

Siringomas de los párpados inferiores tratados con láser bajo microscopio: lo que muestran 27 casos con seguimiento

Serie de casos de 27 pacientes · Tratados entre 1999 y 2026

Adrián Ríos, MD · Unilaser Médica · Con Aida Paola Rojas, MD (dermatóloga), Olga Uribe, MD, y Andrés Luque, MD (dermatólogo)

Pregunta clínica

¿Cuál es la evolución a mediano y largo plazo de los siringomas de los párpados inferiores tratados lesión por lesión con láser bajo microscopio, según su diámetro y su confluencia?

En el párpado, cuya piel es la más delgada del cuerpo, una lesión de pocos milímetros puede ocupar todo su espesor.

Los casos

Se reunieron 27 casos de siringomas de los párpados inferiores con historia clínica y secuencia fotográfica disponibles en Unilaser, tratados entre 1999 y 2026 por cuatro médicos de la clínica. Se incluyeron también los de seguimiento corto, que muestran el curso temprano.

Fueron 24 mujeres y 3 hombres, de 12 a 64 años; 25 de fototipo IV y 2 de fototipo V. Se documentaron 145 sesiones. El seguimiento tuvo una mediana de 18 meses y llegó a 14 años.

Sobre las fotografías iniciales y finales se marcó cada lesión según su diámetro estimado (1 mm o menos, 2, 3 y 4 mm); las placas y los cordones confluentes se marcaron con su diámetro total. Con esas marcas se calculó la superficie ocupada sobre un párpado inferior de 8 cm².

Las lesiones se presentaron de tres formas:

Presentación	Párpados	Tamaño	% del párpado ocupado, mediana (rango)
Lesiones separadas, sin placas	35	De menos de 1 mm a 4 mm	8,4 (0,8 a 34,4)
Placas o cordones confluentes, con o sin lesiones separadas	16	Placas de 8 × 2 mm a 15 × 10 mm	17,8 (11,4 a 40,0)
Campo continuo de micropápulas	2	Unos 25 × 18 mm, con unas 200 lesiones de 1 mm o menos por párpado	13,1 (12,7 a 13,4)

Los diámetros fueron heterogéneos, desde menos de 1 mm hasta placas de casi un centímetro, y en un mismo párpado solían coexistir varios:

Lesiones presentes	Párpados (de 53)	Pacientes (de 27)
De 1 mm o menos	31	18
De 2 mm o más	50	26
De 3 mm o más	45	24

Lesiones presentes	Párpados (de 53)	Pacientes (de 27)
De 4 mm o más, placas o cordones	33	18

Solo la niña de la serie tenía únicamente lesiones de 1 mm o menos. Estas lesiones acompañaban a las mayores y, aunque en algunos párpados eran numerosas, ocuparon el 11 % de la superficie total; predominaron solo en cuatro pacientes.

Las técnicas

Todas las lesiones se trataron una por una, bajo microscopio, con láser de erbio-YAG, de CO₂ superpulsado o con ambos. Según el tamaño, la profundidad y la zona, se usaron:

- **Vaporización superficial:** nivela la lesión hasta la superficie de la piel.
- **Punteo:** impactos puntuales dentro de la lesión; en las lesiones más gruesas, profundo y segmentado en varias sesiones.
- **Resección parcial escalonada:** se reseca una parte de la lesión, se espera que la piel ceda y se completa en una sesión posterior.
- **Resección completa con microsuturas:** incisión con láser, disección de la lesión completa y cierre del defecto con microsuturas de 6-0 a 8-0.



Figura 1. Corte esquemático de la piel del párpado. Un siringoma de 2 mm es más profundo que el espesor de la piel: la vaporización superficial nivela la parte elevada y deja la mitad profunda; el punteo profundo segmentado llega a la base en varias sesiones; la resección retira la lesión completa y el defecto se cierra con microsuturas.

Por lo general, la técnica se adecuó al tamaño de la lesión y a su confluencia. Una lesión grande no desaparece por completo con vaporización, porque queda su parte profunda; para eliminarla se reseca y el defecto se cierra con microsuturas: un punto en las lesiones pequeñas y aisladas, y puntos sueltos en línea en las mayores y en las placas, a veces en resecciones parciales escalonadas. En 18 de los 27 pacientes se usaron microsuturas, solas o junto con vaporización de las lesiones más pequeñas. Los parámetros se anotaron en la historia, pero variaron dentro de cada sesión según se alcanzara el plano de la lesión o apareciera sangrado; con el erbio-YAG, por lo general, de 0,20 a 0,40 J a 15 Hz con un punto de 1,5 mm.

El número de lesiones tratadas en cada sesión dependió también del tamaño y la confluencia. Solo unas pocas pacientes pidieron limitarlo: una, con múltiples lesiones de menos de 1 mm, no admitió más de 10 lesiones por párpado en cada sesión y, por eso, continuaba en tratamiento cada 15 días. En otra, con un campo de cientos de micropápulas, después de una sesión de unas mil lesiones se pasó a tratar de 15 a 30 por párpado cada tres semanas.

Cuántas lesiones caben en un párpado

El párpado inferior tiene unos 8 cm² (800 mm²). Según el diámetro y la separación entre las lesiones, el máximo teórico de lesiones redondas que caben en esa superficie, y la parte del párpado que ocupan, es el

siguiente. Cuando se tocan, ocupan todo el párpado, porque los siringomas son más anchos en la profundidad que en la superficie.

Diámetro	Tocándose	Separadas 1 mm	Separadas 2 mm
1 mm o menos	800 a 920 (100 %)	200 a 230 (20 a 23 %)	90 a 100 (9 a 10 %)
2 mm	200 a 230 (100 %)	90 a 100 (35 a 40 %)	50 a 60 (20 a 23 %)
3 mm	90 a 100 (100 %)	50 a 60 (44 a 51 %)	32 a 37 (28 a 33 %)
4 mm	50 a 60 (100 %)	32 a 37 (50 a 58 %)	22 a 26 (35 a 40 %)

Entre paréntesis, la parte del párpado que ocupan.

En la fotografía inicial de los 53 párpados inferiores de la serie se encontraron:

Diámetro	Párpados con lesiones de ese diámetro	Lesiones contadas	Máximo en un párpado (% del párpado)	Parte de la superficie ocupada total
4 mm o más, placas y cordones	33	111	9 (14 %)	25 %
3 mm	39	310	30 (27 %)	40 %
2 mm	41	414	50 (20 %)	24 %
1 mm o menos	31	1.350	235 (13 %)	11 %
Total	53	2.185	237 (hasta 40 %)	100 %

La superficie ocupada dependió sobre todo de las lesiones de 2 mm o más. Según el diámetro mayor que coexistía en cada párpado:

Diámetros que coexistían en el párpado	Párpados	Lesiones por párpado, mediana (rango)	% ocupado, mediana (rango)
Solo de 1 mm o menos	3	20 (15 a 90)	1,1 (0,8 a 5,0)
Hasta 2 mm	5	53 (10 a 237)	4,3 (2,2 a 13,4)
Hasta 3 mm	12	27 (10 a 213)	11,3 (2,9 a 22,1)
4 mm o más, placas o cordones	33	24 (3 a 112)	12,9 (2,4 a 40,0)

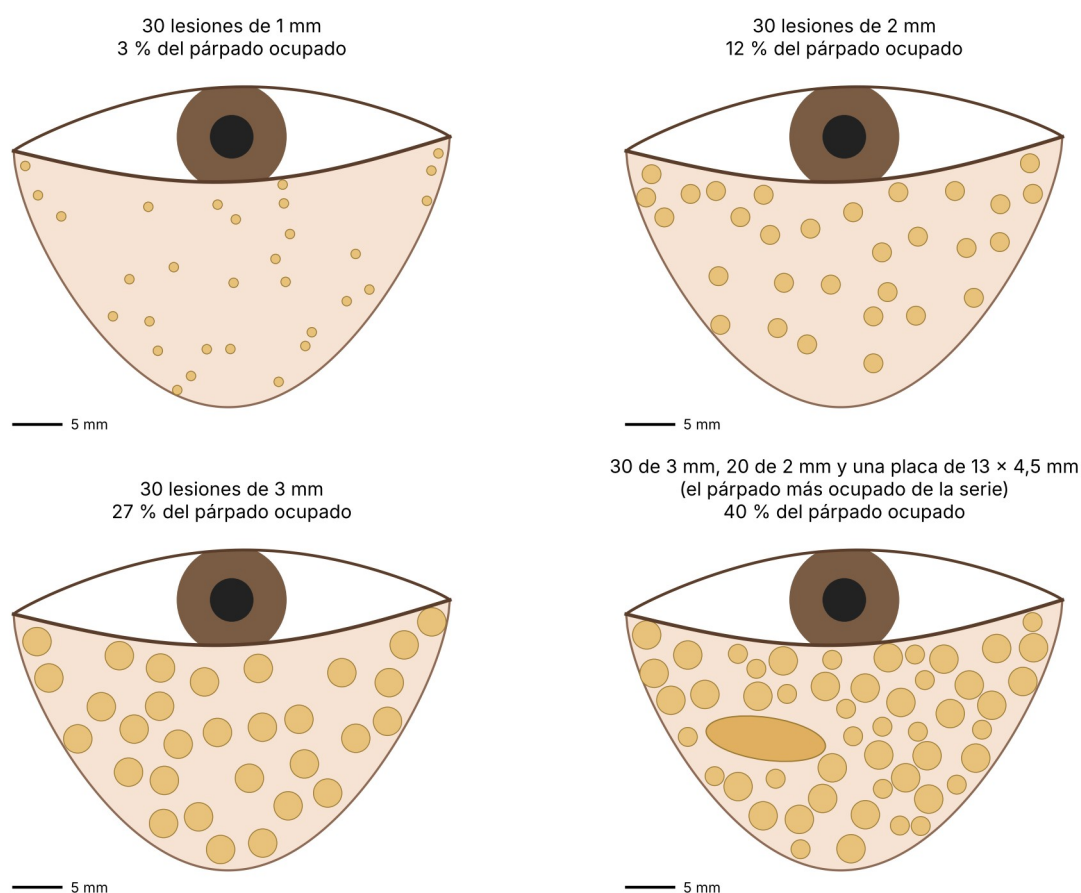


Figura 2. Párpado inferior de 8 cm² dibujado a escala. El mismo número de lesiones ocupa más superficie a medida que aumenta su diámetro. Abajo a la derecha, el párpado más ocupado de la serie: 30 lesiones de 3 mm, 20 de 2 mm y una placa de 13 × 4,5 mm, que ocupaban el 40 % de su superficie; a las cuatro semanas de la segunda sesión no se veían lesiones.

Resultados

Cada párpado inferior se agrupó según los diámetros que coexistían en él, como en la última tabla de la sección anterior. Terminar bien significa que en el último control, a seis meses o más de la primera sesión, no quedó cicatriz visible ni cambio de color permanente; casi todos conservaban algunas micropápulas, que se siguieron tratando. Los párpados con menos de seis meses de seguimiento se presentan como seguimiento temprano.

Diámetros que coexistían (párpados)	% ocupado, mediana: inicio → final	Terminaron bien	Con secuela	Seguimiento temprano
Solo de 1 mm o menos (3)	1,1 → 0,9	3	0	0
Hasta 2 mm (5)	4,3 → 2,8	3	0	2
Hasta 3 mm (12)	11,3 → 2,8	7	4	1
4 mm o más, placas o cordones (33)	12,9 → 3,4	21	0	12
Total (53)	12,5 → 3,0	34	4	15

- **Ninguno de los 38 párpados con seis meses o más de seguimiento quedó con cicatriz.** Las únicas secuelas fueron puntos de hipocromía de menos de 2 mm en dos pacientes con lesiones de hasta 3 mm tratadas con vaporización y microsuturas: diez zonas repartidas entre los dos párpados en una, y tres y cuatro zonas en la otra. Los párpados más ocupados terminaron sin secuela: del 35 % al 3 % a los 21 meses; del 34 % al 21 % a los ocho años; del 25 % a entre el 7 % y el 10 % a los 14 años, y, en una paciente, del 17 % y el 22 % a ninguna lesión visible a los siete meses.
- **La superficie ocupada bajó en casi todos los párpados, pero casi siempre quedaron micropápulas.** Cinco párpados con seguimiento de seis meses o más quedaron sin lesiones visibles. En tres pacientes con lesiones de 1 mm o menos, las micropápulas persistieron en la misma zona a los 8, 34 y 50 meses, sin cicatriz; en una de ellas, después de 26 sesiones, el tratamiento continuaba.
- **Las microsuturas eliminaron las lesiones grandes y las placas sin dejar cicatriz.** Ninguno de los 24 párpados tratados con resección y microsuturas, con seis meses o más de seguimiento, quedó con cicatriz. La superficie ocupada bajó del 17 % y el 22 % a ninguna lesión visible a los siete meses, en una paciente tratada con resección y microsuturas en cuatro sesiones; del 17 % y el 13 % al 0,6 % a los 19 meses; del 13 % y el 12 % al 0,3 % a los cuatro años, y del 35 % y el 32 % al 3 % a los 21 meses. En un paciente con el 28 % y el 40 %, a las cuatro semanas de la segunda sesión no se veían lesiones.
- **Con vaporización sola quedó, en mediana, la mitad de la superficie ocupada al inicio; con microsuturas, alrededor de una cuarta parte.** En los 14 párpados tratados solo con vaporización, la superficie final fue el 51 % de la inicial, con un seguimiento mediano de 50 meses; en los 24 tratados con microsuturas, solas o junto con vaporización, fue el 28 %, con un seguimiento mediano de 25 meses. En una paciente tratada con vaporización, las lesiones de 4 mm seguían presentes diez años después.
- **En dos pacientes aparecieron lesiones nuevas durante el tratamiento.** En una, el número de micropápulas de un párpado pasó de 36 a 50, aunque la superficie ocupada bajó del 4,5 % al 2,8 %; en la otra, aparecieron 15 lesiones de menos de 0,5 mm en un párpado. Estos casos serán objeto de un artículo aparte.
- **En dos pacientes con lesiones de 3 a 5 mm reseçadas, éstas no volvieron a crecer;** lo que reapareció fueron micropápulas de 1 mm o menos en el borde o dentro de la zona tratada; en una de ellas, a los cuatro años se trataron 19 zonas con posibles siringomas. En otra paciente, la resección parcial escalonada redujo una placa de 15 × 10 mm a 12 × 6 mm en dos años, sin secuela.
- **En lesiones pequeñas y aisladas, la resección con un punto de microsutura por lesión dejó el párpado sin lesiones ni cicatriz visible a los tres años y medio.**
- **Los párpados con seguimiento temprano** pasaron de una ocupación mediana del 11 % a una del 2 % entre los tres días y los dos meses; en un paciente con 28 % y 40 % de ocupación, a las cuatro semanas de la segunda sesión no se veían lesiones.
- **Las equimosis se presentaron cuando se usó el erbio-YAG a baja energía y alta frecuencia, que produjo un sangrado importante durante el procedimiento.** En un paciente, el tratamiento de los cuatro párpados en una sola sesión produjo además edema y quemosis; las sesiones siguientes se hicieron por lados.
- **La vaporización de unas mil micropápulas de los dos párpados inferiores en una sola sesión produjo inflamación e hiperpigmentación posinflamatoria al mes, sin cicatriz.**
- **Las demás complicaciones fueron transitorias.** Hubo fibrosis en el posoperatorio temprano en tres pacientes: en dos se infiltró, en uno de ellos con 5-fluorouracilo y betametasona en tres ocasiones, y los nódulos se resolvieron; en el tercero se resolvió con masajes. En una paciente de fototipo V aparecían máculas tras cada sesión, que desaparecían en pocas semanas.

Interpretación

La vaporización superficial nivela la lesión, pero deja en la dermis una parte de ella. Cuando el siringoma es más grande que el espesor de la piel del párpado, la lesión vuelve a aparecer en el mismo sitio, a no ser que se trate con punteo profundo, segmentado y con seguimiento. En esta serie, los párpados tratados solo con vaporización conservaron, en mediana, la mitad de la superficie ocupada al inicio.

Para que una lesión grande desaparezca por completo hay que retirarla entera, con toda la dermis comprometida. La resección con microsuturas lo logró en lesiones de hasta 4 o 5 mm y en placas: las lesiones resecaadas no volvieron a crecer, la superficie ocupada bajó más que con vaporización y no quedaron cicatrices permanentes; las únicas secuelas fueron puntos de hipocromía de menos de 2 mm. Lo que reapareció en el borde o dentro de la zona tratada fueron lesiones vecinas, no las resecaadas.

Lo que persistió con frecuencia fueron muchas lesiones de 1 mm o menos. Estas no se resecan sino que se vaporizan o se puntean, y su persistencia se explica, sobre todo, porque su tratamiento queda incompleto: son numerosas, pequeñas y difíciles de ver, y en cada sesión quedan algunas sin tratar o tratadas solo en superficie.

Ni la ocupación del párpado, que llegó al 40 %, ni el diámetro de las lesiones, de hasta 4 o 5 mm y con placas confluentes, se tradujeron en cicatrices cuando el tratamiento se hizo por etapas. Con estos casos no se puede afirmar que una técnica sea mejor que otra: las técnicas se combinaron en cada paciente según la zona y la lesión, y los casos tratados solo con vaporización tenían menos ocupación inicial y más seguimiento. Lo que permitió completar los tratamientos fue la cicatrización de cada persona y su tolerancia al posoperatorio, y lo que permitió valorar el resultado fue el seguimiento: a semanas o meses no se distingue la persistencia de la cicatriz ni de la recurrencia.

En esta serie, las recurrencias se observaron sobre todo después de los dos años.

Para situar esta serie se buscaron trabajos que, como éste, describieran el tamaño o la confluencia de las lesiones y siguieran a los pacientes. Las dos revisiones más recientes concluyeron que ningún tratamiento es consistentemente eficaz y que faltan estudios comparativos (Claro y colaboradores, 2022), y que no hay consenso sobre la técnica ni sobre los parámetros (Alsaidan, 2022). Entre los estudios clínicos, el de Lee y colaboradores (2015), con perforaciones de CO₂ hasta la dermis profunda, la técnica más cercana al punteo profundo, es uno de los pocos que distingue las lesiones papulares aisladas, en placa y mixtas; el 24 % de sus 29 pacientes tuvo una mejoría del 75 % o más, evaluada a los dos meses de la segunda sesión. Ahn y colaboradores (2021) midieron la gravedad con un índice que incluye el número, el tamaño y la densidad de las lesiones, pero trataron con electrocoagulación intralesional. No se encontraron series que contaran las lesiones por diámetro, calcularan la superficie ocupada del párpado o informaran el resultado de la resección con microsuturas con seguimiento de años.

En la práctica, fuera de lo que midió esta serie, la superficie que ocupan las lesiones, más que su número, orienta cuántas pueden tratarse en cada sesión y cuánto tratamiento admite el párpado. La resección parcial escalonada permite avanzar en las lesiones grandes sin tensión, a costa de más sesiones. La radiofrecuencia intralesional bajo microscopio se ha usado en pocos casos, en pacientes que no aceptan la costra y toleran el procedimiento sin anestesia; su uso se ha limitado por el riesgo para el globo ocular. La infiltración con 5-fluorouracilo y corticoide no tenía un criterio definido en los primeros casos de la serie; hoy se indica cuando en el posoperatorio temprano aparece una masa en la zona quirúrgica, por sospecha de fibrosis.

Límites

- Es una serie retrospectiva y heterogénea: las técnicas se combinaron en cada paciente y no permiten comparar una con otra; además, la técnica y la duración del seguimiento se confunden.
- Los diámetros se estimaron sobre la piel; las lesiones estimadas en 3 mm suelen resultar más grandes cuando se disecan. La superficie ocupada, calculada con diámetros redondeados (1, 2, 3 y 4 mm) y con las placas como elipses, es por eso una cifra mínima.

- Ocho pacientes solo tienen seguimiento temprano.
- Las fotografías de los controles tardíos variaron en ángulo, iluminación y resolución, y algunas no permiten descartar lesiones de 1 mm o menos.

Perlas clínicas

- La vaporización superficial deja una parte de la lesión: los párpados tratados solo así conservaron, en mediana, la mitad de la superficie ocupada.
- Una lesión grande no desaparece con vaporización; la resección con microsuturas eliminó lesiones grandes y placas sin dejar cicatriz.
- Ni la ocupación del párpado, de hasta el 40 %, ni las lesiones de 4 o 5 mm y las placas confluentes dejaron cicatriz cuando el tratamiento se hizo por etapas; las únicas secuelas fueron puntos de hipocromía de menos de 2 mm.
- Casi siempre quedaron micropápulas de 1 mm o menos, sobre todo porque su tratamiento queda incompleto; se siguieron tratando, y la recurrencia apareció a menudo después de los dos años.
- En dos pacientes aparecieron lesiones nuevas durante el tratamiento.
- El erbio-YAG a baja energía y alta frecuencia produjo sangrado importante y equimosis; tratar los cuatro párpados en una sola sesión añadió edema y quemosis.
- Vaporizar todo un campo de micropápulas en una sola sesión produjo inflamación e hiperpigmentación posinflamatoria.
- A semanas o meses no se distingue la persistencia de la cicatriz ni de la recurrencia; el resultado se valora con seguimiento de años.

Referencias

- Lee SJ, Goo B, Choi MJ, et al. Treatment of periorbital syringoma by the pinhole method using a carbon dioxide laser in 29 Asian patients. *J Cosmet Laser Ther.* 2015;17:273–6.
- Claro KTV, Ramírez JLH, Haddad A, Cunha MG, Francischelli Neto M. Treatment of periorbital syringomas: review of the scientific literature in the last 5 years. *Rev Bras Cir Plást.* 2022;37:80–8.
- Alsaidan MS. Efficacy and safety of lasers in treating syringomas: a review of the literature. *J Dermatolog Treat.* 2022;33:3127–35.
- Ahn GR, Jeong GJ, Kim JM, et al. Intralesional electrocoagulation with insulated microneedle for the treatment of periorbital syringomas: a retrospective analysis. *Aesthet Surg J.* 2021;41:490–8.