

Medicina Cutánea

Ibero-Latino-Americana

**Volumen
Volume 32**

**Número
Number 1**

**Enero-Febrero
January-February 2004**

Artículo:

Milium en placa retroauricular

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Colegio Ibero-Latino-Americano de Dermatología

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

***Others sections in
this web site:***

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Milium en placa retroauricular

Retroauricular Milium in Patch

Manuel Galán Gutiérrez, Rafael Jiménez Puya, Antonio Vélez García-Nieto, José Carlos Moreno Giménez
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Correspondencia:

Manuel Galán Gutiérrez
Av. de Menéndez Pidal s/n. CP 14004 Córdoba. España
e-mail: minos72@hotmail.com

Los quistes de milium, también llamados milia o quistes miliares, consisten en pequeñas lesiones quísticas epidermoides localizadas en la dermis superficial y que se presentan clínicamente como elementos redondeados de pequeño tamaño, consistencia firme y color blanquecino o perlado, que asientan sobre una placa eritematosa, ocasionalmente edematosa e infiltrada[1]. Los quistes miliares se dividen en dos tipos: primarios, que surgen de manera espontánea; o secundarios, de forma reactiva, a cualquier traumatismo cutáneo (incluidos los agentes químicos) o algunas dermatosis[1, 2].



Figura 1. Placa de quistes miliares sobre base eritematosa a nivel retroauricular derecho, que se extiende a lo largo de toda la línea de inserción auricular derecha.



Figura 3. Quistes perlados amarillentos distribuidos en forma de pequeña placa, localizados justamente detrás del lóbulo del pabellón auricular izquierdo.

El milium en placa descrito por primera vez en 1903 por Balzer y Fouquet[3], constituye una entidad dermatológica de etiopatogenia incierta, que aparece a cualquier edad y se localiza con mayor frecuencia en la cara. Es una forma primaria poco

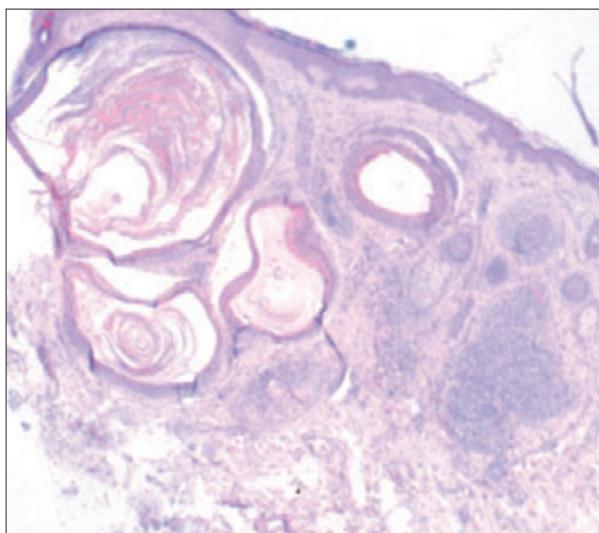


Figura 2. Múltiples quistes epidermoides que se distribuyen por toda la dermis superficial, junto a un infiltrado inflamatorio crónico.

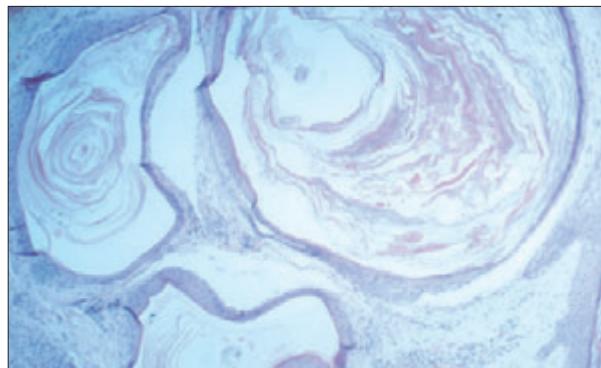


Figura 4. Cavidad quística cubierta por fina capa de epitelio escamoso en cuya luz se observa un intenso contenido de queratina. También parece un infiltrado inflamatorio crónico a nivel periquístico.

frecuente (existiendo una veintena de casos en la literatura) caracterizada por la presencia de pápulas blanquecinas, superficie lisa, de pocos milímetros de diámetro, agrupadas sobre una base eritematosa, que se presenta típicamente en mujeres adultas, sobre todo a nivel retroauricular. Aportamos 2 nuevos casos vistos recientemente en nuestro servicio.

Casos clínicos

Caso clínico nº1

Mujer de 54 años de edad, con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo y controlado, que consultó por la presencia de unas lesiones retroauriculares de 2 años de evolución de pequeño tamaño, múltiples, de consistencia firme y coloración blanquecino-amarillenta sobre una base eritematosa, ocasionalmente pruriginosas y de distribución bilateral (Figura 1). La paciente no utilizaba gafas y negaba la aplicación de medicamentos o cosméticos tópicos en la zona, no refería antecedentes de quemaduras, dermoabrasión o traumatismos. El resto de la exploración cutánea y general fue normal.

El examen histológico de las lesiones mostró la presencia de múltiples quistes epidermoides de pequeño tamaño, (algunos estaban rodeados por un infiltrado inflamatorio crónico) localizados en dermis superficial que estaban tapizados por un epitelio escamoso estratificado de escasa cuantía y cuyo interior se encontraba ocupado por queratina ortoqueratósica (Figura 2). Ante estos hallazgos clínico-histológicos se estableció el diagnóstico de milium en placa y se instauró tratamiento con adapalenol 2 veces al día durante 6 meses con escasa mejoría del cuadro por lo que se utilizó la minociclina a dosis de 100 mg/día con resolución completa.

Caso clínico nº2

Varón de 36 años de edad, médico, sin antecedentes de interés, que acudió por la aparición de lesiones similares a las del caso anterior, de 1 año de evolución y que también se distribuían de forma bilateral en región retroauricular (Figura 3).

No refería causa desencadenante como uso de gafas, mediación, cosméticos, quemaduras, dermoabrasión, o traumatismo. No había realizado tratamiento sistémico con benoxaprofeno o cualquier otro tipo de antiinflamatorios. En el resto de la exploración cutánea no se objetivó ningún otro hallazgo.

Se practicó biopsia observándose la presencia de múltiples quistes epidermoides localizados en dermis superficial, con idénticos hallazgos al caso 1 (Figura 4).

En esta ocasión se realizó tratamiento con tazaroteno por un periodo de 3 meses con mejoría de las lesiones.

Comentario

Los milium en placa (MEP) representan una entidad dermatológica poco frecuente, existiendo apenas una veintena de casos en la literatura, con unas características clínicas e histológicas concretas[4-7]. Los quistes miliares son lesiones quísticas benignas generalmente secundarias a un traumatismo, no obstante, pueden aparecer de forma primaria en párpados, mejillas,

frente y genitales, después del nacimiento, en la adolescencia y edad adulta. Existen 2 formas especiales de quistes miliares en adolescentes y adultos: la forma eruptiva y en placa[8]. Los quistes miliares eruptivos pueden tener carácter esporádico o familiar con herencia autosómica dominante[9, 10], habiendo sido descritos asociados a tricoepiteliomas, queratodermia palmoplantar, calcinosis y genodermatosis, como los síndromes de Oley, Bazex-Dupré-Christol, Rombo y Gorlin.

Pueden aparecer ya desde el nacimiento localizados en cara, tronco y extremidades superiores. En edades posteriores, adolescentes y adultos, pueden hacerlo en párpados, mejillas, frente y genitales. En estos últimos se han descrito dos formas especiales: la forma eruptiva descrita por Veiel sobre un caso de Kaposi en 1885[11] y los quistes en placa descritos por Balzer y Fouquet en 1903[3], aunque fue Hubler en 1978 quién acuñó el término[4].

Clínicamente se caracteriza por la presencia de múltiples quistes de pequeño tamaño, consistencia firme y superficie lisa, coloración nacarada o blancoamarillenta, que se agrupan sobre una placa de diámetro variable generalmente eritematosa y ocasionalmente edematosa o infiltrada[7, 12, 13]. Normalmente es asintomático pero puede ser levemente pruriginoso[5, 6, 12, 14]. Existen publicaciones en las que aparece coexistencia con comedones abiertos[5, 15] o pústulas[16]. La localización más típica del milium en placa es la región retroauricular, donde la lesión es generalmente unilateral[4, 5, 16, 17], y rara vez bilateral[12-14]. No obstante existen publicaciones de otras localizaciones faciales, como la región preauricular de forma bilateral[15], el lóbulo de la oreja[18], en el canto interno[19-21], la pirámide nasal[22], los párpados[23, 24] y la región submandibular bilateral[25]. También se han descrito a nivel extrafacial, 2 casos en región supraclavicular[20, 26], en uno de ellos las lesiones surgieron de forma progresiva en diferentes localizaciones (primero en región supraclavicular, luego en región retroauricular y por último en el párpado superior)[20] y uno en el dorso de la mano de una niña de 9 años[8].

A nivel histológico el MEP se caracteriza por la aparición en dermis superficial de múltiples cavidades quísticas de pequeño tamaño repletas de láminas de queratina y revestidas por un epitelio escamoso estratificado de 2 ó 3 capas[7]. Del mismo modo se suele observar un infiltrado inflamatorio dérmico, de carácter leve o moderado, de predominio linfocitario y distribución no liquenoide[6, 7, 23], aunque no siempre está presente[15, 25].

La etiopatogenia del MEP es desconocida actualmente, hasta hoy la mayoría de los casos han sido considerados como primarios, ya que se descartaron factores desencadenantes y además las lesiones tenían un marcado carácter unilateral[4, 5]. Sin embargo algunos autores han propuesto 3 posibles teorías etiopatogénicas:

1. Que se deba a una degeneración idiopática del tejido conectivo que acaba con una expansión de los folículos y formación de milium[27].
2. Que existan factores externos que determinen su aparición pero que pasan desapercibidos para el paciente[15].

3. Que sea secuela de un liquen plano túmido folicular (LPTF), esta entidad considerada como una variante especial de liquen plano pilar, fue descrita por primera vez en el año 1977 por Belaich y colaboradores, habiéndose publicado unos 15 casos hasta la fecha[28]. Se presenta como una placa de color rojo violácea que asienta preferentemente en región retroauricular. Para algunos autores serían estadios distintos de una misma entidad[15, 23].

En cuanto al *diagnóstico diferencial* habría que realizarlo en teoría con las siguientes patologías: nevos comedonianos, elastosis nodular de Favre-Racouchot, mucinosis folicular, tricoadenomas, micosis fungoide tricotropa, liquen plano túmido folicular y esteatocistoma múltiple. Pero en la práctica habría que hacerlo fundamentalmente con las dos últimas. En el caso del LPTF, como hemos comentado, a veces es difícil establecer clínicamente la diferenciación, y que se realizaría fundamentalmente a nivel histológico, debido a que en el LPTF se observa-

rían grandes quistes foliculares rodeados por denso infiltrado inflamatorio mononuclear de disposición liquenoide[7, 29]. En cuanto al esteatocistoma múltiple, concretamente una forma atípica de éste sólo excepcionalmente se expresa en forma de quistes miliares, siendo realmente compleja su diferenciación clínica, especialmente cuando se localiza a nivel retroauricular[7, 30]. En este caso el diagnóstico también se establece a nivel histológico dado las distintas imágenes que presentan ambas patologías[7, 30].

El *tratamiento* de elección de esta patología no está claramente establecido habiéndose utilizado distintos procedimientos como la radiofrecuencia[1, 7], o la extirpación quirúrgica de las lesiones[21, 31]; y como tratamientos médicos, los retinoides tópicos (como en nuestros pacientes) por un periodo de 3-6 meses[4-6, 12, 14, 15, 21, 24, 26], y las tetraciclinas orales (como en uno de los pacientes presentados)[18, 22, 24] con buenos resultados en algunos pacientes[4, 5, 18, 22, 23], si bien no en todos los que se ha empleado[6, 12, 26, 32].

Bibliografía

1. Alo F. Quistes miliares. Monogr Dermatol 1993; 6: 113-6.
2. Epstein W, Kligman AM. The pathogenesis of milia and benign tumors of the skin. J Invest Dermatol 1956; 26: 1-11.
3. Balzer F, Fouquet C. Millium confluent rétroauriculaire bilatéral. Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr 1903; 14: 361-2.
4. Hubler WR Jr, Rudolph AH, Kelleher RM. Milia en plaque. Cutis 1978; 22: 67-70.
5. Samlaska CP, Benson PM. Milia en plaque. J Am Acad Dermatol 1989; 21: 311-3.
6. Combemale P. Milia en plaque. Eur J Dermatol 1992; 8: 578-9.
7. Tsoitis G, Papadimitrou C, Asvesti C, et al. Dermatoses rétroauriculaires à type de grains de milium en plaque. Ann Dermatol Venereol 1993; 120: 58-64.
8. Pereiro M Jr, Sánchez-Aguilar D, Gómez M, Pestoni C, Toribio J. Quistes miliares en placa extrafacial. Actas Dermosifiliogr 2002; 93: 564-6.
9. Cairns ML, Knable MD. Multiple eruptive milia in a 15-year old boy. Pediat Dermatol 1999; 16: 108-10.
10. Langley RGB, Walsh NMG, Ross JB. Multiple eruptive milia: report a case, review of the literature, and a classification. J Am Acad Dermatol 1997; 37: 353-6.
11. Veiel E. En: Zeimssen HV, editor. Handbook of diseases of the skin. 1st ed. New York: William Wood; 1885. p. 466.
12. Dominguez de Luis F. Milium en placa bilateral. Piel 1995; 10: 278-81.
13. González-López MA. Milia en placa retroauricular: presentación de un nuevo caso. Med Cutan Iber Lat Am 2002; 30: 186-9.
14. Stork J. Retroauricular bilateral "milia en plaque". Dermatology 1995; 191: 260-1.
15. Losada-Campa A, de la Torre-Fraga C, Cruces-Prado M. Milia en plaque. Br J Dermatol 1996; 134: 970-2.
16. Cho SH, Cho BK, Kim CW. Milia en plaque associated with pseudoxantoma elasticum. J Cutan Pathol 1997; 24: 61-3.
17. Lee DW, Choi SW, Cho BK. Milia en plaque. J Am Acad Dermatol 1994; 31: 107.
18. Keohane SG, Beveridge GW, Benton EC, Cox NH. Milia en plaque: a new site and novel treatment. Clin Exp Dermatol 1996; 21: 58-60.
19. Bouassida S, Meziou TJ, Milik H, Fourati M, Boudaya S, Turki H, et al. Childhood plaque milia of the inner canthus. Ann Dermatol Venereol 1998; 125: 906-8.
20. Le Guyadec T, Bossonnet S, Saint-Blancard P, Maccari F, Le Vagueresse R, Lanternier G. Milium en plaque a localisations multiples successives. Ann Dermatol Venereol 2000; 127: 208-9.
21. Ergin S, Bask P, Sari A. Milia en plaque. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000; 14: 47-9.
22. Alsaleh QA, Nanda A, Sharaf A, Al-Sabah H. Milia en plaque: a new site. Int J Dermatol 2000; 39: 614-5.
23. Bridges AG, Lucky AW, Haney G, Mutasim DF. Milia en plaque of the eyelids in childhood: case report and review of the literature. Pediatr Dermatol 1998; 15: 282-4.
24. Wong SS, Goh CL. Milia en plaque. Clin Exp Dermatol 1999; 24: 183-5.
25. García Sánchez MS, Gómez Centeno P, Rosón E, Sánchez-Aguilar D, Fernández-Redondo V, Toribio J. Milia en plaque in a bilateral submandibular distribution. Clin Exp Dermatol 1998; 23: 227-9.
26. Combemale P, Faisant M, Dupin M. "Milia en plaque" in the supraclavicular area. Dermatology 1995; 191: 262-3.
27. Tsuji T, Kadoya A, Tanaka R, et al. Milia induced by corticosteroids. Arch Dermatol 1986; 122: 139-40.
28. Belaich S, Bonvalet D, Civatte J. Lichen planus folliculaire tumidus rétro-auriculaire. Ann Dermatol Venereol 1977; 104: 147-50.
29. Vázquez García J, Pérez Oliva N, Pereiro Ferreiros MA, Toribio J. Lichen planus follicularis tumidus with cysts and comedones. Clin Exp Dermatol 1992; 17: 346-8.
30. González López MA, Rodríguez-Vigil T, Soler Sánchez T, Pérez Oliva N. Esteatocistoma múltiple: presentación de un caso de características atípicas. Actas Dermatosiogr 2000; 91: 521-4.
31. Boehm I, Schupp G, Bauer R. Milia en plaque arising in discoid lupus erythematosus. Br J Dermatol 1997; 137: 649-51.
32. Calabrese P, Pellicano R, Lomuto M, Castelveter M. Milia en plaque. J Eur Acad Dermatol Venereol 1999; 12: 195-6.