de 18)⁶.

Friedman y Butler clasificaron los siringomas en cuatro variantes: localizada, generalizada, familiar y asociada al síndrome de Down⁷.

En la vulva se describen tres formas de presentación: *milia-like*, con aspecto de liquen simple crónico y como múltiples lesiones papuloides con disposición simétrica y bilateral^{1,4}. Esta última corresponde al caso informado.

El diagnóstico se confirma con la histopatología, que muestra una proliferación dérmica constituida por múltiples conductos tapizados por dos capas de células cuboideas, algunos con aspecto de “coma” o “renacuajo”, inmersos en un estroma fibroso¹.

El diagnóstico diferencial se plantea principalmente con enfermedad de Fox-Fordyce, angioqueratoma, esteatocitomas múltiples, condilomas, liquen simple crónico, quiste epidérmico y molusco contagioso^{1-4,7,8}.

Se debe tener en cuenta que son tumores benignos y que el motivo de su tratamiento es estético y, ocasionalmente, por el intenso prurito que generan, el cual es resistente a los antihistamínicos orales y a los corticosteroides tópicos⁴.

Si bien se describieron numerosos tratamientos, ninguno se considera de primera línea. Entre las opciones terapéuticas se encuentran: retinoides tópicos y sistémicos, atropina al 1% en solución acuosa, trani-lást, láser de CO₂, láser de erbio, ácido tricloroacético, curetaje, dermoabrasión, criocirugía, escisión y electrodesecación¹⁻⁹.

Cabe mencionar que ningún tratamiento elimina el riesgo de recurrencia^{1,2,4}.

El ácido tricloroacético es una sustancia química que al contactar con la piel o las mucosas coagula las proteínas y produce así una acción cáustica. Tiene además efecto hemostático, queratolítico, antipruriginoso, bacteriostático y antiséptico. Se usa como cáustico en concentraciones mayores del 30%. El primero en aconsejar su uso fue Muschiatti, un dermatólogo argentino, en 1935, quien señaló diversas dermatosis en las que se lo utiliza, entre ellas, las lesiones anexiales benignas citado por¹⁰.

En la paciente del caso analizado, optamos por el ácido tricloroacético al 90%, con resultado satisfactorio tanto clínico como sintomático en el labio vulvar derecho y alivio del prurito en el izquierdo.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez MJ, Marchitelli CE, Sluga MC, Wernicke A, *et al.* Siringomas vulvares. *Dermatol Argent* 2017;23:95-97.
- Reyes Morelo MT, Morichelli M, Rodríguez Cabral A, Stella I. Siringomas: presentación de casos clínicos y revisión de la bibliografía. *Arch Argent Dermatol* 2015;65:1-8.
- Tapia O, Kam S, San Martín R. Siringoma vulvar: reporte de caso y revisión de la literatura. *Int J Morphol* 2012;30:924-926.
- Martínez Luna E, Rebollo Domínguez N, Vega Memije ME, Arenas R. Siringomas vulvares: informe de dos casos. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:273-276.
- Belardi MG, Maglione MA, Vighi S, Di Paola GR. Siringoma of the vulva. A case report. *J Reprod Med* 1994;39:957-959.
- Huang YH, Chuang YH, Kuo TT, Yang LC, *et al.* Vulvar syringoma: a clinicopathologic and immunohistologic study of 18 patients and results of treatment. *J Am Acad Dermatol* 2003;48:735-739.
- Cheng Flores I, Gutiérrez Oliveros T, González Cabello D. Siringomas en la vulva. *Dermatol Rev Mex* 2011;55:152-154.
- Sánchez Tadeo MT, Pérez Rivera M, Barba Gómez JM. Siringomas vulvares, reporte de caso y revisión de la literatura. *Dermatología DMQ* 2017;15:34-37.
- Bucete B, Ávila Hernández R, Rojas J, Bermúdez V. Siringomas en área genital tratados exitosamente con láser Erbium. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 2013;32:22-24.
- Lozada P, Cheli S, Sehtman A, Donatti L, *et al.* Cáusticos. *Act Terap Dermatol* 2007;30:318-322.