

Milio coloide del adulto. Presentación de 2 casos

Isabel M.^a Rodríguez-Nevaldo^a, Antonio J. Chaves^a, Diego de Argila^a, Manuel García-García^a, Isabel Rovira^a e Inmaculada Catalina^b

^aUnidad de Dermatología. Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. España.

Resumen.—El milio coloide es un proceso degenerativo que se caracteriza clínicamente por el desarrollo de pápulas amarillas translúcidas de 1-2 mm localizadas en regiones fotoexpuestas. Histológicamente se aprecian depósitos de sustancia coloide en la dermis papilar.

Presentamos 2 casos de esta infrecuente patología en 2 pacientes de sexo masculino, sometidos a intensa fotoexposición debido a su actividad laboral. Instauramos tratamiento con cremas fotoprotectoras y tretinoína tópica, con escasa mejoría clínica.

Palabras clave: milio coloide, fotoexposición, tretinoína.

ADULT-ONSET COLLOID MILIUM. PRESENTATION OF TWO CASES

Abstract.—Colloid milium is a degenerative process that is characterized clinically by the development of translucent, yellow, 1-2 mm papules located in photoexposed areas. Histologically, deposits of a colloid substance are seen in the papillary dermis.

We present two cases of this infrequent pathology in two male patients, who had been subjected to intense sun exposure because of their work. We initiated treatment with photoprotective creams and topical tretinoin, with little clinical improvement.

Key words: colloid milium, sun exposure, tretinoin.

INTRODUCCIÓN

El milio coloide es un proceso dermatológico de causa no bien conocida. Existen dos formas clínicas bien diferenciadas: una juvenil, que generalmente se hereda con carácter autosómico dominante, comienza antes de la pubertad y se localiza en la cara y otra forma del adulto, que ha sido relacionada fundamentalmente con la exposición solar crónica¹. Presentamos 2 casos de milio coloide del adulto.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Un varón de 48 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, agricultor de profesión, consultó por presentar desde hace aproximadamente 4 años, unas lesiones cutáneas asintomáticas en las mejillas y en el dorso de las manos. La exploración física puso de manifiesto múltiples pápulas amarillentas, translúcidas, que conformaban placas de consistencia dura, localizadas en el dorso de ambas manos

Correspondencia:

Isabel M.^a Rodríguez-Nevaldo. Unidad de Dermatología. Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Ctra. de Portugal, s/n. 06080 Badajoz. España. irodrigueznevado@yahoo.es

Recibido el 29 de abril de 2005

Aceptado el 10 de octubre de 2005.

(fig. 1) y en las mejillas. No se apreciaron lesiones en el resto del tegumento. Se realizó biopsia cutánea del dorso de la mano, y se evidenció en la dermis papilar un material eosinofílico fisurado, bien delimitado y rodeado por bandas de colágeno.

Con los hallazgos clínicos e histológicos, establecimos el diagnóstico de milio coloide del adulto y comenzamos tratamiento con cremas fotoprotectoras y crema de tretinoína tópica al 0,025 %; mejoró discretamente a los 4 meses de tratamiento.

Caso 2

Un varón de 42 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés clínico, de profesión guarda



Fig. 1.—Pápulas agrupadas en el dorso de las manos.



Fig. 2.—Múltiples pápulas amarillentas en área malar.

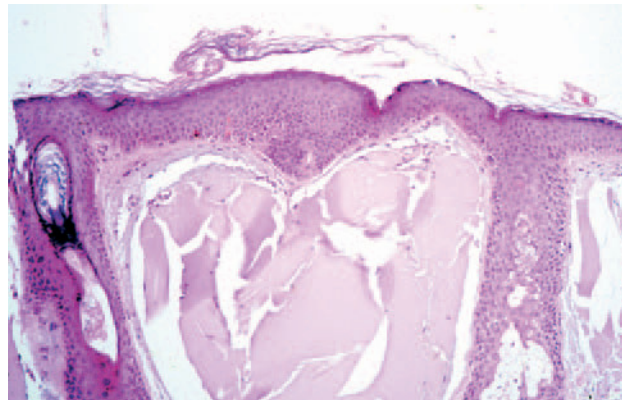


Fig. 4.—Masa eosinofílica fisurada, rodeada por un collarite acantótico y restos celulares en su interior. Delgada banda grenz que separa la zona de la membrana basal del depósito coloide. (Hematoxilina-eosina, $\times 200$.)

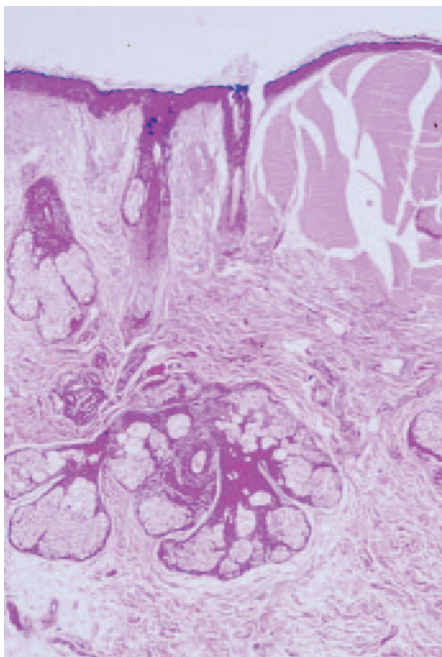


Fig. 3.—Acumulación de material eosinofílico, fisurado, bien delimitado, en dermis papilar. Epidermis atrófica con leve hiperqueratosis ortoqueratósica. (Hematoxilina-eosina, $\times 100$.)

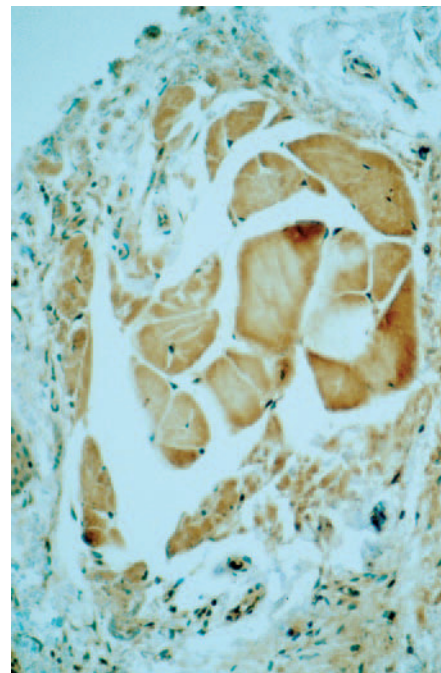


Fig. 5.—Tinción positiva del material coloide con SAP (sustancia P amiloide).

forestal; consultó por haber apreciado desde hacía varios años (no precisaba con exactitud), unas lesiones cutáneas en la cara, sin sintomatología acompañante. En la exploración física se apreciaban múltiples pápulas amarillo-anaranjadas, translúcidas, semiduras a la palpación, que se situaban en ambas regiones malaras y en el dorso nasal (fig. 2). Se practicó biopsia cutánea en la mejilla, que mostró una acumulación de grandes masas de un material homogéneo eosinofílico, fisurado, en la dermis superficial y cubierto por un epitelio levemente atrófico (fig. 3). A mayor aumento se observaron estas grandes masas de material eosinofílico fisuradas, marginadas por un collarite acantótico epidérmico y con una estrecha zona grenz subepidérmica suprayacente a estos depósitos. También se

observaron restos nucleares y celulares en el interior del material coloide (fig. 4). La tinción para la proteína P amiloide (anti-SAP) fue positiva para estas acumulaciones (fig. 5), lo que sugiere, por tanto, el origen elástico de estas masas. Realizamos con estos datos el diagnóstico de milio coloide del adulto y se aconsejaron únicamente medidas fotoprotectoras.

DISCUSIÓN

Presentamos dos nuevos casos de milio coloide del adulto, que es un proceso dermatológico bastante in-

frecuente, cuya verdadera incidencia probablemente esté infravalorada. Se han descrito dos formas clínicas bien definidas: una forma juvenil, que puede ser familiar y cuya herencia genética se cree que puede ser autosómica dominante. La afectación es de predominio facial y tiende a desaparecer en la edad adulta². Recientemente, se ha descrito un caso de milio coloide juvenil asociado a conjuntivitis lígnea³ (engrosamiento membranosos tarsal por infiltrado hialino submucoso) y a depósitos gingivales de material eosinofílico tipo amiloide⁴. Otra forma es la del adulto, no familiar, con afectación de las zonas fotoexpuestas: la cara (se han descrito casos aislados en los párpados⁵), el cuello, los pabellones auriculares, el dorso de las manos y formas unilaterales en brazos⁶. Esta forma aparece con mayor frecuencia en varones, con una relación 4:1 y está relacionada con la exposición solar crónica, radiaciones ultravioletas A⁷, los efectos foto-dinámicos de los compuestos fenólicos del gasóleo, la aplicación de cremas con hidroquinona⁸, etc.

El estudio histológico revela la acumulación de un material coloide en la dermis superficial, eosinofílico y fisurado. Este material no se tiñe con tinciones para fibras elásticas o colágeno, rojo Congo, azul de toluidina o tinciones para mucopolisacáridos ácidos sulfatados. Se ha discutido mucho sobre el origen de esta sustancia. En relación con el milio coloide del adulto, Hashimoto y Black⁹, mediante estudios inmunohistoquímicos con SAP, observaron que el origen del coloide estaba en un proceso de degeneración actínica de las fibras elásticas en tres fases diferentes hasta llegar a este material gránulo-fibrilar. La SAP es una glucoproteína normal plasmática, que está presente en las microfibrillas de las fibras elásticas y en todos los tipos de amiloidosis cutáneas. Camacho et al¹⁰ señalan que la mayoría del material coloide es producido por los fibroblastos actínicamente transformados o por cualquier otra célula que proceda de las células mesenquimatosas primitivas, como son las células endoteliales. En relación con la forma juvenil, parece que derivaría de la degeneración de los queratinocitos, pues se han detectado células apoptóticas que se parecen a las células dañadas por el sol¹¹. En su tratamiento se han empleado diversas técnicas y fármacos como dermoabrasión, curetaje y electrocoagulación, crioterapia, láser de erbio, ácido retinoico, etc., con resultados desiguales¹². Nuestros 2 casos no presentaron mejoría tras aplicación de tretinoína tópica, por lo que adoptamos una actitud terapéutica conservadora.

Queremos destacar las escasas referencias bibliográficas sobre el milio coloide del adulto, aunque pensamos que es una patología infravalorada o infradiagnosticada, especialmente en nuestro país, con elevada actividad laboral al aire libre y con una tasa alta de radiación solar durante todo el año. Debemos sospecharlo ante cualquier lesión de aspecto pseudovesiculoso que asiente sobre áreas fotoexpuestas en varones de edad adulta con daño solar crónico. Se debe plantear diagnóstico diferencial fundamentalmente con hidrocistoma ecrino y liquen amiloideo, procesos fácilmente demostrables por estudio histológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burkhardt MP, Linares J, Mut J, Naranjo R. Milium coloide. A propósito de cuatro observaciones. *Actas Dermosifiliogr.* 1990;81:69-71.
2. Handfield-Jones SE, Atherton D, Black M. Juvenile colloid milium. *Br J Dermatol.* 1991;125:80-1.
3. Chowdhury MMU, Blackford S, Williams S. Juvenile colloid milium associated with ligneous conjunctivitis: report of a case and review of the literature. *Clin Exp Dermatol.* 2000;25:138-40.
4. Oskay T, Erdem C, Anadolu R, Peksan Y, Ozsoy N, Gul N. Juvenile colloid milium associated with conjunctival and gingival involvement. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:1185-8.
5. Muzaffar W, Dar NR, Malik AM. Colloid milium of the upper eyelid margins: a rare presentation. *Ophthalmology.* 2002;109:1944-6.
6. Lewis AT, Le EH, Quan LT, Krishnan B, Schulmeier J, Hsu S. Unilateral colloid milium of the arm. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46 (2 Suppl Case Reports):5-7.
7. Innocenzi D, Barduagni F, Cero R, Wolter M. UV-induced colloid milium. *Clin Exp Dermatol.* 1993;18:347-50.
8. Findlay GH, Morrison JG, Simson IW. Exogenous ochronosis and pigmented colloid milium from hydroquinone bleaching creams. *Br J Dermatol.* 1975;93:613-22.
9. Hashimoto K, Black M. Colloid milium: a final degeneration product of actinic elastoid. *J Cut Pathol.* 1985;12:147-56.
10. Camacho F, Galera H, Moreno JC, Sotillo I, Hevia A. Milium coloide. Estudio clinicopatológico y ultraestructural. *Actas Dermosifiliogr.* 1987;78:551-5.
11. Ebner H, Gebhart W. Colloid milium: light and electron microscopy investigations. *Clin Exp Dermatol.* 1977;2:217-26.
12. Ammirati CT, Giancola JM, Hruza GJ. Adult-onset facial colloid milium successfully treated with the long-pulsed Er: YAG laser. *Dermatol Surg.* 2002;28:215-9.