

# 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.** Lesión maculosa eritematoviolácea de bordes mal definidos localizada en la eminencia tenar derecha.

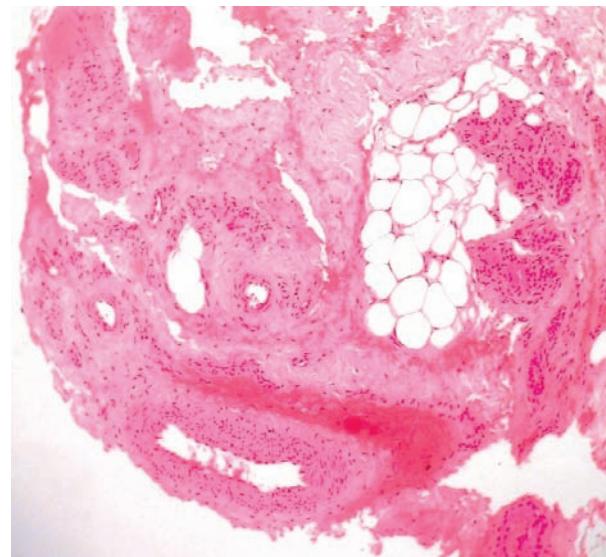
predominantemente constituida por vasos de gran calibre, de pared muscular gruesa (Figura 2), aunque también, de forma minoritaria, se apreciaban algunos vasos de mediano calibre y con una pared de menor espesor (Figura 3), asociados a glándulas sudoríparas ecrinas de luces discretamente dilatadas, aunque no incrementadas en número (Figura 3).

Se decidió mantener una actitud expectante y se recomendó al paciente evitar los traumatismos sobre la zona afecta. La lesión no se modificó sustancialmente en los meses sucesivos.

## Comentario

El angioma sudoríparo consiste en una rara proliferación vascular benigna que comparte una estrecha relación clínicopatológica con el HAE. De hecho, muchos autores han denominado de manera indistinta a ambas entidades, aunque para otros existen diferencias histológicas que permiten establecer una distinción entre ambos procesos[1].

Clínicamente las lesiones de angioma sudoríparo y HAE son indistinguibles. Se trata inicialmente de máculas, que generalmente están presentes al nacer o aparecen durante los primeros años de vida, que experimentan un crecimiento paulatino, proporcional al desarrollo del individuo, y originan placas de hasta varios centímetros de tamaño. Las lesiones suelen ser solitarias y tienen una coloración eritematosa o eritematoviolácea propia de las lesiones vasculares. La localización preferente es la porción distal de las extremidades, aunque en menor medida hay casos descritos en el cuello y en el tronco[1-3]. Aunque pueden ser asintomáticas hasta en un 40% de las ocasiones[2], la existencia de hiperhidrosis y dolor es un hallazgo que resulta de gran ayuda para el diagnóstico y, si están presentes, permiten diferenciarlos de



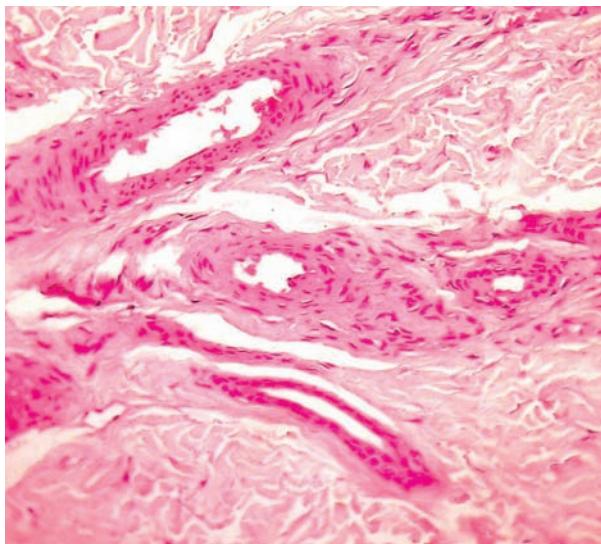
**Figura 2.** Detalle de los vasos de mediano y gran calibre que constituyen la mayor parte de la lesión, en vecindad a glándulas sudoríparas (derecha) (H-E, x40).

otras entidades como algunas malformaciones vasculares u otros tipos de hamartomas[1-6].

Para algunos autores el principal diagnóstico diferencial entre el angioma sudoríparo y el HAE se establecería desde el punto de vista histológico. En el angioma sudoríparo existe un predominio del componente vascular mientras que en el HAE lo hace el glandular[2].

En el angioma sudoríparo se aprecia una proliferación vascular constituida fundamentalmente por vasos de gran calibre, con dilatación aunque no incremento de glándulas ecrinas, que se localizan en la dermis reticular y en proximidad al tejido celular subcutáneo. Por otro lado, en el HAE se observa un incremento tanto de vasos, principalmente de naturaleza capilar, con la pared fina, como de otras estructuras, especialmente glándulas sudoríparas ecrinas de características normales, y en menor proporción también de otros elementos como tejido adiposo y estructuras foliculares[1-3,7-9].

En este caso existe un predominio de estructuras vasculares de pared gruesa y las glándulas están dilatadas aunque no incrementadas en número, lo que apoya el diagnóstico de angioma sudoríparo. A pesar de ello, en algunas zonas de la biopsia también se aprecian vasos de paredes más finas, de menor calibre, hallazgo más habitual en el HAE. Este hecho podría justificarse por la existencia de formas solapadas de estas dos entidades. En nuestra opinión, la existencia de dilatación luminal glandular sudorípara que se aprecia en el



**Figura 3.** En algunas áreas se observan vasos de pared delgada junto a discreta dilatación de luces sudoríparas subyacentes (H-E x250).

angioma sudoríparo obedecería más probablemente a un problema mecánico local condicionado por la proliferación vascular. Serían por tanto, la ausencia de proliferación de estructuras glandulares junto a la proliferación de vasos de mediano y gran calibre las claves para distinguir el angioma sudoríparo del HAE.

El angioma sudoríparo también debe diferenciarse de otros trastornos vasculares como una malformación vascular, un angioma en penacho, un glomangioma, o un nevus

telangiectático, aunque la histología generalmente permite distinguirlos sin complicaciones. En este caso, el diagnóstico diferencial más complejo habría que establecerlo con una malformación vascular, ya que clínicamente las lesiones son idénticas y determinadas malformaciones vasculares, especialmente las malformaciones venosas y las fistulas arteriovenosas, pueden experimentar crecimientos repentinos desencadenados por antecedentes como los traumatismos repetidos presentados por el paciente. Por otro lado, el hecho que la lesión sea asintomática tampoco permite diferenciar clínicamente una malformación vascular de un angioma sudoríparo. En este caso una fistula arteriovenosa fue fácilmente descartada por las pruebas de imagen. Respecto al diagnóstico diferencial con una malformación venosa, lo habitual es hallar en el estudio histológico de esta última una dilatación de las estructuras vasculares, más que una proliferación como se observa en este caso, y predominio de vasos con la pared más delgada[10]. A pesar de ello, la distinción entre estos procesos en ocasiones es muy compleja. De hecho, algunos autores consideran que la mayoría de los casos descritos como HAE en las manos serían en realidad malformaciones vasculares, y que el incremento de glándulas ecrinas que se aprecia en estas lesiones sería fisiológico al tratarse de una zona rica en estas estructuras[11].

En relación al pronóstico, la mayoría de los casos descritos tienen un curso benigno, con un crecimiento muy lento, por lo que se recomienda una actitud expectante y no precisan tratamiento salvo por motivos estéticos o cuando la sintomatología es florida, situaciones en las que se recomienda tratamiento quirúrgico o con láser de luz pulsada[2].

## Bibliografía

- 1- Pelle MT, Pride HB, Tyler WB. Eccrine angiomatous hamartoma. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:429-35.
- 2- García M, Rodríguez M, Cortina P. Hamartoma angiomatoso ecrino. *Piel* 2004;19:131-4.
- 3- Nakatsui TC, Schloss E, Krol A, Lin AN. Eccrine angiomatous hamartoma: report of a case and literature review. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:109-11.
- 4- Laeng RH, Heilbrunner J, Itin PH. Late-onset eccrine angiomatous hamartoma: clinical, histological and imaging findings. *Dermatology* 2001;203:70-4.
- 5- Diaz-Landaeta L, Kerdel FA. Hyperhidrotic, painful lesion. *Arch Dermatol* 1993;129: 105-10.
- 6- Smith VC, Montesinos E, Revert A, Ramon D, Molina I, Jorda E. Eccrine angiomatous hamartoma: report of three patients. *Pediatr Dermatol* 1996;13:139-42.
- 7- Srinivas CR, Rao PL. Sudoriparous angioma-regresion following intravascular aethoxysclerol, a sclerosing agent. *Br J Dermatol*, 1988;119:111-3.
- 8- Domonkos AN, Saurez LS. Sudoriparous angioma. *Arch Dermatol* 1967;96:552-3.
- 9- Tharakaram S, Kumar TV, Yesudian P. Sudoriparous angioma. *Int J Dermatol* 1983;22:432-3.
- 10- Waner M, Suen JY. The diagnosis of a vascular birthmark. En: Waner M, Suen JY. *Hemangiomas and vascular malformations of the head and neck* New York: Wiley-Liss, Inc, 1999. Pág.83-92.
- 11- Requena L, Sangüesa OP. Cutaneous vascular anomalies. Part I. Hamartomas, malformations, and dilatation of preexisting vessels. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:523-49.