

Lesión en región retroauricular

Retroauricular milia en plaque

María Ángela Dei Castelli,¹ Sabrina Meik,² Fernanda Oria¹ y Alejandra Abeldaño³

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 27 años de edad sin antecedentes de importancia que consultó por una lesión pruriginosa localizada en la región retroauricular izquierda de 2 meses de evolución.

Examen físico: múltiples pápulas blanquecinas milimétricas que asentaban sobre una placa eritematosa de 1,5 cm localizada en la región retroauricular izquierda (foto 1).

Había realizado múltiples tratamientos tópicos, indicados en otra institución (ácido fusídico asociado a beta-metasona, ketoconazol 2%, fomentos con agua blanca de codex), sin mejoría.

Se realizó biopsia incisional para estudio histopatológico que informó: “Formación quística a nivel de la dermis compuesta por una pared tapizada por epitelio escamoso con capa granular. El quiste contiene queratina laminar” (foto 2) (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(6): 480-482).

Fecha de recepción: 21/02/2012 | **Fecha de aprobación:** 13/06/2012

¹ Médica concurrente, segundo año de la carrera de Médico Especialista en Dermatología, UBA

² Médica dermatóloga, jefa de Residentes

³ Jefa de la Unidad de Dermatología

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Corbeta Pi y Margall 750, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: María Ángela Dei Castelli Yamaguchi, deicastelliyamaguchi@yahoo.com.ar



Foto 1. Pápulas blanquecinas milimétricas sobre base eritematosa en región retroauricular izquierda.

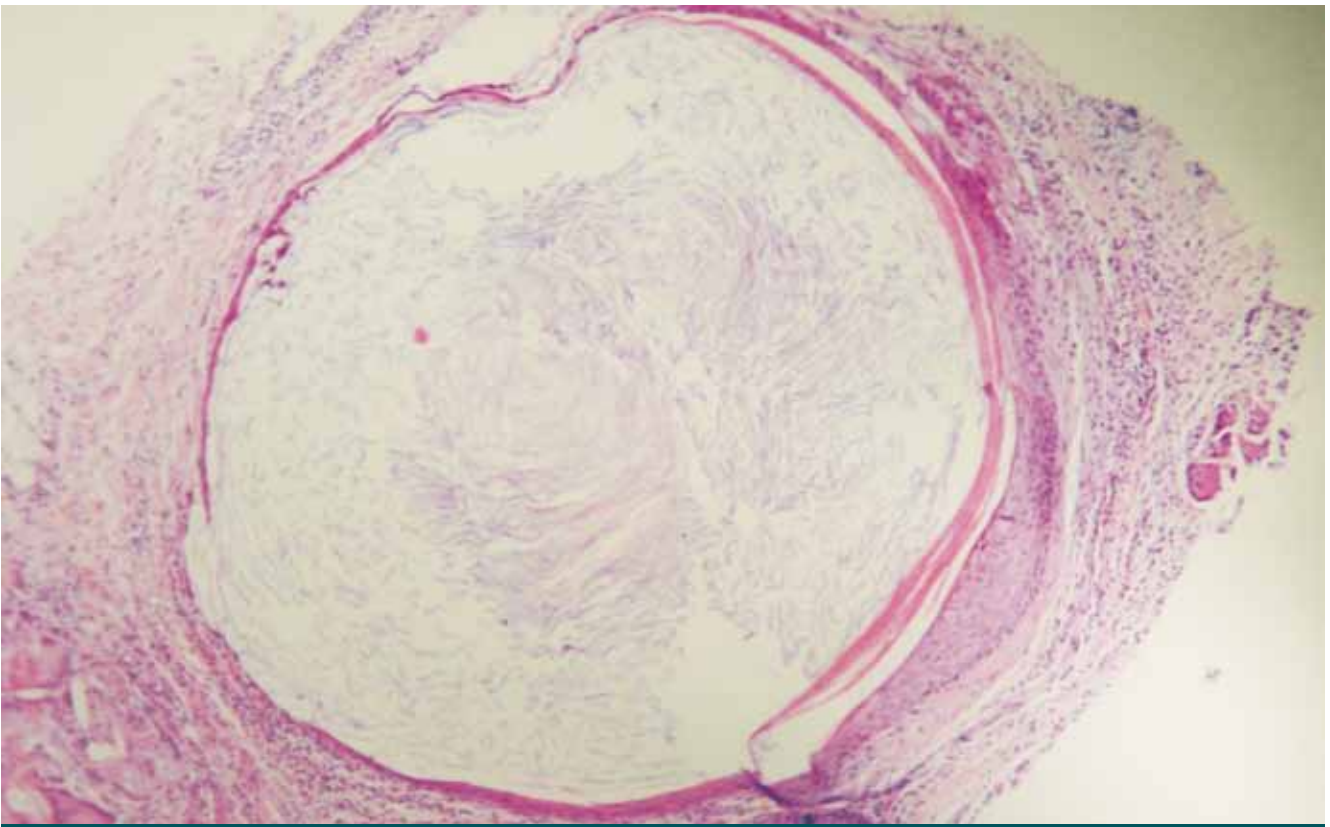


Foto 2. Formación quística a nivel de la dermis con pared tapizada de epitelio escamoso con capa granular, que contiene queratina laminar.

Diagnóstico

Milium en placa.

Comentarios

Milium en placa es un tumor epidérmico benigno poco frecuente, descrito por primera vez por Balzer y Fouquet¹ en 1903 como un proceso idiopático caracterizado por la presencia de quistes miliares agrupados sobre una placa eritematosa en la región retroauricular, y Hubler *et ál.*², en 1978, denominaron a esta variante primaria como “milia en plaque”.

Clínicamente se caracteriza por presentar múltiples pápulas blanquecinas o amarillentas, asintomáticas o levemente pruriginosas, que asientan sobre una placa eritematosa, usualmente localizada en la región retroauricular.

Clásicamente se describen dos variantes: 1) primaria o idiopática y 2) secundaria a traumas como dermoabrasión, radioterapia y quemaduras, al uso prolongado de corticoides tópicos, 5-fluoruracilo o como secuela de enfermedades ampollares o trastornos inflamatorios.³

Generalmente unilateral, se describe localizado en la región retroauricular, como en el caso presentado. Rara vez puede distribuirse de forma bilateral o en otros sitios como los párpados, canto interno del ojo, lóbulo de orejas, pliegue nasal o regiones preauricular, submandibular y supraclavicular.⁴

El examen histológico evidencia quistes revestidos por un número escaso de células escamosas aplanadas derivadas del infundíbulo de los folículos pilosos que contienen en su interior queratina ortoqueratósica, y que ocasionalmente se hallan rodeadas de un infiltrado inflamatorio linfocítico.³

Se han descrito casos de milium en placa asociados con pseudoxantoma elástico y la coexistencia en la misma lesión con lupus eritematoso discoide.^{5,6} Como diagnósticos diferenciales se incluye el nevo comedoniano, los esteatocitomas

múltiples, el hamartoma folicular basaloide, el síndrome de Favre-Racouchot, la micosis fungoide folicular y la mucinosis folicular.⁷

Dentro de los tratamientos propuestos se describe la electrocoagulación, la extirpación quirúrgica, el adapaleno al 0,1% crema y la tretinoína tópica con resultados variables. La minociclina vía oral se ha utilizado con respuesta satisfactoria en casos donde predominan las lesiones inflamatorias.^{3,7} La regresión espontánea es infrecuente.

En conclusión, milium en placa es un cuadro benigno generalmente de fácil diagnóstico. El tratamiento por lo general es por motivos estéticos, mediante varias opciones terapéuticas con resultados variables. En nuestro paciente se indicó tretinoína, con poca respuesta.

Bibliografía

1. Baker F., Fouquet C. Milium confluent retroauriculaire bilatéral, *Bull. Soc. Fr. Derm. Syphil.*, 1903, 14:361, citado por Stefanidou M.P., Panayotides J.G., Tosca A.D. Milia en plaque: a case report and review of the literature, *Dermatol. Surg.*, 2002, 28: 291-295.
2. Hubler W.R., Ruldolph A.H., Kelleher R.M. Milia en plaque, *Cutis*, 1978, 22: 67-70S, citado por Wong S. y Goh C.L. Milia en plaque, *Clin. Exp. Dermatol.*, 1999, 24: 183-185.
3. Baniandres Rodríguez O., Martín González M., Cuevas Santos J. Quistes miliares en placa: casos breves, *Med. Cutan. Iber. Lat. Am.*, 2005, 33: 179-182.
4. Carbia S., Malah V., Glorio R., Woscoff A. Milia en placa en varias y sucesivas áreas: casos breves, *Med. Cutan. Iber. Lat. Am.*, 2005, 33: 183-185.
5. Bridges A.G., Lucky A.W., Haney G., Mutasim D.F. Milia en plaque of the eyelids in childhood: case report and review of the literature, *Pediatr. Dermatol.*, 1998, 15: 282-284.
6. Belhadjali H., Youssef M., Yahia S., Njim L. *et ál.* Milia en plaque and discoid lupus erythematosus, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2009, 34: 356-357.
7. Wong S. and Goh C.L. Milia en plaque, *Clin. Exp. Dermatol.*, 1999, 24: 183-185.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

CASO CLÍNICO | RESPUESTAS

Respuestas correctas al caso clínico:

1, d; 2, e; 3, e; 4, e.

Discusión. la PCAS es una enfermedad supurativa crónica que afecta el cuero cabelludo y genera alopecia cicatrizal. Su etiología es desconocida. Se considera parte de la tetrada de oclusión folicular. Es más frecuente en hombres de raza negra de entre 20 y 40 años.

Se presenta como una foliculitis intensa con formación de abscesos y nódulos fluctuantes que se intercomunican por tractos sinuosos y fistulizan al exterior, localizados en vértex y región occipital. El diagnóstico es clínico y por hallazgos histopatológicos. En las lesiones agudas se observa un denso infiltrado inflamatorio mixto con destrucción del folículo piloso, en las crónicas existe

reacción granulomatosa y cicatrización. Es común aislar *Staphylococcus aureus*.

Es resistente al tratamiento y se describe el uso de antibióticos sistémicos de amplio espectro, corticoides intralesionales o sistémicos, dapsona, isotretinoína oral, incisión y drenaje quirúrgico, escisión con láser de CO₂, entre otros.

Bibliografía

1. Paus R., Olsen E., Messenger A. Trastornos del crecimiento del pelo, en Wolff K., Goldsmith L.,

Katz S., Gilchrist B. *et ál.*, *Dermatología en Medicina General*, Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2009, 754-777.

2. Ljubojevic S., Pasic A., Lipozencic J., Skerlev M. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, *JEADV*, 2005, 19: 719-721.