

Quistes de milium eruptivos en la infancia

Eruptive milia in childhood

Margarita Larralde,^{1,2} Karen Rambaut,² Macarena López² y Paula Boggio²

RESUMEN

Los quistes de milium son pápulas milimétricas, de color blanco-amarillentas, que histológicamente corresponden a pequeños quistes revestidos por epitelio plano estratificado con queratina lamelar ortoqueratótica en su interior. Cuando se presentan de manera súbita y con un número o extensión mayores de lo esperado para ser considerados como quistes de milium primarios benignos, se denominan quistes de milium eruptivos (QME). Presentamos 6 pacientes pediátricos (5 varones y una mujer) que consultaron por esta patología, a una edad media de 10 años, con lesiones bilaterales localizadas predominantemente en zona malar, que tenían un tiempo de evolución medio de 16 meses. Cuatro casos fueron QME idiopáticos y dos correspondieron a la forma familiar. En cuatro pacientes se indicó control evolutivo y hubo remisión espontánea de las lesiones en la mitad de ellos. Destacamos la rareza de esta forma de quistes de milium primarios, más aún su ocurrencia en la infancia, así como la importancia de su diagnóstico certero para evitar tratamientos agresivos innecesarios (*Dermatol. Argent., 2014, 20 (4): 253-256*).

Palabras clave:

quistes de milium,
quistes de milium
eruptivos.

ABSTRACT

Milia are millimetric yellowish-white papules that histologically consist of small cysts lined by stratified squamous epithelium with lamellar orthokeratotic keratin inside. When they occur suddenly in too large a number or extension to be considered as benign primary milia they are named eruptive milia (EM). We report 6 pediatric patients (5 males and 1 female) that presented EM at a median age of 10 years, with bilateral lesions located predominantly at malar area and a median time of evolution of 16 months. Four cases were idiopathic EM while remaining two consisted on familial cases. Four patients received no treatment and half of them presented spontaneous involution with time. We highlight the rarity of this type of primary milia, even more at pediatric age, as well as the importance of an accurate diagnosis in order to avoid unnecessary aggressive treatment (*Dermatol. Argent., 2014, 20 (4): 253-256*).

Keywords:

eruptive milia; milia.

Fecha de recepción: 24/05/2014 | Fecha de aprobación: 04/12/2014

¹ Servicio de Dermatología, Hospital Alemán

² Sección Dermatología Pediátrica, Servicio de Dermatología, Hospital Ramos Mejía

Hospital Gral. de Agudos J. M. Ramos Mejía, General Urquiza 609 (C1221ADC), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Hospital Alemán, Av. Pueyrredón 1640 (C1118AAT), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Margarita Larralde. doctorallarralde@gmail.com

Introducción

Los quistes de milium (QM) son pápulas pequeñas (de 1 a 3 mm de diámetro), blanquecinas o blanco-amarillentas, asintomáticas, únicas o más comúnmente múltiples, que se localizan generalmente en el rostro.¹ Pueden ser una condición aislada o asociarse a otros hallazgos clínicos.² Histológicamente corresponden a quistes epidérmicos revestidos por un epitelio plano estratificado con queratina lamelar ortoqueratótica en su interior.³

Los QM pueden aparecer en forma espontánea (QM primarios) o como consecuencia de enfermedades inflamatorias de la piel, traumatismos u otras condiciones (QM secundarios).² Los QM primarios se consideran lesiones proliferativas que se originan en el infundíbulo de los folículos vellosos, mientras que los QM secundarios representan quistes de retención y surgen más comúnmente del ducto de las glándulas sudoríparas ecrinas.^{2,4} En el cuadro 1 se mencionan los diferentes tipos de QM.

Los llamados quistes de milium eruptivos (QME) representan una condición inusual de QM primarios, en la cual aparecen lesiones en forma repentina (eruptiva) o sucesiva (en el curso de semanas a meses), y con un número o extensión mayores como para ser considerada la forma de QM primarios benignos.^{2,5,6} Su ocurrencia a edades pediátricas es rara.⁶⁻⁸ Presentamos una serie de casos de QME en una población infantil.

Serie de casos

Se revisaron las historias clínicas, así como la documentación fotográfica de los pacientes de entre 0 y 18 años de edad con diagnóstico de QME, atendidos desde septiembre de 2009 hasta junio de 2013 en el sector Dermatología Pediátrica del Servicio de Dermatología del Hospital Ramos Mejía y en el Servicio de Dermatología del Hospital Alemán. Se recolectaron los datos referidos a sexo, edad al momento de la consulta, tiempo de evolución de las lesiones, antecedentes personales, antecedentes familiares de QME, localización de los quistes, evolución y tratamiento instaurado.

Encontramos un total de 6 casos infantiles de QME. Cinco de ellos fueron varones (83%) y hubo una única niña afectada (17%). La edad media de los pacientes al momento de la consulta fue de 10 años (7 a 12 años) y el tiempo medio de evolución de las lesiones cutáneas fue de 16 meses (4 a 36 meses). La localización de los QME en esta serie de casos fue exclusivamente el rostro, con franco predominio por la zona malar (83% de los casos) y dis-



FOTO 1. Caso 2: múltiples QME en zona malar derecha.

tribución bilateral. La única paciente afectada presentó lesiones unilaterales en las zonas preauricular y paranasal derechas. Ninguno de los pacientes refirió antecedentes personales relevantes. Se descartaron las causas conocidas de QM secundarios en todos ellos. El 77% de los casos (4 pacientes) correspondió a QME idiopáticos, mientras que el 33% restante se trató de QME familiares (casos 2 y 3, que eran hermanos). En ningún paciente se realizó estudio histopatológico de las lesiones, ya que clínicamente éstas eran características en todos los casos. Se optó por una conducta expectante en cuatro pacientes (66%), mientras que en los otros dos (34%) se realizó la extracción manual de las lesiones. Se observó involución espontánea de los QME en la mitad de los pacientes, en los cuales se indicó control clínico en un tiempo medio de 6 meses. En los sucesivos controles no hubo recidivas en ninguno de estos casos.

En la tabla 1 se presentan los principales datos de estos 6 casos pediátricos de QME.

Discusión

Los QME constituyen una forma extremadamente infrecuente de QM primarios. Este cuadro se caracteriza por la aparición súbita o sucesiva de QM con un número (habitualmente cientos de lesiones) o extensión mayores como para simplemente ser considerada la forma de QM primarios benignos.^{2,5,6} Su ocurrencia a edades pediátricas es más rara aún.⁶⁻⁸

Tabla 1. Datos principales de los 6 casos pediátricos de QME

Paciente	Edad	Sexo	Tiempo de evolución	Localización QME	Antecedente familiar QME	HP	Tratamiento
1	7 a	M	6 m	Zona malar, bilateral	No	No	Control clínico
2 (foto 1)	9 a	M	6 m	Zona malar, bilateral	Sí	No	Control clínico
3	12 a	M	6 m	Zona malar, bilateral	Sí	No	Control clínico
4	7 a	M	36 m	Zona malar, bilateral	No	No	Control clínico
5	12 a	F	36 m	Área preauricular y paranasal derechas	No	No	Extracción
6 (foto 2 y 3)	12 a	M	4 m	Zona malar y periocular, bilateral	No	No	Extracción

QME: quistes milium eruptivos; **a:** años; **F:** femenino; **M:** masculino; **m:** mes/meses; **HP:** histopatología

En la literatura se describe que ambos sexos se afectan con igual frecuencia, y la edad de presentación habitual es la pubertad o inicio de la adultez. Las lesiones se localizan fundamentalmente en la cara (zona centrorfacial, párpados y mejillas), pero también comprometen otros sitios como el cuello y la parte superior del tronco y de las extremidades superiores.^{6,9} Debido a esta ubicación predominante en áreas fotoexpuestas, algunos autores han considerado a la radiación solar como un factor precipitante. Por el contrario, otros proponen que un estí-

mulo externo, como la fricción, podría determinar la invaginación de las células epidérmicas y dar origen a los QME.^{5,6} En discrepancia con lo publicado, en esta pequeña serie de casos encontramos una mayor ocurrencia de la enfermedad en el sexo masculino. Y en concordancia con datos previos, observamos que la mitad de nuestros pacientes inició el cuadro en la pubertad, mientras que la otra mitad lo hizo en la infancia y las lesiones se localizaron exclusivamente en el rostro (con predominio franco por el área malar).

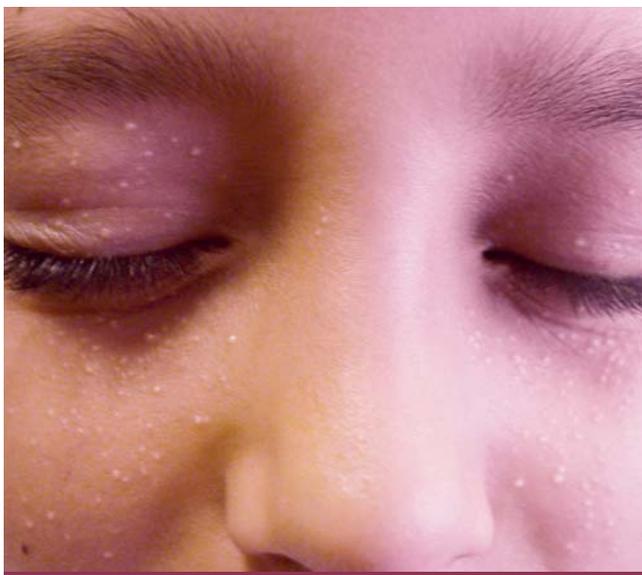


FOTO 2. Caso 6: QME extensos en rostro.



FOTO 3. Caso 6: detalle de QME en área periocular izquierda.

Cuadro 1. Clasificación de quistes de milium

QM PRIMARIOS	QM SECUNDARIOS
Congénitos	A enfermedades cutáneas inflamatorias
Primarios benignos (niños y adultos)	A medicamentos
Milia en placa	A trauma
Eruptivos	
Milia nodular	
Nevo hipocrómico con milia	
Asociados a genodermatosis*	

* Exceptuando los asociados a ciertas genodermatosis, como las epidermolisis ampollares hereditarias y las porfirias, que se consideran QM secundarios.

(Modificado de Berk D.R., Bayliss S.J. Milia: a review and classification, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2008, 59: 1050-1063).

Langley *et ál.*⁹ clasifican a los QME en tres categorías: 1) idiopático (de aparición espontánea, sin una causa o asociación conocida); 2) patrón familiar (con transmisión autosómica dominante); y 3) como parte de una genodermatosis. Al igual que Berk y Bayliss,² preferimos considerar como QME solamente a aquellos que no presentan otras anomalías asociadas. En la población aquí presentada destacamos que la mayoría de los QME fueron idiopáticos, no obstante hubo dos casos con patrón familiar.

Son pocos los QME descritos en la literatura, probablemente esto obedezca a que sea una patología subdiagnosticada debido a su carácter benigno. Hasta la fecha existen tres comunicaciones de su ocurrencia en pacientes pediátricos.⁶⁻⁸ En 1957, Miescher publicó el primer caso de esta entidad, el que se asociaba a múltiples tricoepiteliomas en la cara.¹⁰ Ratnavel *et ál.* describieron una variante inusual de QME de localización restringida a los párpados, en cuatro generaciones de una familia, con transmisión autosómica dominante, quienes tenían queratodermia palmo-plantar asociada.¹¹

Los principales diagnósticos diferenciales de QME a considerar son: miliaria cristalina, siringoma eruptivo, quiste

veloso eruptivo, calcinosis cutis idiopática y verruga plana.^{6,12}

Los tratamientos más utilizados son la escisión y extrusión del contenido del milium, así como el curetaje y cauterización, electrodesecación, láser YAG y CO₂. También ha sido comunicado el tratamiento exitoso combinado con tretinoína y láser YAG.^{2,6,7,13}

Destacamos la rareza de presentación de esta forma de QM primarios, más aún en la infancia, así como también la importancia de un correcto diagnóstico para evitar tratamientos agresivos innecesarios.

Bibliografía

- Casas G. Tumores Benignos. En: Larralde M., Abad E., Luna P.C., editores Dermatología pediátrica, 2º Ed., Ediciones Journal, Buenos Aires, 2010, 467.
- Berk D. R., Bayliss S. J. Milia: a review and classification, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2008, 59: 1050-1063.
- Valencia D.T., Neil A.S., Ken K.L. Tumores epiteliales benignos, hamartomas e hiperplasias. En: Wolff K. Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*, 7º Ed., Editorial Panamericana, Buenos Aires, 2009, 1064-1065.
- Boggio P., Alperovich R., Spiner R.E., Schroh R. *et ál.* Periorbital bilateral milia en plaque in a female teenager, *Dermatol. Online. J.*, 2012, 18: 11.
- Cho E., Cho S.H., Lee J.D. Idiopathic multiple eruptive milia occurred in unusual sites, *Ann. Dermatol.*, 2010, 22: 465-467.
- López Carmona J., Plafnik R., Larralde M. Quistes de milium eruptivos: presentación de un caso, *Dermatol. Pediatr. Latinoam*, 2011, 9: 63-65.
- Diba V.C., Handfield-Jones S., Rytina E., Hall P. *et ál.* Multiple eruptive milia in a 9-year-old boy, *Pediatr. Dermatol.*, 2008, 25: 474-476.
- Cairns M.L., Knable A.L. Multiple eruptive milia in a 15-year-old boy, *Pediatr. Dermatol.*, 1999, 16: 108-110.
- Langley R.G., Walsh N.M., Ross J.B. Multiple eruptive milia: report of a case, review of the literature, and a classification, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1997, 37: 353-356.
- Miescher G. Eruptive milia and Brooke's epithelioma adenoides cysticum, *Dermatologica*, 1957, 115: 712-716.
- Ratnavel R.C., Handfield-Jones S.E., Norris P.G. Milia restricted to the eyelids, *Clin. Exp. Dermatol.*, 1995, 20: 153-154.
- Diba V.C., Al-Izzi M., Green T. A case of eruptive milia, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2005, 30: 677-678.
- Connelly T. Eruptive milia and rapid response to topical tretinoin, *Arch. Dermatol.*, 2008, 144: 816-817.