

Milium coloide del adulto. Comunicación de un caso y revisión de la literatura

Adult Colloid Milium. A Case Report and Review

Jimena Agostina Miranda,¹ Marco Mario Mazzotta,² Lorena Andrea Cippitelli³ y Natalia Andrea Sosa⁴

¹ Médica residente de segundo año, Servicio de Dermatología

² Médico de planta, Servicio de Anatomía Patológica

³ Médica de planta, Servicio de Dermatología

⁴ Médica de planta, Servicio de Dermatología

Hospital Nacional de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Clínicas

RESUMEN

El milium coloide del adulto es una rara enfermedad de depósito cutáneo, de prevalencia y origen desconocidos, aunque se cree que la radiación ultravioleta es el factor desencadenante más importante. Clínicamente se caracteriza por el desarrollo de pápulas translúcidas amarillentas en la piel expuesta al sol, e histológicamente por la presencia de coloides en las papilas dérmicas. Comunicamos el caso de un hombre de 44 años, de piel clara, con historia de exposición solar, que presentaba múltiples pápulas pequeñas en el dorso de las manos, la histología confirmó milium coloide.

PALABRAS CLAVE: coloide, milium, adulto, exposición solar, manos.

ABSTRACT

Colloid milium is a rare cutaneous disorder, of unknown prevalence and origin, although ultraviolet radiation is thought to be the most important trigger. It is characterized by translucent yellowish papules on sun-exposed areas and histologically by the presence of colloids in the dermal papillae. We reported a 44-year-old male of a fair-skin man with sun exposure history, who presented multiple small papules on dorsum of hands, and confirmed by histology.

KEYWORDS: colloid, milium, adult, sun exposure, hands.

Introducción

El milium coloide (MC) es una rara dermatosis por depósito, en 1866 Wagner lo describió por primera vez como *Das Colloid-Milium der Haut*,¹ e históricamente ha tomado diversas denominaciones como pseudomilium coloide, degeneración coloidal, hialoma y coloide miliar.^{1,2}

Se clasifica en cuatro subtipos clínicos diferentes: adulto, juvenil, nodular y pigmentado.³ El milium coloide del adulto (MCA) es el más frecuente y afecta principalmente a personas de raza caucásica⁴ entre los 30 a 50 años de edad, con predilección por el sexo masculino en una relación de 4:1.⁵

Las lesiones son de aspecto "papuloso", translúcidas y amarillentas, dispuestas en forma aislada o agrupadas en áreas de exposición solar, sobre todo en la cara, el cuello y el dorso de las manos;⁶ cuando se punzan liberan un material gelatinoso.⁵

Para el diagnóstico es necesaria una biopsia de piel de espesor completo, pero la historia clínica del paciente puede orientar.¹

Caso clínico

Se expone el caso de un hombre de 44 años de edad, obrero de la construcción, fototipo II según la escala Fitzpatrick, con una larga historia de intensa exposición solar, sin antecedentes patológicos, fue referido a nuestro hospital porque presentaba lesiones asintomáticas en el dorso de las manos, de dos años de duración. El examen físico reveló, en el dorso de ambas manos, múltiples pápulas anaranjadas, translúcidas y brillantes, de 2 a 3 mm de diámetro, firmes a la vitropresión; además, se observaron algunas máculas equimóticas contiguas a las lesiones (figura 1). La dermatoscopia mostró un fondo difuso naranja-amarillento, con vasos lineales dispersos en la periferia

CORRESPONDENCIA

Dra. Jimena Agostina Miranda ■ ago_090@hotmail.com ■ Teléfono: +54 3888 407207
San Luis núm. 145 B, Nueva Córdoba, Córdoba capital, Argentina



Figura 1. Múltiples pápulas anaranjadas, translúcidas y brillantes y algunas máculas equimóticas contiguas a éstas, en el dorso de la mano.

de algunas lesiones (figura 2). El paciente refirió que las pápulas aparecieron progresivamente, aumentaron en verano y se atenuaron en invierno, pero no hubo remisión.

Su historial médico era negativo para hábitos medicamentosos. No tenía antecedentes familiares de fotodermatosis.

El laboratorio de rutina (hemograma, glucemia, hepatograma, uremia, creatininemia, coagulograma, sedimento urinario) no arrojó valores alterados, y las serologías para VIH, VHB, VHC y VDRL fueron no reactivas. Se rea-

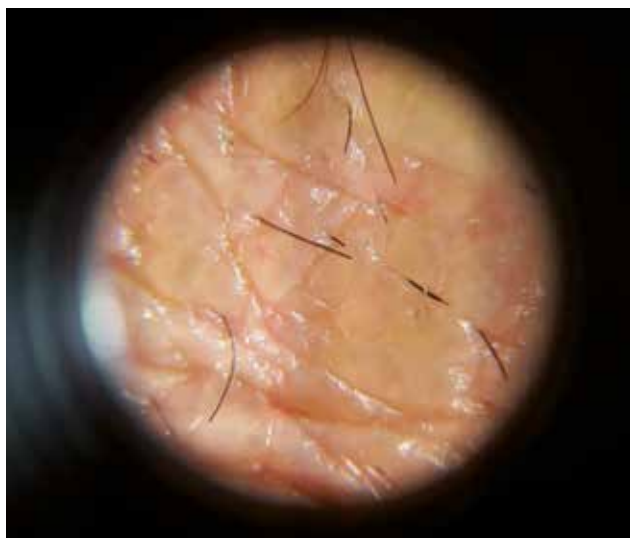


Figura 2. Dermatoscopia: fondo difuso naranja-amarillento, con vasos lineales dispersos en la periferia de algunas lesiones.

lizó análisis de porfirinas en sangre, orina y heces, con resultados negativos. La histopatología de una biopsia incisional, con tinción de hematoxilina-eosina, informó depósito de material hialino y amorfo en la dermis superficial, ligeramente basófilo, con fisuras irregulares; de forma adyacente se observó leve elastosis solar (figura 3). Se hicieron tinciones de orceína para fibras elásticas (figura 4a) y rojo congo para amiloide con luz polarizada (figura 4b), ambas negativas.

Con la clínica y la anatomía patológica se llegó al diagnóstico de milium coloide del adulto.

El paciente rechazó tratamiento farmacológico de las lesiones. Se indicó uso regular de factor de protección solar y reducir la fotoexposición.

Comentario

Originalmente pensado como resultado de la degeneración de las glándulas sebáceas, se ha propuesto que el MCA es un derivado de la descomposición de colágeno o elastina, una colección de proteínas séricas, o un producto de los fibroblastos dérmicos que se depositan como material coloide en la dermis.⁵ Aun cuando existen numerosas investigaciones, la etiología precisa permanece desconocida, aunque la exposición prolongada al sol está indudablemente implicada en su patogénesis. Ésta puede

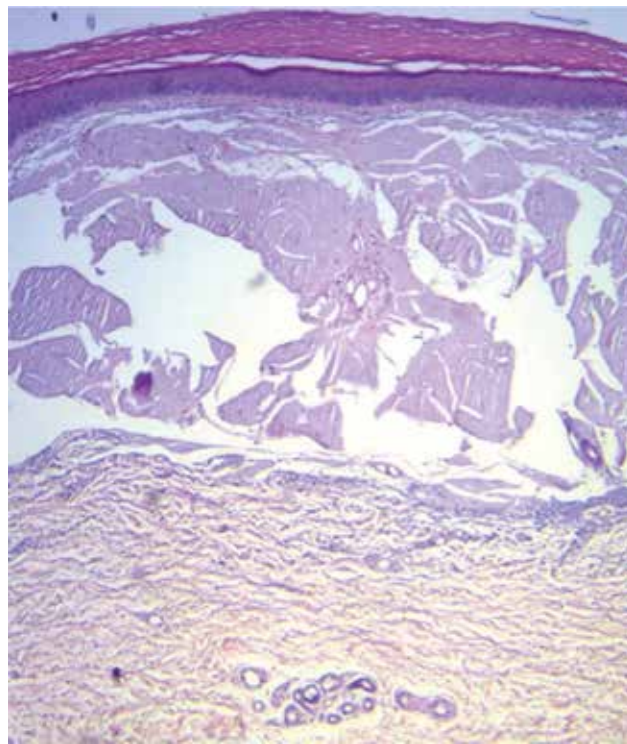


Figura 3. Depósito de material hialino y amorfo en la dermis superficial, ligeramente basófilo, con fisuras irregulares (H-E 50X).

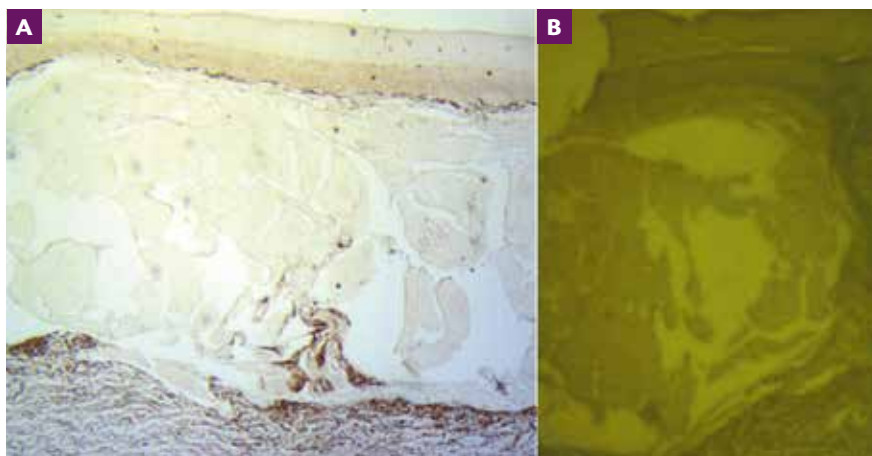


Figura 4. A) Tinción de orceína, negativa (50x). B) Tinción de rojo congo con luz polarizada, negativa (50x).

causar daño estructural directo de la elastina, afectar su síntesis por los fibroblastos, o activar enzimas líticas como la elastasa y otras proteasas, lo que lleva a la destrucción de fibras elásticas.⁷

Por lo general se presenta con múltiples pápulas asintomáticas que varían en tamaño de 0.5 a 5 mm, de color naranja-ámbar o amarillento, translúcidas y firmes, que típicamente afectan las áreas expuestas al sol, como las mejillas, el dorso de las manos, el cuello y el lóbulo de las orejas.⁶ Estas lesiones se desarrollan progresiva y simétricamente, y es común que se estabilicen después de tres años de su inicio.¹ Las mismas podrían favorecer la aparición de equimosis por cualquier traumatismo menor. Se piensa que el material coloide disminuye la elasticidad de las paredes vasculares de la dermis y ello hace que aumente la fragilidad.⁵

Hasta ahora no existen trabajos publicados sobre signos dermatoscópicos específicos de MCA; sin embargo, en la literatura encontramos dos reportes de caso que describen los mismos hallazgos en todas las lesiones: un fondo regular naranja a amarillento, que presumiblemente corresponde a los depósitos coloides dérmicos, y vasos lineales dispersos en la periferia, que pueden ser un signo de daño solar crónico en las zonas afectadas.^{3,8}

El diagnóstico clínico de MCA podría ser un reto ya que existen varias entidades con lesiones similares que se deben considerar en el diagnóstico diferencial, entre ellas, sarcoidosis, amiloidosis, enfermedad de Favre-Racouchot, tricoepiteliomas, siringomas e hiperplasias sebáceas.⁴

La histopatología puede ser difícil de distinguir de la amiloidosis. Mediante microscopía de luz, en la dermis media y superior se observa el depósito de un material homogéneo, amorfo y ligeramente eosinófilo con espacios como hendiduras. La epidermis superpuesta está in-

tacta y puede ser hiperqueratósica o atrófica. Es posible encontrar cambios actínicos, como la elastosis solar, en las adyacencias al material coloide depositado.^{1,9}

Actualmente no existe un único tratamiento efectivo para el MCA. Se indica evitar la exposición solar y usar de forma regular factor de protección.¹⁰ La crioterapia y las exfoliaciones químicas se han probado sin mucho éxito, quizá debido a la ubicación dérmica del material depositado. Recientemente se ha informado mejoría clínica parcial tras la dermoabrasión y la ablación con el láser de Er:YAG.^{7,10} Se debe considerar la posibilidad de recurrencia y también de cicatrización con estos métodos.⁵

BIBLIOGRAFÍA

- Siadat AH y Mokhtari F, Colloid milium, *Adv Biomed Res* 2013; 2:28.
- Casanova E y Kumakawa H, Milium coloide del adulto: reporte de un caso, *Dermatol Peru* 2000; 10:127-9.
- Piccolo V, Russo T, Ossola MDR *et al*, Colloid milium: the expanding spectrum of orange color at dermoscopy, *Int J of Dermatol* 2018; 57(8):46-8.
- Dávila Rodríguez JJ, Aguilar K y García L, Colloid milium, an expression of excessive sun exposure in Ecuadorian patients, *Int J of Dermatol* 2019; 58(4):80-2.
- Navarrete FG, Morales BME y Peralta CG, Milium coloide del adulto, *Dermatol Rev Mex* 2008; 52(4):192-4.
- Mehregan D y Hooten J, Adult colloid milium: a case report and literature review, *Int J of Dermatol* 2011; 50:1531-4.
- Lammoglia OL, Vera IDS, Serrano G *et al*, Milium coloide. Comunicación de un caso juvenil y otro del adulto, *Dermatol Rev Mex* 2009; 53(1):26-30.
- Figini M, De Francesco V, Finato N *et al*, Dermoscopy in adult colloid milium, *J Dermatol* 2020; Wiley Online Library. DOI: 10.1111/1346-8138.15232.
- Toossi P, Shakoei S, Hejazi S *et al*, Unilateral colloid milium: a rare presentation, *Dermatol Online J* 2011; 17(3):6.
- Contreras FP, Rodríguez MM, Merino de Paz N *et al*, Milium coloide del adulto: presentación de 2 nuevos casos y revisión de la literatura, *Piel* 2013; 28(2):78-80.