



Localizador: 16050

# Quistes de milio sobre tatuaje policromo: estudio dermatoscópico

## Milia in a multicolored tattoo: dermoscopic findings

Aniza Giacaman,\* Luis Javier del Pozo,\* Oriol Corral-Magaña,\* Ester Antón‡

### Palabras clave:

Quistes de milio, milia, tatuaje, dermatoscopia.

### Key words:

Miliun cyst, milia, tattoo complications, dermatoscopy.

### RESUMEN

La ocurrencia de quistes de milio sobre los tatuajes no parece ser infrecuente, ya que se deben al propio traumatismo del procedimiento. Sin embargo, las referencias en la literatura son escasas. Presentamos el caso de una paciente con quistes de milio autorresolutivos que se desarrollaron tras el proceso de tatuado. En la dermatoscopia se observaron estructuras globulares blanco-amarillentas homogéneas e imágenes en roseta, sin predilección por ninguno de los colores del tatuaje. Se estudiaron histológicamente debido a la sospecha clínica de que se trataba de moluscos contagiosos, otra patología que también se ha descrito sobre tatuajes. Pensamos que es importante conocer esta entidad para evitar realizar tratamientos innecesarios.

### ABSTRACT

The development of milium cysts over a tattoo is probably not infrequent because they develop as a consequence of the tattooing process itself. However, the references in the literature are sparse. We present the case of a patient who developed autoresolutive milium cysts on a tattoo. On the dermoscopy, we observed white-yellow clods and rosettes without a predilection for any color. A histologic study was made because the clinical suspect was molluscum contagiosum, another skin pathology that may occur on tattoos. We think that it is important to know this entity to avoid unnecessary treatments.

## INTRODUCCIÓN

Se han descrito diversas lesiones tumorales asociadas al tatuaje, como verrugas víricas, moluscos contagiosos, queloides, carcinoma basocelular, carcinoma escamoso y, raramente, melanoma maligno.<sup>1</sup> Presentamos una paciente que desarrolló quistes de milio sobre un tatuaje.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 34 años sin antecedentes de interés, que consultó por la aparición de lesiones sobre un tatuaje policromo profesional localizado en la región escapular derecha que se había realizado tres meses antes de la consulta. Las lesiones aparecieron tres semanas después del procedimiento. Se trataba de múltiples pápulas blanquecinas, cupuliformes, de 1-2 mm de diámetro y de consistencia firme (Figuras 1A y 1B), localizadas exclusivamente en la zona del tatuaje. No había lesiones similares en la piel adyacente al tatuaje o en otras localizaciones.

En la dermatoscopia se observaban estructuras globulares blanco-amarillentas homogéneas, sin predilección por ninguno de los colores del tatuaje (Figura 2A). Con polarización cruzada se podían identificar imágenes en roseta en algunas de ellas (Figura 2B). La paciente había frecuentado piscinas públicas antes de la aparición de las lesiones, por lo que se realizó estudio histológico de dos de ellas, con la sospecha de moluscos contagiosos desarrollados sobre el tatuaje. Ambas lesiones mostraban una estructura quística en contacto con la epidermis, revestida por epitelio plano poliestratificado con presencia de capa granulosa y queratina laminar en su interior. En la dermis adyacente había acúmulos de histiocitos y células gigantes multinucleadas, con pigmento en su interior. Este pigmento también se encontraba libre en la dermis papilar y reticular (Figura 3). Los hallazgos fueron diagnósticos de quistes de milio sobre tatuaje. Todas las lesiones habían desaparecido espontáneamente tras cuatro meses de seguimiento.

\* Servicio de Dermatología.

‡ Servicio de Anatomía Patológica.

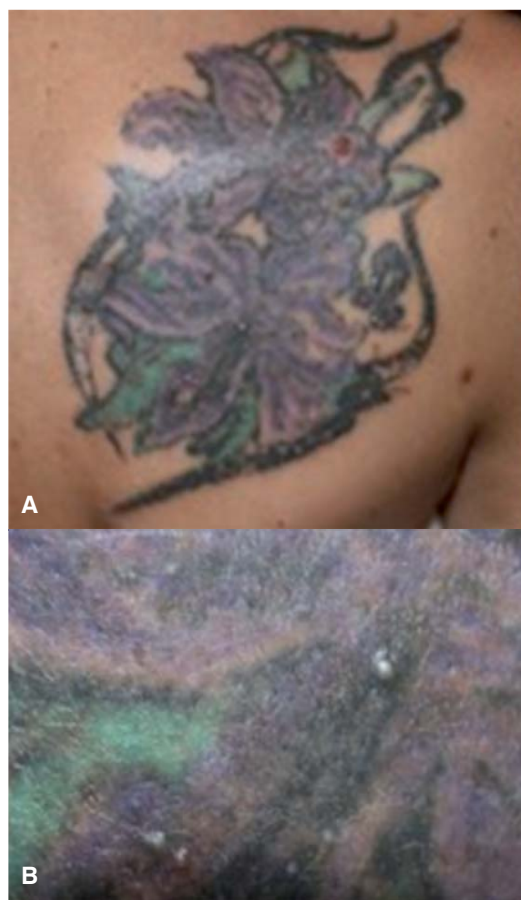
Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Recibido: 28/Octubre/2016.

Aceptado: 13/Diciembre/2016.





**Figura 1 A y B.** Pápulas blanquecinas distribuidas sobre tatuaje.

## DISCUSIÓN

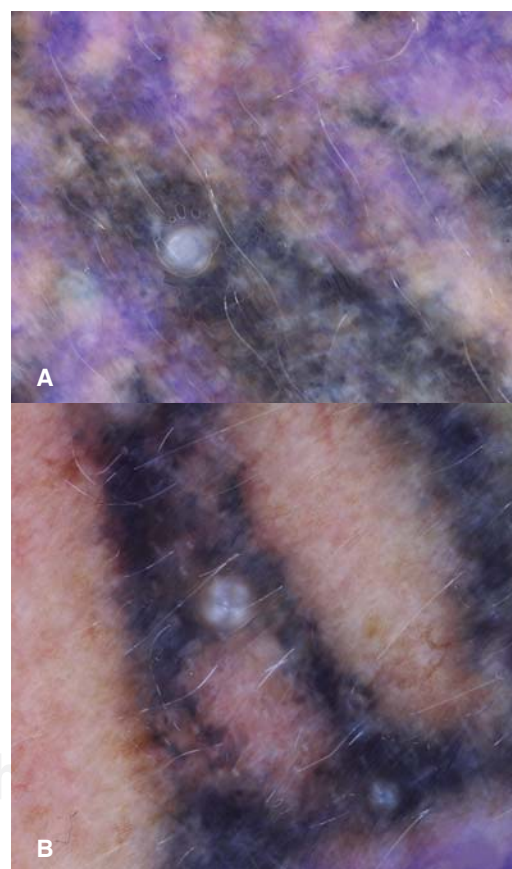
Los quistes de milio son lesiones frecuentes de carácter benigno, que pueden estar en relación con los folículos pilosebáceos o las glándulas ecrinas. Pueden ser primarios, de aparición espontánea, generalmente en la cara; o bien, ser secundarios a diversas patologías ampollosas (penfigoide, porfiria cutánea tarda y epidermólisis ampollosa, entre otras)<sup>2</sup> o inflamatorias, como el liquen plano.<sup>2,3</sup> También pueden desarrollarse tras un traumatismo sobre la piel pilosa (dermoabrasión, quemadura, radioterapia, peelings químicos, láser ablativo, etcétera).<sup>2</sup> En todos esos casos, los quistes de milio se producen en el proceso de reepitelización del área de piel dañada.

Los quistes de milio aparecen en la dermatoscopia como estructuras blanco-amarillentas sin patrón vascular aparente,<sup>4</sup> lo que generalmente permite distinguirlos de las verrugas vulgares y de los moluscos contagiosos, en los que suelen observarse distintos patrones vasculares. Sin

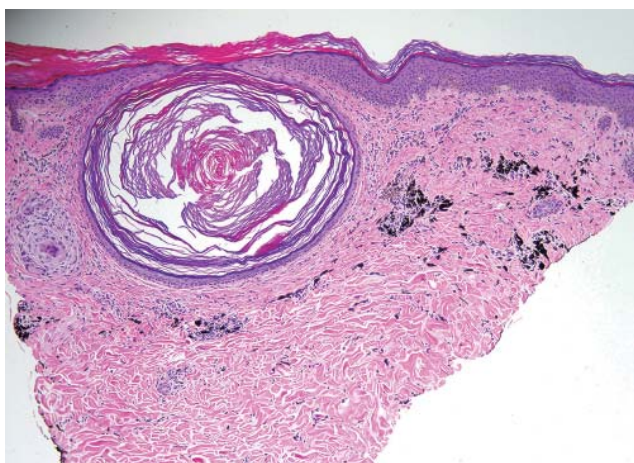
embargo, en ocasiones, los moluscos contagiosos aparecen dermatoscópicamente como estructuras blanquecinas únicas sin patrón vascular y que serían indistinguibles de los quistes de milio.<sup>5,6</sup> El poro central característico de los quistes epidermoides estaría ausente en los quistes de milio.<sup>7</sup>

Es posible observar imágenes dermatoscópicas similares a los quistes de milio, también denominados «pseudoquistes córneos», en queratosis seborreicas, nevus congénitos, nevus melanocíticos papilomatosos, carcinoma basocelular y, raramente, en el melanoma.<sup>8</sup>

La presencia de quistes de milio se ha descrito infrecuentemente sobre tatuajes,<sup>3</sup> y en sólo dos casos se aportan los hallazgos dermatoscópicos,<sup>9,10</sup> que serían superponibles a los nuestros. En uno de los casos se produjo también la resolución espontánea de las lesiones.<sup>10</sup> Es probable que la inflamación secundaria al proceso de tatuado implante epidermis en la dermis durante el proceso de



**Figura 2 A.** En la dermatoscopia se observa la distribución de los quistes de milio, sin predilección por ninguno de los colores del tatuaje policromo. **B.** Imagen en roseta en uno de los quistes de milio.



**Figura 3.** HE 10X: Quiste de milio rodeado por un depósito de pigmento de tatuaje tanto a nivel intrahistiocitario como extracelular en dermis superficial y profunda.

regeneración,<sup>3</sup> que, dada su localización subepitelial superficial (Figura 3), eventualmente se acabaría eliminando espontáneamente sin requerir tratamiento, como ocurrió en nuestra paciente.

En los casos de quistes de milio no autorresolutivos, el tratamiento más efectivo es la evacuación mecánica utili-

zando una hoja de bisturí y aplicando presión tangencial con un extractor de comedones o cureta. También se han utilizado para su extracción clips de papel y agujas hipodérmicas.<sup>2</sup> Otros tratamientos incluyen dermoabrasión, crioterapia, electrocirugía, láser de CO<sub>2</sub>, láser YAG, así como retinoides y corticoides tópicos, y antibióticos y corticoides orales.<sup>4</sup>

## CONCLUSIÓN

Aportamos un caso de quistes de milio sobre un tatuaje, entidad de la que se han descrito pocos casos en la literatura; sugerimos que los quistes de milio se habrían desarrollado como consecuencia del traumatismo local que supone el proceso de tatuado. Proponemos que la dermatoscopia constituye una herramienta útil en el diagnóstico diferencial de las diferentes lesiones que pueden aparecer en los tatuajes.

### Correspondencia:

**Dra. Aniza Giacaman**

Servicio de Dermatología,  
Hospital Universitari Son Espases,  
Ctra. de Valldemosa Núm. 79,  
07120, Palma de Mallorca, España.

**E-mail:** anizagiacaman@gmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. De Cuyper C, Perez-Cotapos ML. *Dermatologic complications with body art*. Springer, Berlin, 2010.
2. Berk DR, Bayliss SJ. Milia: a review and classification. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 59 (6): 1050-1063.
3. Lucke T, Fallowfield M, Burden D. Lichen planus associated with milia. *Clin Exp Dermatol*. 1999; 24 (4): 266-269.
4. Nambudiri VE, Habib N, Arndt KA, Kane KS. Milia en plaque of the nose: report of a case and successful treatment with topical tretinoin. *Pediatrics*. 2014; 133 (5): e1373-1376.
5. Ianhez M, Cestari Sda C, Enokihara MY, Seize MB. Dermoscopic patterns of molluscum contagiosum: a study of 211 lesions confirmed by histopathology. *An Bras Dermatol*. 2011; 86 (1): 74-79.
6. Ku SH, Cho EB, Park EJ, Kim KH, Kim KJ. Dermoscopic features of molluscum contagiosum based on white structures and their correlation with histopathological findings. *Clin Exp Dermatol*. 2015; 40 (2): 208-210.
7. Ghigliotti G, Cinotti E, Parodi A. Usefulness of dermoscopy for the diagnosis of epidermal cyst: the "pore" sign. *Clin Exp Dermatol*. 2014; 39 (5): 649-650.
8. Bellucci C, Arginelli F, Bassoli S, Magnoni C, Seidenari S. Dermoscopic yellow structures in basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014; 28 (5): 651-654.
9. Uruga E, Loayza E, Briones M, Uruga V. *Utilidad de la dermatoscopia en el diagnóstico de milia desarrollada sobre tatuaje previo*. [Internet] Piel Latinoamericana. (Consultado 23 de enero 2009, 25 abril 2016): Disponible en: <http://piel-l.org/blog/5907>
10. Miller LM, Schwartz JT, Cho S. Milia: a unique reaction to tattoos. *Cutis*. 2011; 87 (4): 195-196.