

mayor es el más afectado (36%)¹⁻⁶. Por ello los ginecólogos son quienes suelen diagnosticar y tratar esta neoplasia⁷. Sin embargo, existen publicaciones de HP ectópicos en la glándula mamaria, el párpado, el oído y la nariz. Esto podría deberse al crecimiento del tumor en glándulas apocrinas modificadas^{1-3,8}.

Hay publicaciones de estudios comparativos realizados por Schiefferdecker (1921) en *Die Hautdrüsen des Menschen und der Säugetiere, ihre biologische und rassenanatomische Bedeutung sowie die Muscularis sexualis* y Homma (1926) en *On apocrine sweat glands in white and Negro men and women*, que demuestran que el número de glándulas sudoríparas apocrinas se encuentra en mayor cantidad en mujeres de etnia negra que en mujeres blancas, lo cual llama la atención, ya que el HP que deriva de estas glándulas se observa principalmente en estas últimas^{1,9}.

Desde el punto de vista clínico, el HP tiene un crecimiento lento y mide entre 0,5 y 2 cm. Se presenta como un nódulo solitario asintomático y rara vez ulcerado, como sucedió en la paciente del caso^{1,5}. Por esta razón, lo consideramos en el diagnóstico diferencial.

También se debe sospechar en las pacientes con una bartolinitis recidivante².

El diagnóstico se realiza con la histopatología debido a sus características clínicas inespecíficas. En el caso de la paciente, observamos las manifestaciones clásicas con una lesión cubierta por células epiteliales columnares y áreas glandulares donde se observaron células con citoplasma claro que mostraban secreción por decapitación^{1,2,5}.

El HP se ha asociado, en ocasiones, al carcinoma adenoescamoso, al carcinoma escamoso y a la enfermedad de Paget^{1,6}. No obstante, su transformación maligna es infrecuente^{1,5}. Se ha sugerido la asociación con el virus del papiloma humano (VPH) en la patogenia del inicio de la malignidad, aunque aún se desconoce su posible relación¹.

El tratamiento consiste en la escisión completa del tumor^{1,2}.

El interés de esta publicación es presentar un HP localizado en la vulva y destacar que es un diagnóstico que debe tenerse en cuenta ante lesiones tumorales genitales en las mujeres, ya que es uno de los tumores vulvares benignos más frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Vázquez-Velo JA, Ramírez Terán AL, Vega-Memije ME. Hidradenoma papilífero. Reporte de dos casos y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex*. 2013;81:420-424.
- Meraz Ávila D, Harari DNB, Hernández Ayuso I, Lorenzo Mejía AA. Hidradenoma papilífero vulvar. *An Med (Mex)*. 2015;60:125-128.
- El-Khoury J, Renald MH, Plantier F, Avril MF, et al. Vulvar hidradenoma papilliferum (HP) is located on the sites of mammary-like anogenital glands (MLAGS): analysis of the photographs of 52 tumors. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75:380-384.
- Scurry J, van der Putte SCJ, Pyman J, Chetty N, et al. Mammary-like gland adenoma of the vulva: review of 46 cases. *Pathology*. 2009;41:372-378.
- Kazakov DV, Spagnolo, DV, Kacerovska D, Michal M. Lesions of anogenital mammary-like glands. *Adv Anat Pathol*. 2011;18:1-28.
- van der Putte SCJ. Mammary-like glands of the vulva and their disorders. *Int J Gynecol Pathol*. 1994;13:150-160.
- Veraldi S, Schianchi-Veraldi R, Marini D. Hidradenoma papilliferum of the vulva: report of a case characterized by unusual clinical behavior. *J Dermatol Surg Oncol*. 1990;16:674-676.
- Fernández-Aceñero MJ, Aramendi Sánchez T, Villanueva Sánchez MC, Requena L. Ectopic hidradenoma papilliferum: a case report and literature review. *Am J Dermatopathol*. 2003;25:176-178.
- Thomson ML. A comparison between the number and distribution of functioning eccrine sweat glands in Europeans and Africans. *J Physiol*. 1954;123:225-233.

PERLAS

Federico Pastore

Médico Dermatólogo y Legista.

Médico de Planta de Dermatología, Hospital Dr. Enrique Tornú.

Jefe del Servicio de Dermatología, Instituto César Milstein, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



TRATAMIENTO CON TALIDOMIDA DEL ERITEMA MULTIFORME CRÓNICO

El eritema multiforme puede evolucionar a una forma recurrente o persistente. El valaciclovir es el tratamiento de primera línea en estos casos. No hay consenso en cuanto a la elección de una segunda línea de tratamiento cuando este falla.

Se evaluó la eficacia de la talidomida para el tratamiento del eritema multiforme crónico (recurrente y persistente) en pacientes adultos que habían

tenido al menos un fracaso terapéutico con algún tratamiento previo a la utilización de este fármaco. Después de 6 meses de tratamiento con talidomida, el 66% de los pacientes estaban en remisión total, el 14% habían interrumpido el tratamiento y el 7% habían experimentado al menos un brote. La dosis media utilizada fue de 50 mg/día.

El 71% de los pacientes interrumpieron el tratamiento, en promedio, a los 12 meses de su inicio debido a la falta de efecto, los efectos adversos o la remisión total a largo plazo.

La terapia de segunda línea con talidomida se asocia a una remisión total en un alto porcentaje de los pacientes al comienzo del tratamiento. Sin embargo, los efectos adversos son una causa frecuente de la interrupción de este a mediano y largo plazo.

Roux C, Sbidian E, Bouaziz JD, Kottler D, et al. Evaluation of Thalidomide Treatment of Patients With Chronic Erythema Multiforme: A Multicenter Retrospective Cohort Study. *JAMA Dermatology*. 2021;157:1472-1476.