

# Milium en placa palpebral bilateral

*Bilateral milia en plaque of the eyelids*

Vicent Alonso, Dolores Ramon, Jose M<sup>a</sup> Martín, Carlos Monteagudo,  
Inmaculada Molina, Esperanza Jordá

Departamento de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Clínic Universitari. Valencia. España.

## Correspondencia:

Vicent Alonso  
Avda. Blasco Ibáñez 17.  
CP 46010 Valencia. España.  
Tel. y Fax: (+34) 963 86 26 46  
e-mail: alonso\_vic@gva.es

## Resumen

Milium en placa es una forma infrecuente de milium primario. Presentamos el caso de una mujer de 63 años que acudió por presentar numerosos quistes de milium sobre una placa eritematosa en las caras internas de ambos párpados superiores. El estudio histopatológico reveló la existencia de múltiples quistes llenos de queratina, así como un infiltrado linfocitario periquístico, hallazgos compatibles con milium en placa. Las lesiones fueron tratadas inicialmente mediante expresión manual de los quistes de milium, con buena respuesta.

(Alonso V, Ruiz Ramon D, Martín JM, Monteagudo C, Molina I, Jordá E. Milium en placa palpebral bilateral. *Med Cutan Iber Lat Am* 2006;34:159-161)

**Palabras clave:** milium en placa, milium primario, párpados.

## Summary

*Milia en plaque is an unusual variety of primary milia. We report a 63-year-old woman who presented with numerous milia within a symmetrical erythematous plaque on the medial aspects of the upper eyelids. Histopathological study revealed multiple keratin-filled cysts, as well as a pericystic lymphocytic infiltrate, findings consistent with milia en plaque. The lesions were initially treated with manual expression of the milia, with a good response.*

**Key words:** milia en plaque, primary milia, eyelids.

La aparición de quistes de milium es un trastorno común que ocurre en pacientes de todas las edades, más comúnmente en la cara. Hasta la fecha se han descrito pocos casos en la literatura de milium en placa, un raro subtipo de milium primario que consiste en la aparición de quistes de milium agrupados sobre una base eritematosa. Este trastorno fue descrito por primera vez por Balzer y Bouquet en 1903[1] y aparece sobre piel sana en pacientes predisponentes sin ningún factor causal aparente. Presentamos un caso de milium en placa afectando de forma bilateral ambos párpados.

## Caso clínico

Una mujer de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento desde hacía años, consultó por lesiones cutáneas asintomáticas localizadas en la parte interna de ambos párpados superiores. Las lesiones se habían iniciado hacia aproximadamente 1 año como unas pocas pápulas blanquecinas algo amarillentas, de pequeño tamaño, y progresivamente había aumentado el área de afectación y el número de pápulas hasta tener el aspecto actual. Se trataba de 2 placas asintomáticas, eritematosas en cuya superficie



**Figura 1.** Múltiples quistes de milium sobre placas eritematosas en la parte medial de ambos párpados superiores.

se apreciaban decenas de pequeñas pápulas firmes blanquecinas de entre 1 y 3 mm de diámetro, de aspecto quístico (Figura 1). La anamnesis descartó la existencia de fotosensibilidad, toma previa reciente de nuevos fármacos, aplicación de medicamentos o cosméticos tópicos, traumatismo local y de exposición a radiaciones ionizantes. La paciente tampoco era portadora de gafas y no existían antecedentes familiares de trastornos similares.

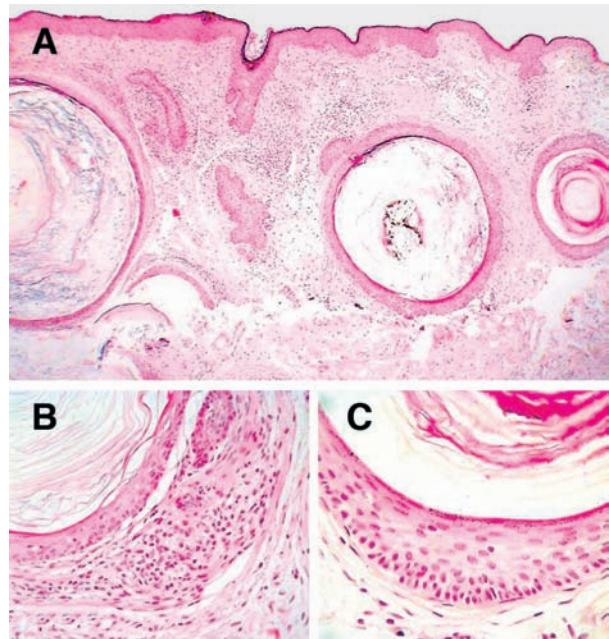
El estudio histopatológico de la lesión mostró la presencia de múltiples formaciones quísticas en la dermis (Figura 2A) tapizadas por epitelio escamoso maduro con estrato granuloso y acumulación de queratina en la luz (Figura 2C). En vecindad a estas estructuras se apreció un infiltrado inflamatorio mononuclear moderado (Figura 2B).

Las lesiones fueron tratadas inicialmente mediante incisión superficial y expresión del contenido quístico con buen resultado cosmético. Posteriormente la paciente desestimó proseguir con el tratamiento.

## Comentario

Hubler et al[2] dieron el nombre de milium en placa en 1978 al trastorno descrito por primera vez por Balzer and Bouquet en 1903[1].

Se caracteriza en la clínica por la aparición de placas asintomáticas bien delimitadas, unilaterales o más raramente bilaterales, eritematosas o eritematoedematosas, en ocasiones induradas. Sobre su superficie se disponen múltiples pápulas de aspecto quístico de muy pequeño tamaño, de coloración blanquecina o algo amarillenta. Se localiza preferentemente alrededor de la oreja[2-10], aunque se han descrito casos en los lóbulos de la oreja[11], canto



**Figura 2.** **A.** Múltiples formaciones quísticas dérmicas llenas de queratina con componente inflamatorio asociado(H&E; X40). **B.** Detalle del infiltrado que rodea a las estructuras quísticas(H&E; X100). **C.** Los quistes presentan revestimiento escamoso con estrato granuloso y queratinización laminar (H&E; X250).

interno del ojo[12-14], área submandibular[15] y supraclavicular[16] y, como en nuestro caso, en párpados superiores e inferiores[1,17-19]. Una reciente revisión de la literatura realizada por Stefanidou et al[1] analiza las principales características de los casos publicados. Típicamente afecta a adultos entre 33 y 65 años con una media de 44 años y con una predilección por el sexo femenino (3:1). No obstante se han publicado 3 casos en la infancia[3,12,17] y 1 caso en la vejez[15]. Se trata de lesiones asintomáticas en la mayoría de casos aunque se ha descrito la presencia de prurito leve[6]. El tiempo medio de duración previa al diagnóstico fue de 9 meses. No se ha observado agregación familiar ni predilección racial o geográfica.

El diagnóstico diferencial puede incluir al esteatocistoma múltiple, síndrome de Favre-Racouchot, nevus comedionario, mucinosis folicular y al hamartoma folicular basaloide, pero la apariencia clínica es bastante distintiva.

La etiología permanece aún desconocida. La distribución simétrica alrededor de las orejas y los ojos puede sugerir un factor etiológico exógeno. Sin embargo, la ausencia de historia familiar y la ausencia de factores causales identificables son argumentos a favor de un tipo de milium primario. Sólo

en algún caso[2,4,5] se ha identificado algún posible factor implicado, como las gafas y la aplicación de perfume. De todas formas, el hecho de que las lesiones fueran unilaterales hace inconsistente el papel etiológico de estos factores[5]. Por otra parte, se ha descrito un caso asociado a pseudoxantoma elástico[8] y otro caso desarrollado en relación con un lupus eritematoso discoide[20]. En nuestro paciente no identificamos ningún factor conocido responsable de la formación de milium.

Histológicamente los milium en placa se caracterizan por la presencia en la dermis de numerosas cavidades quísticas

rellenas de queratina y recubiertas por una fina pared epitelial escamosa con estrato granuloso y presencia de queratina luminal. Puede observarse en la mayoría de casos un infiltrado linfomonocitario dérmico periquístico variable.

Con respecto al tratamiento se han obtenido resultados satisfactorios con incisión y expresión de las lesiones[13], electrocoagulación[3], retinoides tópicos[2,4,16] y con minociclina vía oral a dosis de 100 miligramos diarios durante 2 o 3 meses[11]. Se ha publicado una respuesta parcial a la terapia fotodinámica tópica con ácido aminolevulínico[1] y también casos de regresiones espontáneas[5].

## Bibliografía

1. Stefanidou MP, Panayotides JG, Tosca AD. Milia en plaque: a case report and review of the literature. *Dermatol Surg* 2002;28:291-95.
2. Hubler WR, Rudolph AH, Kelleher RM. Milia en plaque. *Cutis* 1978;22:67-70.
3. Lee DW, Choi SW, Cho BK. Milia en plaque. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:107.
4. Samlaska CP, Benson PM. Milia en plaque. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:311-3.
5. Tsoitsis G, Papadimitriou C, Asvesti C, et al. Dermatoses rétro-auriculaires à type de grains de milium en plaque. *Ann Dermatol Venereol* 1993;120:58-64. Alsaleh QA, Nanda A, Sharaf A, Al-Sabah H. Milia en plaque: a new site. *Int J Dermatol* 2000;39: 614-5.
6. Stork J. Retroauricular bilateral "milia en plaque." *Dermatology* 1995;191:260-1.
7. Calabrese P, Pellicano R, Lomuto M, Castelvetero M. Milia en plaque. *J Eur Acad Dermatol* 1999;12:195-6.
8. Cho SH, Cho BK, Kim CW. Milia en plaque associated with pseudoxanthoma elasticum. *J Cutan Pathol* 1997;24:61-3.
9. Losada-Campa A, De La Torre-Fraga C, Cruces-Prado M. Milia en plaque. *Br J Dermatol* 1996;134:970-72.
10. Le Guyadec T, Bosonnet S, Saint-Blancart P, Maccari F, Le Vagueresse R, Lanterrier G. Milium en plaque à localisations multiples successives. *Ann Dermatol Venereol* 2000;127:208-9.
11. Keohane SG, Beveridge GW, Benton EC, Cox NH. Milia en plaque a new site and novel treatment. *Clin Exp Dermatol* 1996;21:58-60.
12. Buassida S, Meziou TJ, Mlik H, et al. Milium en plaque, infantile, du canthus interne. *Ann Dermatol Venereol* 1998;125:906-8.
13. Ergin S, Basak P, Sarit A. Milia en plaque. *J Eur Acad Dermatol* 2000;14:47-9.
14. Le Guyadec T, Bosonnet S, Saint-Blancart P, Maccari F, Le Vagueresse R, Lanterrier G. Milium en plaque à localisations multiples successives. *Ann Dermatol Venereol* 2000;127:208-9.
15. Garcia Sanchez MS, Gomez Centeno P, Rosen E, Sanchez-Aguilar D, Fernandez-Redondo V, Toribio J. Milia en plaque in a bilateral submandibular distribution. *Clin Exp Dermatol* 1998;23:227-9.
16. Combemale P, Faisant M, Dupin M. "Milia en plaque" in the supraclavicular area. *Dermatology* 1995;191:262-3.
17. 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.
18. Wong SS, Goh CL. Milia en plaque. *Clin Exp Dermatol* 1999;24:183-5.
19. Alapati U, Lynfield Y. Multiple papules on the eyelids. *Arch Dermatol* 1999; 135:1543-8.
20. Boehm I, Schupp G, Bauer R. Milia en plaque arising in discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 1997;137:649-51.