

Milia en placa retroauricular bilateral

Reporte de un caso

Soledad Fontana¹, Esteban Saraceno², Mirta Lewandowski³ e Ignacio L. Calb⁴

RESUMEN

Milia en placa es un raro tipo de milia inflamatoria que se presenta en forma de placas y se localiza con mayor frecuencia en el área periauricular. La aparición de lesiones bilaterales es muy rara. Presentamos un caso de milia en placa bilateral en la región retroauricular en una paciente de sexo femenino.

Palabras clave: milia en placa, milia primaria, retroauricular

ABSTRACT

Retroauricular bilateral milia en plaque. Case report

Milia en plaque is a rare inflammatory type of milia that appears in the shape of plaques and it is most frequently located in the periauricular area. Bilateral lesions are very uncommon. A case of bilateral retroauricular milia en plaque in a female patient is reported.

Key words: milia en plaque, primary milia, retroauricular

► CASO CLÍNICO

Paciente de 66 años de edad, de sexo femenino. Entre sus antecedentes personales refiere hipotiroidismo tratado con levotiroxina. Consultó por lesiones pruriginosas retroauriculares, de 1 año de evolución. La paciente refirió que las lesiones comenzaron como pequeñas placas que fueron aumentando gradualmente de tamaño.

Al **examen físico** se apreciaban, en ambas regiones retroauriculares, placas eritematosas sobre las que asientan pápulas milimétricas de color blanquecino-amarillento (Figs. 1 y 2). Algunas zonas se presentaban excoriadas por

rascado (Fig. 2). Presentaba buen estado general y no se encontraron otras lesiones en el resto del tegumento ni adenopatías.

La paciente no había realizado tratamientos en la zona, previos a la aparición de estas lesiones. No había utilizado cosméticos o medicamentos tópicos y negó traumatismos, dermoabrasión o quemaduras en la zona y tampoco usaba gafas. No existían antecedentes familiares de lesiones similares.

Se realizó biopsia de las lesiones con posterior **estudio histopatológico** que revela, en la dermis superficial, la presencia de quistes revestidos por epitelio escamoso de

¹ Médica Dermatóloga

² Médico Dermatólogo

³ Médica Patóloga

⁴ Médico Dermatopatólogo

Consultorio particular de Dermopatología del Dr. Ignacio L. Calb

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: sole_fontana@hotmail.com



Fig. 1: Milia en placa en región retroauricular derecha.



Fig. 2: Milia en placa en región retroauricular izquierda.

pocas hileras de espesor, con capa granulosa y queratina laminillar en la cavidad. Estos quistes infundibulares pilosebáceos o quistes pilosos están rodeados por un infiltrado linfocitario (Fig. 3).

Ante estos hallazgos clínicos e histopatológicos se arribó al diagnóstico de milia en placa.

Las lesiones fueron tratadas con ácido retinoico 0,05% en crema, una vez por día, y minociclina oral 100 mg por día por 6 meses, con desaparición del 75% de las lesiones de milia en placa.

► COMENTARIO

La **milia** es una lesión benigna. Se presentan como pequeños quistes superficiales de queratina, blanquecinos, de menos de 3mm, que se forman por la obstrucción del ostium folicular o del conducto sudoríparo ecrino.

Se clasifican en milias primarias y secundarias. Las milias primarias se originan en el infundíbulo del conducto piloso. Las milias secundarias lo hacen de diferentes estructuras anexas, como los conductos sudoríparos, las glándulas sebáceas y los folículos pilosos¹.

Los quistes milios secundarios son producto de agresiones, como la dermoabrasión, radioterapia, uso prolongado de corticoides tópicos potentes, trastornos inflamatorios de la piel y enfermedades ampollares².

La milia en placa (MEP) es un proceso idiopático e infrecuente³. Este trastorno fue descrito por primera vez por Balzer y Fouquet, en el año 1903. En el año 1978, Hubler *et al* le dieron el nombre de milia en placa⁴. Luego, Wolfe y Gurevitch la modificaron en 1997 y más tarde, en el año 2008, Berk *et al* ubicaron a la MEP dentro de las formas primarias (Tabla 1)⁵.

Dentro de las formas primarias se encuentran: la forma congénita, la milia primaria benigna de niños y adultos, MEP, milia agrupada nodular, milia eruptiva múltiple, nevo despigmentado con milia y las genodermatosis asociadas (milia en algunas genodermatosis, como en la epidermólisis ampollar y porfirias, a las que tal vez sería mejor clasificarlas como milia secundaria).

Las formas secundarias de milia se producen por enfermedades asociadas, medicación asociada o trauma asociado.

La MEP es una forma primaria y rara de milia, que se caracteriza por la presencia de múltiples pápulas blanquecinas o amarillentas que asientan sobre una placa eritematosa, infiltrada, y que puede acompañarse de prurito⁴.

Afecta con mayor frecuencia la zona retroauricular, en forma unilateral, y es raramente bilateral. Otras áreas que se han visto afectadas son los párpados, canto interno, los lóbulos de la oreja, surco nasogeniano, región preauricular, submandibular y supraclavicular. Existen comuni-

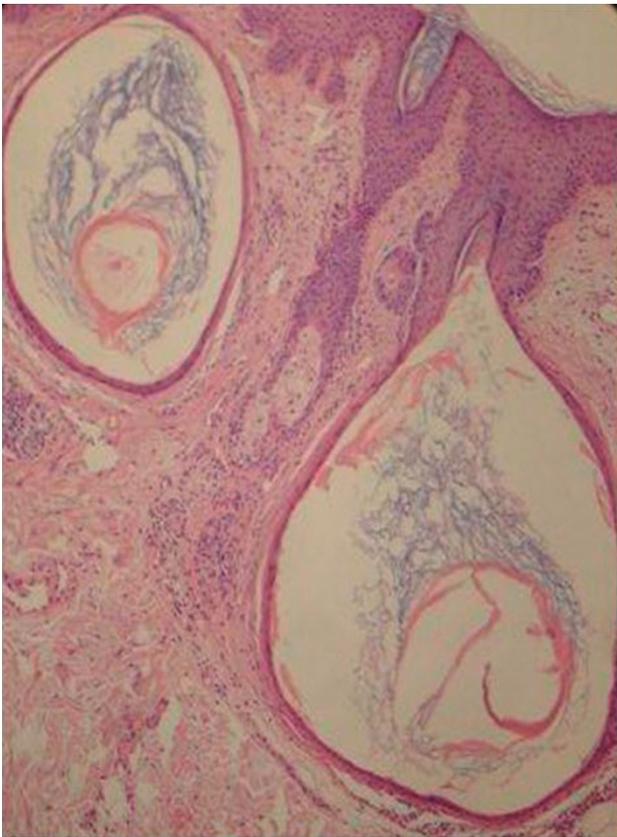


Fig. 3: Histopatología (H-E 10X): Quistes revestidos por epitelio escamoso y queratina laminillar en su cavidad.

Tabla 1. Clasificación de milia⁵.

Milia Primaria

- Congénita
- Milia primaria benigna de niños y adultos
- Milia en placa
- Milia agrupada nodular
- Milia eruptiva múltiple
- Nevo despigmentoso con milia
- Genodermatosis asociadas*

Milia Secundaria

- Enfermedades asociadas
- Medicación asociada
- Trauma asociado

*Milia en algunas genodermatosis (epidermólisis bullosa, porfirias), tal vez sea mejor clasificarlas como milia secundaria

caciones de compromiso de más de una región anatómica a la vez³.

Puede aparecer en ambos sexos, aunque es más frecuente en mujeres (3:1) y en edades medias de la vida, alrededor de los 40 años, aunque es posible observarlas a cualquier edad⁶.

Histológicamente, los quistes de MEP se caracterizan por la presencia en la dermis de numerosas cavidades quísticas revestidas por epitelio escamoso aplanado con estrato granuloso y queratina en su interior. Puede observarse en la mayoría de casos un infiltrado inflamatorio mononuclear a predominio linfocitario periquístico variable⁷.

La **etiología** de la MEP es desconocida. Algunos autores han propuesto 3 probables teorías al respecto:

- 1) que se produzca por degeneración idiopática del tejido conectivo con la consiguiente expansión de los folículos y formación de milia;
- 2) la existencia de factores externos que determinen su aparición, no percibidos por el paciente;
- 3) que sea una secuela de liquen plano tímido folicular, considerado variante del liquen plano pilar, el cual se presenta como una placa rojo-violácea localizada preferentemente en la región retroauricular. Algunos autores consideran que se trata de distintos estadios de una misma entidad⁸.

Se han propuesto también en su patogenia diversos factores desencadenantes como el traumatismo localizado por el uso de lentes, cosméticos, aplicación de medicamentos tópicos (5-fluorouracilo y corticoesteroides), radioterapia previa e incluso un medio ambiente frío. Sin embargo, en la mayoría de los casos sigue sin establecerse el mecanismo por el cual aparecen las lesiones⁹.

El principal diagnóstico diferencial hay que realizarlo con el liquen plano tímido folicular (descrito anteriormente). Otros diagnósticos diferenciales pueden ser los que se detallan a continuación:

- mucinosis folicular, que puede presentarse como pápulas inflamatorias de aspecto folicular, con quistes y comedones que confluyen formando placas, con alopecia secundaria;
- síndrome de Favre-Racouchot o elastosis nodular con quistes y comedones, que se presenta en zonas de exposición solar crónica (arcos zigomáticos, sienes, regiones periorbitaria y nasal);
- nevo comedoniano o tricolemomias múltiples, éstos aparecen a edades más tempranas y presentan una disposición e histologías características.

También se han descrito casos de aparición de quistes miliares sobre placas previas de lupus eritematoso discoide y también asociado a seudoxantoma elástico¹⁰.

Debido al escaso número de casos publicados, no se ha demostrado que haya algún tratamiento más efectivo que otro, siendo una entidad benigna de buen pronóstico y cuya importancia es sólo cosmética.

En MEP se han realizado diversos tratamientos, tales como incisión y expresión de los quistes, electrocoagulación, retinoides tópicos y minociclina vía oral con dosis de 100mg por día por 2 o 3 meses. Hubo respuestas parciales

en casos tratados con terapia fotodinámica con ácido aminolevulínico. Se observó también, en algunos pacientes, la regresión espontánea de la lesión⁸.

Trabajo dedicado al Dr. Ignacio Luis Calb, un querido amigo, un excelente profesional que dejará una huella imborrable en la dermatología argentina y un gran maestro que nos transmitió sus conocimientos y su pasión por la dermatología y la dermatopatología, y al Dr. Esteban Saraceno, en reconocimiento a su trayectoria profesional.

► BIBLIOGRAFÍA

1. Uruga, E.; Briones, M.C.; Morán, A.; Uruga, M.V.; Lubkov, A.; Loayza, E.: Milio en placa retroauricular. **Piel** 2012; 27: 307-310.
2. 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: 564-566.
3. Carbia S.G.; Malah, V.; Glorio, R.; Ruiz Beguerie, J.; Devés, A.; Vogel, J.; Woscoff, A.: Milia en placa en varias y sucesivas áreas. **Med Cutan Iber Lat Am** 2005; 33: 183-185.
4. Martins L.E.; Werner, B.; Pogliá Fonseca, G.: Milia em placa. **An Bras Dermatol** 2010; 85: 895-898.
5. Berk, D.R.; Bayliss, S.J.: Milia: A review and classification. **J Am Acad Dermatol** 2008; 59: 1050-1063.
6. Mayo Pampín, E.; de la Torre Fraga, C.: Pápulas agrupadas retroauriculares. **Piel** 2005; 20: 143-144.
7. Alonso, V.; Ramon, D.; Martín, J.M.; Monteagudo, C.; Molina, I.; Jordá, E.: Milium en placa palpebral bilateral. **Med Cutan Iber Lat Am** 2006; 34: 159-161.
8. Galán Gutiérrez, M.; Jiménez Puya, R.; Vélez García-Nieto, A.; Moreno Giménez, J.C.: Milium en placa retroauricular. **Med Cutan Iber Lat Am** 2004; 32: 33-35.
9. Lo, L.K.; Tsai, T.F.; Hung, C.M.; Chen, Y.F.; Ko, W.C.: Milia en plaque. **Dermatol Sinica** 2008; 26: 180-184.
10. Baniandrés Rodríguez, O.; Martín González, M.; Cuevas Santos, J.: Quistes miliares en placa. **Med Cutan Iber Lat Am** 2005; 33: 179-182.