

Quistes miliares en placa extrafacial

Manuel Pereiro Ferreirós Jr, Dolores Sánchez-Aguilar, Mercedes Gómez Vázquez, Carmela Pestoni Porvén y Jaime Toribio Pérez

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

Resumen.—Los quistes miliares son lesiones quísticas benignas secundarias a un traumatismo. Sin embargo, pueden aparecer quistes miliares primarios en párpados, mejillas, frente y genitales, después del nacimiento, en la adolescencia y en la edad adulta. Hay dos formas especiales de quistes miliares en adolescentes y adultos: la forma eruptiva y la forma en placa. Los quistes miliares en placa son una forma primaria rara que se ve principalmente en mujeres adultas en región retroauricular. Aportamos un caso de quistes miliares en placa, en una niña de 9 años, que consulta por lesiones de tres meses de evolución, sin antecedentes de traumatismo, localizadas en el dorso de la mano, en forma de lesiones agrupadas sobre base eritematosa y elevada.

Palabras clave: quiste miliar, milia en placa, liquen plano foliular *tumidus*.

Pereiro Ferreirós M Jr, Sánchez-Aguilar D, Gómez Vázquez M, Pestoni Porvén C, Toribio Pérez J. Quistes miliares en placa extrafacial. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93 (9):564-6.

EXTRAFACIAL MILIA «EN PLAQUE»

Abstract.—Milia cysts are benign lesions secondary to local trauma. Primary milia may appear at birth, in adolescents and adults, affecting the eyelids, cheeks, forehead and genitalia. There are two special forms of primary milia in adolescents and adults, the eruptive form and the milia «en plaque». Milia «en plaque» is a primary form consisting of slightly raised milia cysts grouped on an erythematous base. It occurs mostly in adult women, typically in the retroauricular region. Here we report a case of milia «en plaque» in a 9-year-old girl without previous injuries on the dorsum of the hand.

Key words: milia cyst, milia «en plaque», lichen planus foliularis *tumidus*.

INTRODUCCIÓN

Los quistes miliares aparecen a cualquier edad y se localizan con mayor frecuencia en la cara. Pueden ser primarios o secundarios a cualquier traumatismo cutáneo, incluido el debido a algunos irritantes químicos. Los quistes miliares en placa, descritos por Balzer y Fouquet en 1903¹, son una forma primaria, rara, caracterizada por mínimas pápulas ligeramente elevadas y agrupadas sobre una base eritematosa. Aparecen fundamentalmente en mujeres adultas, típicamente en la región retroauricular.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una niña de 9 años de edad que acudió a nuestro servicio por presentar desde hacía tres meses una placa en el nudillo del tercer dedo de la mano izquierda, la cual se había extendido al dorso del cuarto de la misma mano (fig. 1). La placa estaba constituida por pápulas blancoamarillentas, asintomáticas, agrupadas sobre una base eritematosa ligeramente ele-



Fig. 1.—Placa de quistes miliares en el dorso de la mano izquierda, que se extiende a lo largo del dorso y cara lateral del cuarto dedo.

vada. La paciente no recordaba ningún traumatismo previo, agresión química o farmacológica o tratamiento en la región afectada.

El estudio histopatológico reveló varios quistes localizados en la dermis superior, que contenían queratina ortoqueratósica laxa, basófila, en su interior; la pared estaba formada por epitelio estratificado con capa granulosa en la parte más interna. La epidermis que cubría el quiste mostraba acantosis irregular. Los quistes estaban rodeados por un infiltrado inflamatorio escaso (fig. 2); uno de ellos presentaba fenómenos de eliminación transepidermica.

Correspondencia:

Manuel Pereiro Jr. Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. San Francisco, s/ n. 15782 Santiago de Compostela (La Coruña). Correo electrónico: manuelpe@usc.es

Aceptado el 28 de junio de 2002.



Fig. 2.—Un grupo de quistes llenos de queratina ortoqueratósica basófila laxa localizados en la dermis superior, con una pared formada por un epitelio escamoso estratificado rodeado por un infiltrado inflamatorio moderado. El quiste de la derecha carece de pared, por lo que está rodeado por un granuloma de cuerpo extraño (H & E \times 40).

DISCUSIÓN

Los quistes miliares son lesiones benignas generalmente secundarias a agresiones, como la dermoabrasión, radioterapia, uso prolongado de corticoides tópicos potentes, trastornos inflamatorios de la piel y enfermedades ampollasas.

Los quistes miliares primarios pueden estar presentes en el nacimiento como pequeñas pápulas dispersas localizadas en la cara, tronco y extremidades superiores. En los adolescentes y en los adultos aparecen en los párpados, mejillas, frente y genitales. Además se han descrito dos formas especiales de quistes miliares primarios en adolescentes y adultos: la forma eruptiva descrita por Veiel sobre un caso de Kaposi en 1885² y los quistes miliares en placa descritos por Balzer y Fouquet en 1903¹. Los quistes miliares eruptivos consisten en lesiones dispersas sobre el tronco y las extremidades y pueden tener carácter esporádico o familiar con herencia autosómica dominante^{3,4}. Los quistes miliares han sido descritos en asociación con tricoepiteliomas, queratodermia palmoplantar, calcinosis y genodermatosis, como los síndromes de Oley, Bázex-Dupré-Christol, Rombo y Gorlin.

La localización más frecuente de los quistes miliares en placa es la región retroauricular, donde se requiere un diagnóstico diferencial para excluir esteatocistomas y liquen plano folicular tumidus⁵⁻⁷. Los quistes miliares en placa pueden ser bilaterales^{2,8}. Recientemente se han descrito otras localizaciones faciales, como la región preauricular⁹, el lóbulo de la oreja¹⁰, la raíz nasal¹¹, los párpados¹²⁻¹⁴ y la región submandibular¹⁵. Hay dos trabajos con casos de localización extrafacial, ambos en la región supraclavicular^{16,17}. En uno de ellos las lesiones aparecieron sucesivamente en diferentes localizaciones (primero en la región supraclavicular, después en la región retroauricular y

luego en el párpado superior)¹⁷. Finalmente, se han publicado dos casos de lesiones retroauriculares asociadas a pseudoxantoma elástico del cuello¹⁸. Hay un caso de quistes miliares en placa en un paciente que había tenido lupus eritematoso cutáneo crónico: el lupus fue tratado con cloroquina y los quistes miliares estaban localizados sobre las lesiones de lupus¹⁹. En nuestra opinión este caso es mejor considerarlo como quistes miliares secundarios a un proceso inflamatorio cutáneo, con afectación del tejido conectivo, similar al descrito en el liquen escleroso²⁰. Además las imágenes histológicas incluidas en la referencia 19 demuestran claramente que los quistes miliares están localizados próximos a una glándula sudorípara o son conductos sudoríparos dilatados y queratinizados, como sucede con frecuencia con los quistes miliares secundarios¹.

Nuestro caso es importante por dos aspectos: la localización (dorso de la mano) y la edad de presentación (9 años), puesto que los quistes miliares en placa no con gémitos aparecen más frecuentemente después de la pubertad.

BIBLIOGRAFÍA

- Balzer P, Fouquet C. Milium confluent rétroauriculaire bilatéral. Bull Soc Fr Derm Syphiliol 1903;14:361-2.
- Veiel E. En: Zeimssen HV, editor. Handbook of diseases of the skin. 1st ed. New York: William Wood; 1885. p. 466.
- Cairns ML, Knable MD. Multiple eruptive milia in a 15-year old boy. Ped Dermatol 1999;16:108-10.
- Langley RGB, Walsh NMG, Ross JB. Multiple eruptive milia: report of a case, review of the literature, and a classification. J Am Acad Dermatol 1997;37:353-6.
- Andreani V, Richard MA, Folchetti G, Varennes S, Philip N, Grob JJ. Hypotrichose congénitale et grains de milium régressifs à l'adolescence ou syndrome de Oley: variante du syndrome de Bázex, Dupré et Christol. Ann Dermatol Venereol 2000;127:285-8.
- Tsoïtis G, Papadimitriou C, Asvesti C, Lefaki J, Lambroudi M, Hatzibougias J, Babi A. Dermatosis rétro-auriculaires à type de grains de milium en plaque. Ann Dermatol Venereol 1993;120:58-64.
- Vázquez García J, Pérez Oliva N, Pereiro Ferreirós MM, Toribio J. Lichen planus follicularis tumidus with cysts and comedones. Clin Exp Dermatol 1992;17:346-8.
- Stork J. Retroauricular bilateral «milia en plaque». Dermatology 1995;191:260-1.
- Losada-Campa A, de la Torre-Fraga C, Cruces-Prado M. Milia en plaque. Br J Dermatol 1996;134:970-2.
- Keohane SG, Beveridge GW, Benton EC, Cox NH. Milia en plaque: a new site and novel treatment. Clin Exp Dermatol 1996;21:58-60.
- Alsaleh QA, Nanda A, Sharaf A, Al-Sabah H. Milia en plaque: a new site. Int J Dermatol 2000;39:614-5.
- 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.

13. Wong SS, Goh CL. Milia en plaque. *Clin Exp Dermatol* 1999;24:183-5.
14. Bouassida S, Meziou TJ, Mlik H, Fourati M, Boudaya S, Turki H, et al. Milium en plaque, infantile, du cantus interne. *Ann Dermatol Venereol* 1998;125:906-8.
15. 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.
16. Combemale P, Faisant M, Dupin M. «Milia en plaque» in the supraclavicular area. *Dermatology* 1995;191:262-3.
17. Le Guyadec T, Bosonnet S, Saint-Blancard P, Maccari F, Le Vagueresse R, Lanternier G. Milium en plaque à localisations multiples successives. *Ann Dermatol Venereol* 2000;127:208-9.
18. Cho SH, Cho BK, Kim CW. Milia en plaque associated with pseudoxanthoma elasticum. *J Cutan Pathol* 1997; 24:61-3.
19. Boehm I, Schupp G, Bauer R. Milia en plaque arising in discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 1997;137:649-51.
20. Leppard B, Sneddon IB. Milia occurring in lichen sclerosus et atrophicus. *Br J Dermatol* 1975;92:711.