

El tratamiento de los siringomas vulvares no está estandarizado. Es importante tener en cuenta que sólo una minoría de los pacientes experimenta un adecuado control del prurito con el uso de corticoides tópicos, con o sin antihistamínicos orales^{1,3}. Algunos de los tratamientos utilizados han sido tranilast por vía oral⁶, atropina tópica⁷, curetaje, crioterapia⁴, electrocirugía^{2,5,7} y extirpación⁷, obteniendo resultados variables. Una de las mejores opciones terapéuticas es el tratamiento con láser de dióxido de carbono que ha demostrado ser muy efectivo en el alivio del prurito y en la resolución de las lesiones de una forma segura y fácil de llevar a cabo^{1,2,10}.

Bibliografía

- Huang YH, Chuang YH, Kuo TT, Yang LC, Hong HS. Vulvar syringoma: a clinicopathologic and immunohistologic study of 18 patients and results of treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:735-9.
- Tay YK, Tham SN, Teo R. Localized vulvar syringomas—an unusual cause of pruritus vulvae. *Dermatology*. 1996;192:62-3.
- Mahiques L, Martínez-Menchón T, Martínez-Aparicio A, Fortea JM. Siringomas vulvares. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:397-8.
- Belardi MG, Maglione MA, Vighi S, di Paola GR. Syringoma of the vulva. A case report. *J Reprod Med*. 1994;39:957-9.
- Agrawal S, Kulshrestha R, Rijal A, Sidhu S. Localized vulvar syringoma causing vulvar pruritus and venerophob-
bia. *Australas J Dermatol*. 2004;45:236-7.
- Iwao F, Onozuka T, Kawashima T. Vulvar syringoma successfully treated with tranilast. *Br J Dermatol*. 2005;153:1228-30.
- Garman M, Metry D. Vulvar syringomas in a 9-year-old child with review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2006;23:369-72.
- Kopera D, Soyer HP, Cerroni L. Vulvar syringoma causing pruritus and carcinophobia: treatment by argon laser. *J Cutan Laser Ther*. 1999;1:181-3.
- García-Arpa M, Sánchez-Caminero P, Vera-Iglesias E, Martín-Dávila F. Múltiples pápulas vulvares. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:499-500.
- Wang JI, Roenigk HH. Treatment of multiple facial syringomas with the carbon dioxide (CO₂) laser. *Dermatol Surg*. 1999;25:136-9.

Oncocitoma de carúncula ocular

C.A. García^a, M.A. Melo-Uribe^b y J.A. Díaz^b

^aPatólogo. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia.

^bResidente de Patología. Universidad Industrial de Santander. Miembro del Grupo Patología Estructural Funcional y Clínica de la Universidad Industrial de Santander PATUIS. Bucaramanga. Colombia.

Señor Director:

Los oncocitomas son neoplasias que se originan a partir de epitelios glandulares y secretorios¹. Histológicamente se componen de células poliédricas de citoplasma eosinofílico granular, el cual, al ser examinado de forma ultraestructural, presenta gran cantidad de mitocondrias¹. Dentro de las localizaciones cutáneas, la carúncula ocular y el canto palpebral medial son los lugares de presentación más comunes².

La incidencia de esta neoplasia en la carúncula es alrededor del 3 % de todas las biopsias de tumores de anejos oculares; en una serie publicada en Dinamarca por Ostergaard³, donde se recogieron los diagnósticos de 574 biopsias de lesiones de carúncula durante 25 años, fue del 2,8 %, en otra serie de 466 biopsias de carúncula realizada por Pecorella⁴ la frecuencia de oncocitoma fue del 2,7 %. Este tumor, además, es más común entre las personas adultas

mayores y en las mujeres, con un promedio de edad de 73 años, y una razón hombre mujer de 1:5⁴. Su comportamiento biológico es benigno, aunque se han descrito oncocitomas malignos⁵.

Presentamos el caso de un varón de 82 años de edad, que acude a un servicio de oftalmología en Colombia por un cuadro de un año de evolución de crecimiento de una lesión quística en el lado nasal del ojo izquierdo con sangrado ocasional. En el examen físico presentaba en la carúncula del ojo izquierdo una lesión polipoide redondeada de 7 mm de diámetro, muy vascularizada, sin invasión de la piel del canto palpebral. Se realiza extirpación quirúrgica de la masa.

En el servicio de anatomía patológica se recibe un fragmento de tejido parcialmente revestido por epidermis que midió 1,2 x 1,1 cm de diámetro mayor, en el cual se reconoce una lesión polipoide de color pardo rojizo intensa-

mente vascularizada de 0,7 x 0,6 cm de diámetro cruzado. Los cortes histológicos con la tinción de hematoxilina eosina mostraron un área de conjuntiva palpebral y bulbar correspondiente a la región de la carúncula, en la que se reconoce a nivel de la lámina propia una lesión tumoral benigna de origen epitelial constituida por células poliédricas de núcleo central ligeramente hiper cromático y citoplasma granular eosinofilo, con bordes celulares bien definidos que se disponen en nidos sólidos asociados a congestión vascular y focos de microhemorragia (fig. 1). La tinción con PAS permite evidenciar el intenso contenido acidofílico granular en el citoplasma, correspondiente al elevado número de mitocondrias (fig. 2).

Se concluyó que la lesión correspondía a un oncocitoma de la carúncula ocular.

El oncocitoma, también llamado tumor oncocítico o adenoma de células

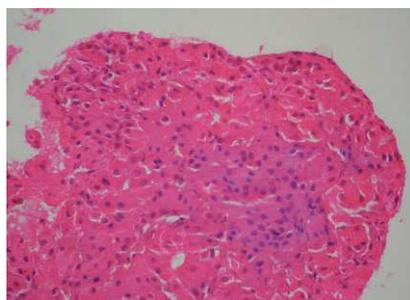


Figura 1. Lesión tumoral benigna de origen epitelial constituida por células poliédricas de citoplasma eosinófilo granular y núcleo central, dispuestas en un patrón sólido. (Hematoxilina-eosina, 10).

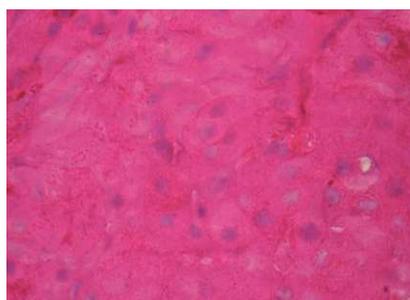


Figura 2. Se reconocen numerosos gránulos intracitoplasmáticos PAS positivos correspondientes al elevado número de mitocondrias que caracterizan a las lesiones oncocíticas. (PAS, 100).

oxifílicas, es un tumor que se origina a partir de células de epitelios glandulares y secretores. Se han descrito oncocitomas en diferentes localizaciones del organismo, principalmente en las glándulas salivales, paratiroides, suprarrenales, la glándula tiroidea, el riñón, el aparato gastrointestinal y los anejos oculares^{1,2}. La localización más frecuente en el ojo es la carúncula y el canto interno de los párpados, aunque también se ha comunicado su aparición en la glándula lagrimal y en la conjuntiva⁶.

Los oncocitomas de carúncula son lesiones con un crecimiento lento, alcanzando un tamaño promedio de 2 a 5 mm, de características sólidas o quísticas². Son asintomáticos, aunque en ocasiones se acompañan de reacción inflamatoria y se tornan de color rojizo. Generalmente se extirpan para establecer el diagnóstico y por razones cosméticas⁷.

Histológicamente, se caracteriza por la presencia de células poliédricas, con abundante citoplasma granular y eosinofílico⁸ (fig. 1). El citoplasma se tiñe con PAS y con ácido fosfotúngstico (fig. 2). Las células muestran positividad con anticuerpos frente a citoqueratinas de bajo peso molecular, y algunas de estas células tumorales son difusamente positivas para el antígeno carcinoembrionario. No son inmunorreactivas a vimentina, CD 68, proteína S 100 y anticuerpos monoclonales HMB-45^{1,2}. La microscopía electrónica ha demostrado que el citoplasma de estas células está ocupado por grandes cantidades de mitocondrias que poseen cristales en su interior¹.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con masas benignas de origen inflamatorio, papiloma, quiste dermoide y epidermoide, carcinoma basocelular, angioma y granuloma piógeno².

Los oncocitomas de carúncula tienen una baja incidencia de recurrencias, y son catalogados como de comportamiento biológico benigno, aunque se han escrito casos de oncocitomas malignos de párpado que han sido denominados carcinomas oncocíticos⁵, y que se diferencian del benigno por su atipia celular, el carácter invasivo y el desarrollo de recidivas y metástasis. Durante el seguimiento clínico de 6 meses el paciente no ha mostrado recidiva de la lesión.

En conclusión, en nuestra revisión de la literatura no encontramos ningún informe de esta enfermedad en Colombia, por tanto presentamos el primer caso de esta lesión en nuestra región. Este tumor debe ser tenido en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes ancianos con lesiones en la carúncula de crecimiento lento. El tumor es de comportamiento benigno y una completa extirpación es su tratamiento definitivo.

Bibliografía

1. Filho JP, Vianna RN, Coutinho AB, Arthurs B, Burnier MN Jr. Oncocytoma of the caruncle: a clinicopathologic case report. *Int Ophthalmol*. 2004; 25:321-3.
2. Mohan ER, Biswas J, Krishnakumar S. Oncocytoma of the caruncle. *Indian J Ophthalmol*. 2002;50:60-1.
3. Ostergaard J, Prause JU, Heegaard S. Caruncular lesions in Denmark 1978-2002: a histopathological study with correlation to clinical referral diagnosis. *Acta Ophthalmol Scand*. 2006;84: 130-6.
4. Pecorella I, Garner A. Ostensible oncocytoma of accessory lacrimal glands. *Histopathology*. 1997;30:264-70.
5. Shintaku M, Tsuta K, Yoshida H, Tsubura A, Nakashima Y, Noda K. Apocrine adenocarcinoma of the eyelid with aggressive biological behavior: Report of a case. *Pathol Int*. 2002;52:169-73.
6. Evans M, Chang E, Rao NA. Granular cell tumor: a rare caruncle lesion. *Br J Ophthalmol*. 2006;90:246-7.
7. Toledano Fernández N, García Sáenz S, Arteaga Sánchez A, Jareno Dorrego ME, Román Guindo JM. Oncocytoma de la carúncula. Caso clínico. *Arch Soc Esp Ophthalmol*. 2000;75:709-12.
8. Morgan MB, Truitt CA, Romer C, Somach S, Pitha JV. Ocular adnexal oncocytoma: a case series and clinicopathologic review of the literature. *Am J Dermatopathol*. 1998;20:487-90.