

## Caso clínico

**Milium coloide. Comunicación de un caso juvenil y otro del adulto**

Lorena Lammoglia Ordiales,\* Diana S Vera Izaguirre,\* Gloria Serrano,\*\* Elisa Vega Memije,\*\*\* Roberto Arenas\*\*\*

**RESUMEN**

El milium coloide es una enfermedad cutánea muy rara, que se distingue por depósitos de material amorfo en la dermis. Existen cuatro tipos clínicos: 1) milium coloide del adulto, 2) milium coloide juvenil, 3) degeneración nodular coloide y 4) milium coloide pigmentado. El milium coloide juvenil aparece antes de la pubertad y es heredable; desde el punto de vista histopatológico se distingue del milium coloide del adulto. Se informan dos casos de milium coloide: uno juvenil y otro del adulto.

**Palabras clave:** milium coloide juvenil, milium coloide del adulto, histopatología.

**ABSTRACT**

Colloid milium is a rare skin condition characterized by deposition of amorphous material in the dermis. There are four clinical types: Adult and juvenile types, nodular colloid degeneration and pigmented colloid milium. Juvenile colloid milium presents before puberty, may be inherited and it can be distinguished histologically from the adult form. We present two cases: an adult and a juvenile type.

**Key words:** juvenile colloid milium, adult colloid milium, histology.

**CASO CLÍNICO 1**

**H**ombre de 12 años de edad, originario y residente de San Juan el Grande, Guanajuato, con dermatosis diseminada, bilateral y con tendencia a la simetría que afectaba la cara, específicamente la piel del labio superior e inferior (figura 1a), y el dorso de los dedos (figura 1b). Tenía múltiples lesiones de aspecto papular, milimétricas, del color de la piel, algunas violáceas, brillantes y semiesféricas, y otras puntiformes, bien delimitadas. El cuadro tenía pocos meses de evolución y la aparición de las lesiones fue gradual. El paciente no había recibido tratamiento.

\* Residente de Dermatología.

\*\* Dermatóloga.  
Instituto Dermatológico Guanajuatense.

\*\*\* Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, DF.

Correspondencia: Dra. Lorena Lammoglia Ordiales. Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González. Calzada de Tlalpan 4800, colonia Toriello Guerra, CP 14000, México, DF. Correo electrónico: lammogliolo@hotmail.com  
Recibido: agosto, 2008. Aceptado: noviembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Lammoglia OL, Vera IDS, Serrano G, Vega ME, Arenas R. Milium coloide. Comunicación de un caso juvenil y otro del adulto. *Dermatol Rev Mex* 2009;53(1):26-30.  
La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

Se realizó el estudio histopatológico con el diagnóstico presuntivo de angiofibromas; sin embargo, el examen reveló, en la dermis papilar, material eosinófilo amorfo inmediatamente por debajo de la epidermis, la cual era irregular y limitaba el material descrito (figuras 2 y 3). El tratamiento consistió en fotoprotección, con lo que las lesiones se mantuvieron estables.

**CASO CLÍNICO 2**

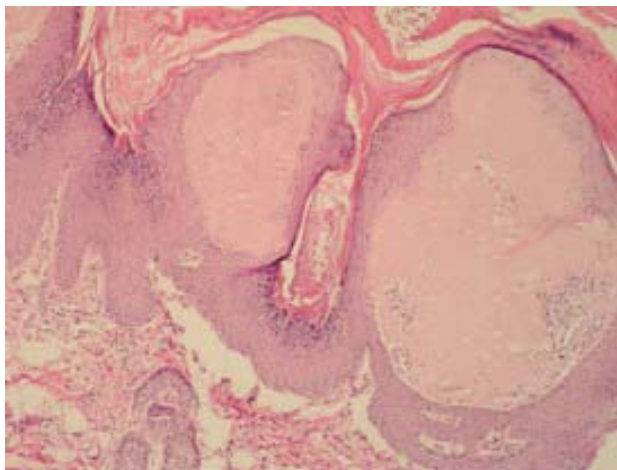
Hombre de 59 años de edad, originario y residente de Irapuato, Guanajuato, con dermatosis diseminada, bilateral y con tendencia a la simetría que afectaba el dorso de las manos (figura 4). El paciente tenía múltiples lesiones de aspecto pápulo-nodular, de milímetros hasta 1 cm de diámetro, del color de la piel, algunas perladas y otras con superficie queratósica. El cuadro tenía pocos meses de evolución y había sido progresivo.

El estudio histopatológico mostró: dermis con material eosinófilo, compacto, con hendiduras, en algunas zonas entremezclado con fibras de colágeno y alrededor de los vasos sanguíneos (figura 5).

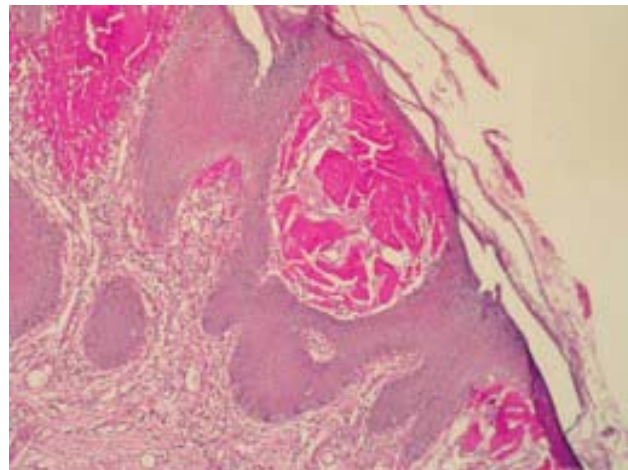
El paciente recibió tratamiento con fotoprotección que ha aplicado en forma irregular. Las lesiones disminuyen cuando se aplica los fotoprotectores, pero hay recidiva al suspenderlos.



**Figura 1.** Cara (a) y dorso de los dedos (b) con múltiples lesiones papulares del color de la piel y otras brillantes, semiesféricas y bien delimitadas.



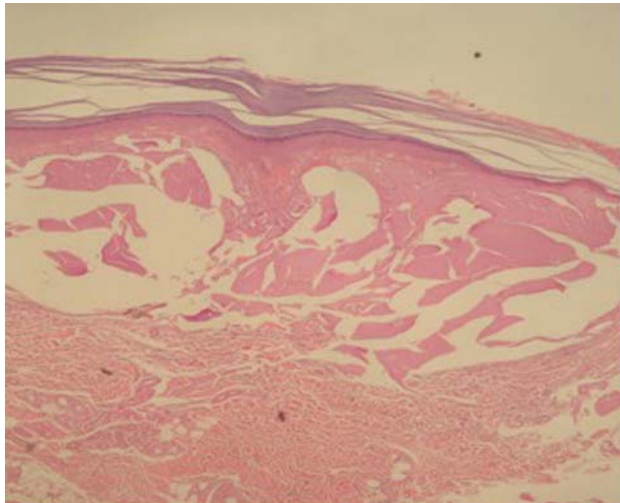
**Figura 2.** Dermis papilar con material amorfo eosinófilo. No hay zona de Grenz. HE 20X.



**Figura 3.** Con la tinción de PAS se observa mejor el material coloide. HE 20X.



**Figura 4.** Dorsal de las manos con múltiples lesiones de aspecto papular, del color de la piel, algunas perladas y otras con superficie queratósica.



**Figura 5.** Por debajo de la epidermis se observa material eosinófilo (en la dermis papilar) entremezclado con fibras de colágeno. Se observa zona de Grenz. HE 20X.

## DISCUSIÓN

Wagner describió por primera vez el milium coloide en 1886. Este autor pensó que el padecimiento se originaba por la degeneración de las glándulas sebáceas. En 1925 Gans señaló que esta alteración tenía su origen por la degeneración del colágeno. Arnold sugirió, en 1943, que la elastina participaba en la fisiopatogenia.<sup>1</sup> Desde la primera descripción se han reportado más de 100 casos

en la bibliografía.<sup>2</sup> El milium coloide se divide en cuatro formas clínicas: 1) milium coloide del adulto, 2) milium coloide juvenil, 3) degeneración nodular coloide y 4) milium coloide pigmentado.<sup>3</sup>

El milium coloide juvenil es una enfermedad extremadamente infrecuente. Se describió inicialmente por Wooldridge y Frerich en 1960, y desde entonces se han reportado pocos casos en la bibliografía.<sup>3-6</sup>

El milium coloide del adulto es la forma clínica más frecuente, pero no deja de ser un padecimiento raro que afecta a pacientes de mediana edad, con fototipos claros y daño actínico intenso.<sup>2,7,8</sup> Su incidencia se desconoce. La relación hombre-mujer es de 4:1. Se ha relacionado con exposición prolongada al sol y a productos derivados del petróleo;<sup>7,8</sup> incluso se han informado casos unilaterales en el brazo de los taxistas, sobre todo del lado que conducen.<sup>2,9</sup>

También se desconoce su causa exacta, pero se han propuesto diferentes teorías, principalmente las que sugieren que el coloide se origina por la degeneración del colágeno y la alteración de proteínas séricas.<sup>6,8,10</sup> En 1975 Hashimoto y colaboradores concluyeron, mediante estudios ultraestructurales, que el coloide se originaba por el daño actínico en los fibroblastos.<sup>2</sup> Posteriormente, junto con Kobayashi y Black, reportaron que las lesiones se producían por degeneración de las fibras elásticas.<sup>10</sup> Se sugiere que la exposición solar prolongada favorece la degeneración de la elastina. En la forma juvenil se piensa que existe susceptibilidad heredada a la luz ultravioleta.<sup>5,6,8</sup>

El milium coloide juvenil suele aparecer antes de la pubertad en la piel sana.<sup>11,12</sup> La causa es desconocida, pero se ha señalado el antecedente familiar, con probable patrón de herencia autosómico recesivo que resulta en susceptibilidad al daño solar en los queratinocitos.<sup>6,13</sup> El inicio puede ser posterior a las quemaduras solares.

La manifestación clínica del milium coloide juvenil y la del adulto son similares, con lesiones de aspecto papular que pueden ser translúcidas, del color de la piel o marrón y de predominio en la cara, el cuello y el dorso de las manos. Suelen estar agrupadas y no causar síntomas.<sup>5,6,8,11</sup> El diagnóstico diferencial se realiza con siringomas, esteatocistomas múltiples, liquen amiloide, quistes de retención y molusco contagioso.<sup>3</sup>

Algunos autores relacionan la forma juvenil con conjuntivitis y periodontitis ligneas, en tales casos se observa material eosinofílico en el tejido de depósito.<sup>3,4,14</sup> Otros



consideran que estas alteraciones se deben al mismo proceso patológico en diferentes localizaciones.<sup>4</sup>

En el examen histológico en la forma del adulto muestra masas homogéneas, fisuradas y de color rosado en la dermis papilar. Pueden observarse fibroblastos ahusados en las líneas de fisura, dispersas en el material coloide. Existe zona de Grenz entre la epidermis y el coloide que contiene fibras elásticas. También se observan los vasos capilares dilatados. Suele haber atrofia epidérmica y de elastosis solar. Se piensa que en el adulto el material coloide se produce por la degeneración de las fibras elásticas en la dermis.<sup>8,15</sup>

La forma juvenil y la del adulto se distinguen histológicamente.<sup>15</sup> En el milium coloide juvenil se observa material eosinófilo bien definido y cuerpos coloides en la dermis superior. El material coloide se encuentra en contacto directo con la epidermis y no hay zona de Grenz. Todas las tinciones para determinar sustancia amiloide, incluida el rojo Congo, resultan negativas o débilmente positivas. En algunos casos se observan células apoptóticas, lo que conduce a la hipótesis de que el material coloide se produce por degeneración de los queratinocitos.<sup>6,11</sup>

El tratamiento del milium coloide es limitado. Entre las diferentes modalidades se encuentran la criocirugía, prescripción de ácido ascórbico y aplicación de peelings, pero han tenido poco éxito. La localización en la dermis hace que los tratamientos superficiales produzcan poca o nula reacción al tratamiento.

La dermoabrasión ha demostrado cambios estéticos aceptables.<sup>16</sup> Recientemente se introdujo el método láser Erbium YAG con excelentes resultados.<sup>17</sup> La fototermólisis fraccionada es una nueva tecnología que ha mostrado éxito (no produce efectos adversos significativos), pero se requieren más estudios para confirmar su eficacia y perfil de inocuidad.<sup>1</sup> Independientemente del tratamiento prescrito debe hacerse hincapié en el uso de fotoprotectores para disminuir el daño actínico y la progresión de la enfermedad.<sup>8</sup>

Este estudio informó dos casos de milium coloide: uno juvenil y otro del adulto, de los que se han reportado pocos casos en la bibliografía.<sup>3,5,6,11,18</sup>

En el caso de milium coloide juvenil no es típica su aparición antes del inicio de la pubertad. El paciente de este estudio no tenía antecedentes de consanguinidad ni familiares afectados, por lo que podría ser un modo de herencia autosómica recesiva o esporádica. Ambos pa-

cientes tuvieron antecedente de exposición crónica al sol, que es el factor principal relacionado con la patogenia de la enfermedad.<sup>3-6,8,10,11,15</sup>

Las lesiones en ambos pacientes mostraron la topografía y morfología características del milium coloide juvenil y del adulto, respectivamente.

La histopatología es típica y ayuda a distinguir la forma juvenil de la del adulto. En el primer caso se observa material coloide en contacto con la epidermis y sin banda de tejido conectivo; en el segundo, se observa el coloide en la dermis papilar, zona de Grenz y elastosis solar.

Ambos casos ilustran de manera adecuada la manifestación e histopatología del milium coloide en dos de sus formas clínicas.

## REFERENCIAS

1. Marra DE, Pourrabbani S, Fincher EF, Moy RL. Fractional photothermolysis for the treatment of adult colloid milium. *Arch Dermatol* 2007;143:572-4.
2. Lewis AT, Le EH, Quan LT, Krishnan B, et al. Unilateral colloid milium of the arm. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:S5-S7.
3. Oskay T, Erdem C, Anadolu R, Peksan Y, et al. Juvenile colloid milium associated with conjunctival and gingival involvement. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:1185-8.
4. Chowdhury MM, Blackford S, Williams S. Juvenile colloid milium associated with ligneous conjunctivitis: report of a case and review of the literature. *Clin Exp Dermatol* 2000;138:40.
5. Ekmekci TR, Koslu A, Sakiz D. Juvenile colloid milium: a case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:355-6.
6. Hashimoto K, Nakayama H, Climenti S, Carlesimo OA. Juvenile colloid milium: immunohistochemical and ultrastructural studies. *J Cutan Pathol* 1989;16:164-74.
7. Casanova E, Kumakawa H. Milium coloide en el adulto: reporte de un caso. *Dermatol Peru* 2000;10:127-9.
8. Touart DM, Sau P. Cutaneous deposition diseases. Part 1. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:149-71.
9. Mayer FE, Milburn PB. Unilateral colloid milium. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:1166-7.
10. Hashimoto K, Black M. Colloid milium: a final degeneration product of actinic elastoid. *J Cutan Pathol* 1985;12:147-56.
11. Handfield-Jones SE, Atherton DJ, Black MM, Hashimoto K, McKee PH. Juvenile colloid milium: clinical, histological and ultrastructural features. *J Cutan Pathol* 1992;19:434-8.
12. Behrman RE, Kliegman RM, Jonson HB. *Nelson textbook of pediatrics*. 17<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders, 2007.
13. Kavak A, Kaya M, Alper M, Cam M, et al. Non-Hodgkin s lymphoma and auricular hypoplasia: associated with juvenile colloid milium or ligneous conjunctivitis? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:348-51.
14. Hidayat AA, Riddle PJ. Ligneous conjunctivitis. *A clinicopatho-*

- logic study of 17 cases. Ophthalmology 1987;94:949-59.
15. Innocenzi D, Barduagni F, Cerio R, Wolter M. UV-induced colloid milium. Clin Exp Dermatol 1993;18:347-50.
  16. Netscher DT, Sharma S, Kinner BM, Lyos A, Griego RD. Adult-type colloid milium of hands and face successfully treated with dermabrasion. South Med J 1996;89:1004-7.
  17. Ammirati CT, Giancola JM, Hruza GJ. Dul-onset facial colloid milium successfully treated with the long-pulsed Er:YAG laser. Dermatol Surg 2002;28:215-9.
  18. Navarrete-Franco G, Morales-Barrera ME, Peralta-Cordero G. Milium coloide del adulto. Dermatol Rev Mex 2008;51:192-4.

**XV Seminario Internacional Clínico-Patológico de Dermatopatología**

**Sábado 29 de agosto del 2009**

**De las 8:00 a las 16:00 horas**

**Auditorio Dr. Abraham Ayala González, Hospital General de México**

**Informes: Sociedad Médica. Tel.: 5578-5222, tel./fax: 5578-0505.**

**Dra. Patricia Mercadillo: Tel./fax: 5004-3845.**

**Dr. Rafael Andrade: Tel.: 5004-3845.**

**Dra. Josefa Novales: Tel.: 5538-7033.**

**Profesor invitado: Dr. Prof. Helmut Kerl, procedente del Departamento de Dermatología,  
Medical University of Graz, Austria.**

**Correspondencia: Sociedad Médica Dr. Abraham Ayala González,  
Hospital General de México**

**Dr. Balmis 148, colonia Doctores, CP 06726, México, DF.**