

Milio coloide del adulto

Millium colloid of adults

Sara del Pilar González Trujillo**Ángela María Londoño García****Rodrigo Restrepo Molina**

RESUMEN

El milio coloide es una dermatosis rara que se presenta como pápulas finas asintomáticas en áreas fotoexpuestas y cuya etiología no es clara.

Se reporta el caso de un hombre de 51 años de edad, conductor, con lesiones características de la enfermedad localizadas en áreas expuestas al sol. La histopatología mostró conglomerados de material eosinófilo amorfo en las dermis superficial y media, acompañado de cambios elastóticos adyacentes.

Con estos hallazgos se hace el diagnóstico de milio coloide y se realiza tratamiento con electrofulguración.

Palabras clave: milio coloide, electrofulguración.

SUMMARY

Millium colloid is a rare dermatoses of unknown cause, characterized by fine asymptomatic papules in light exposed areas.

The case of a 51 year-old male driver is shown with characteristic lesions of the disease in light exposed areas. The histopathology showed eosinophil material conglomerates in superficial and middle dermis, accompanied by adjacent elastotic changes. These finding lead to a millium colloid diagnosis, that was treated with electrofulguration.

Key words: millium colloid, electrofulguration.

Sara del Pilar González Trujillo, Residente / Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Ángela María Londoño García, Docente Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Rodrigo Restrepo Molina, Docente Patología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Correspondencia: Sara del Pilar González Trujillo, Carrera 43 No. 25B Sur - 108 Medellín

Teléfono: 331 3419. E-mail: saragonzalez@epm.net.co.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un hombre de cincuenta y un años de edad, conductor, quien consultó por catorce años de evolución de lesiones asintomáticas en áreas fotoexpuestas con aumento progresivo en número y tamaño, quien no refería antecedentes personales ni familiares de importancia y hasta la fecha no había recibido ningún tratamiento.

Al examen físico se observaron pápulas firmes, brillantes, y algunas con aspecto hiperqueratósico, localizadas en el dorso de ambas manos, los antebrazos, los codos y el cuello (Figura 1)



Figura 1: Pápulas brillantes de aspecto hiperqueratósico en ambos antebrazos.

Milio coloide del adulto

Se tomó una biopsia de piel, con sacabocado, que reportó depósitos de material eosinófilo PAS positivo en la dermis papilar (Figura 2).

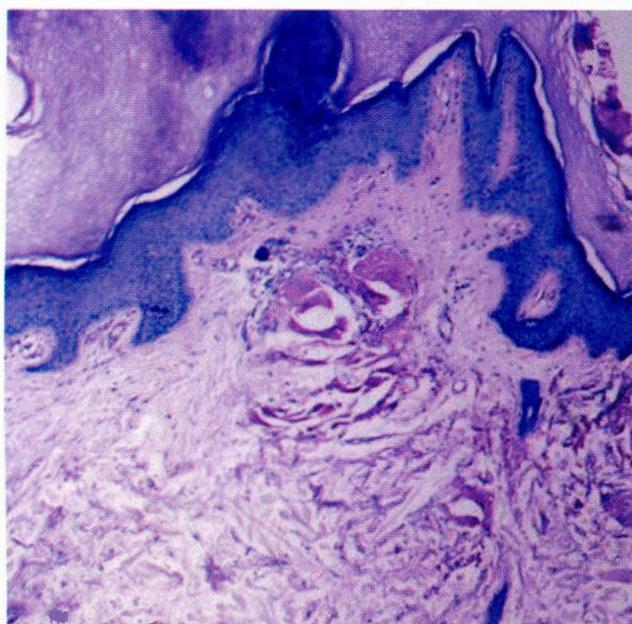


Figura 2: Coloración de ácido periódico de Schiff (PAS) en la que se observan depósitos de material PAS positivo en la dermis papilar (100X).

Con los hallazgos anteriores se hizo el diagnóstico de milio coloide del adulto. Al paciente se le ofrecieron diferentes alternativas de tratamiento, entre ellas, láser, dermabrasión y electrofulguración. Ante la falta de recursos económicos se decidió realizar este último en varias sesiones, con excelentes resultados (Figura 3).

MILIO COLOIDE

El milio coloide es una dermatosis rara, descrita inicialmente por Wagner en 1866.¹ Predomina en el sexo masculino en una proporción de 4:1, al igual que en la raza blanca y en personas con historia de exposición solar crónica.²

Se caracteriza por cambios degenerativos que clínicamente se manifiestan con múltiples pápulas de 1 a 5 mm de diámetro, de aspecto translúcido o de color ámbar en áreas fotoexpuestas como el dorso de los antebrazos, la cara, el cuello y los pabellones auriculares. Las lesiones son asintomáticas y ocasionalmente se asocian con prurito leve.^{2,5} La



Figura 3: Resolución de las lesiones con electrofulguración. distribución es simétrica; sin embargo, se ha descrito el compromiso unilateral, principalmente en conductores, donde la mitad de la cara y el brazo izquierdo son las áreas más expuestas a la luz ultravioleta.⁶

La etiología de la enfermedad es desconocida. Se han postulado varias teorías para explicar su origen, entre las cuales se sugiere que el coloide se deriva de la degeneración del colágeno y de los fibroblastos o de la alteración de proteínas séricas.⁶ Actualmente se cree que el origen es la degeneración de las fibras elásticas, secundaria a la exposición solar crónica. La evidencia que apoya esta teoría proviene de la distribución de las lesiones en los sitios fotoexpuestos y el incremento del número de casos entre individuos de fototipos bajos, expuestos laboralmente a los rayos ultravioleta.^{1,2,7}

Otros factores que pueden contribuir a la aparición de la enfermedad son el trauma, el fenol encontrado en la gasolina y el petróleo por su efecto fotosensibilizante, y el uso crónico de la hidroquinona presente en cremas despigmentantes.²

Hay tres tipos de milio: el milio coloide del adulto, la forma juvenil y la degeneración coloide nodular, siendo la primera la manifestación más frecuente.^{1,3} La variante juvenil es extremadamente rara y se ha asociado con un patrón autosómico dominante.^{1,8} Esta se presenta en la adolescencia luego de quemaduras solares. La degeneración nodular se caracteriza por placas o nódulos de 1 cm a 5 cm de diámetro que se localizan en la cara, aunque puede comprometer cualquier sitio del cuerpo, y cuando se limita al tórax se asocia con mieloma múltiple.³

Milio coloide del adulto

El diagnóstico se establece por clínica y estudio histopatológico, el cual es característico y muestra masas de material eosinófilo amorfo en las dermis superficial y media, separada de la dermis papilar (zona de Grenz), acompañada de cambios elastóticos adyacentes^{1,3,9} (Figura 2).

Entre los diagnósticos diferenciales están: depósitos de amiloide, siringomas, esteatocitoma múltiple, proteinosis lopoídica, sarcoidosis, molusco contagioso, mucinosis papular.

Se han reportado tratamientos como la dermabrasión,⁴ láser,¹ crioterapia, diatermia, curetaje, electrofulguración y

cirugía, siendo la dermabrasión y la electrofulguración los métodos más usados, con resultados cosméticos variables.

En conclusión, se presenta un paciente con milio coloide del adulto, a quien se le realizó tratamiento con electrofulguración, un procedimiento sencillo y económico que puede efectuarse en el consultorio, con anestesia local, y que ofrece excelentes resultados cosméticos (Figura 3).

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Luz Marina Gómez Vargas por la Figura 1.

Bibliografía

1. Muscardin LM, Belloci M, Balus L. Papuloverrucous colloid millium: an occupational variant. *Br J Dermatol* 2000; 143 (4):884.
2. Kirtak N, Serhat H, Inaloz H, Metinkarakak M, Ozgoztasi O. A case of adult colloid millium with chronic sun exposure. *Int J Dermatol* 2002; 41(12): 936.
3. Ammirati C, Giancola J, Hruzo G. Adult-onset facial colloid millium successfully treated with the long-pulsed Er: YAG laser. *Dermatol Surg* 2002; 28 (3):215.
4. Netscher D, Sharma S, Kinner BM, Lyos A, Griego RD. Adult-type colloid millium of the hands and face successfully treated with dermabrasion. *South Med J* 1996; 89(10): 1004-7.
5. Handfield-Jones SE, Atherton DS, Black MM, Hashimoto K, Mckee PH. Juvenil Colloid Millium: clinical, histological and ultrastructural features. *Cutan Pathol* 1992; 19: 434-8.
6. Thai K, Sinclair R. Cryosurgery of benign skin lesions. *Austr J Dermatol* 1999; 40 (4): 175.
7. Lewis A, Elaine H, Long T, Krishnan B, Schulmeier J, Hsu S. Unilateral colloid millium of the arm. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: S5-7.
8. Denguezli M, Ghariani N, Kourdan M, Belajouzac C, Chebil F, Riahi B, Nouira R. Juvenile colloid millium. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129(12): 136-8.
9. Innocenzi D, Barduagni F, Cerio R, Wolter M. UV-induced colloid millium. *Clinic Exp Dermatol* 1993; 18 (4):347-50.

Resúmenes de la literatura

ANGIOEDEMA

Allen P. Kaplan and Malcom W. Greaves.

J Am Acad Dermatol 2005;53:373-88.

Aunque esta entidad fue descrita hace ciento treinta años, su fisiopatología, origen y manejo de los varios tipos de angioedema están pobremente estudiados. Aunque clínicamente similares el angioedema puede estar causado por la degranulación de los mastocitos, por activación de citokinas o mecanismos desconocidos. Los autores hacen un detallado estudio para clasificar, buscar las causas y los diagnósticos diferenciales del angioedema.

EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SARCOMA DE KAPOSÍ CLÁSICO EN EL PERÚ

Salim Mohanna, Juan Carlos Ferrufino, Francisco Bravo y col.

J Am Acad Dermatol 2005;53:435-41

El sarcoma de Kaposi clásico es predominante entre ancianos de etnias judías, italianos y griegos. Los autores buscan la frecuencia de esta patología en el Perú donde se halla relativamente frecuente. Encontraron una incidencia del 2.54% por 10.000 pacientes atendidos en el Instituto de Atención de Neoplasias del Perú durante un período de 48 años. El promedio de edad del diagnóstico fue de 68,5 años. Los miembros inferiores estaban comprometidos en el 85,8% de los casos y tronco en el 8,6% de los pacientes. Los nódulos fueron las lesiones más comunes (85%) y luego se presentaron las placas, las máculas, las pápulas y las úlceras.

DERMATITIS LIQUENOIDE ANULAR DE JÓVENES

Giorgio Annessi et al.

J Am Acad Dermatol 2003;49:1029-36.

Las dermatosis liquenoides comprenden un grupo amplio de enfermedades con características histopatológicas

de alteración vacuolar y necrosis/apoptosis de los queratinocitos de la membrana basal de la epidermis, junto con una banda de infiltrado linfocitario. Los autores han observado y estudiado una serie de 23 pacientes con una edad media de 10 años y un rango de edad entre los 5 y 22 años que presentaban una serie de lesiones maculares en parches eritematosos, y con bordes bien delimitados rojo-violáceos, de localización principalmente en las ingles y flancos. Las lesiones pueden sugerir morfea inflamatoria, placas de micosis fungoides o eritema anular. Sugieren que esta entidad es una enfermedad inflamatoria y le dan el nombre de dermatosis anular liquenoide de los jóvenes.

DEMODICOSIS Y ROSÁCEA: EPIDEMIOLOGÍA Y SIGNIFICADO EN LA PRÁCTICA DERMATOLÓGICA DIARIA

Fabienne Foton et al.

J Am Acad Dermatol 2005;52:74-87.

El *Demodex folliculorum* es un organismo transparente de 0.3 mm de largo que parasita la piel normal, con una prevalencia de 100% y una densidad de 5 D/cm² en el adulto. Ha sido implicado en la patogenia de una serie de enfermedades inflamatorias de la piel cuando penetra la dermis. En un primer estudio realizado por diez dermatólogos encontraron una alta densidad del *Demodex* confirmada por biopsias de piel. Los síntomas más frecuentes fueron la descamación folicular (71%), y las telangiectasias (63%). El promedio de *Demodex* fue alto en pitiriasis folicular (61 D/cm²), y de 36 D/cm² en la rosácea papulopustulosa. Los autores encontraron una alta presencia de los *Demodex* en los pacientes con rosácea papulopustulosa comparándolos con sujetos normales y plantearon como hipótesis de esto la gran vascularización, la falta de aseo en la cara y el estado de inmunidad del paciente.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁTICA

Philip Mease y Bernard S. Goffe.

J Am Acad Dermatol 2005;52:1-19

La artritis psoriática es una enfermedad crónica, heterogénea, cuya patogénesis es desconocida, aunque factores genéticos, medio-ambientales e inmunológicos juegan en ella un papel importante. La artritis psoriática puede presentar un curso clínico agresivo, y diferenciarla de otras causas de artropatías es a veces difícil. El diagnóstico se basa en la historia, el examen físico, la usual ausencia del factor reumatoide y las características radiológicas. Cerca del 40% de los pacientes con artritis psoriática presentan destrucción de sus articulaciones radiológicamente detectable, sin embargo, un diagnóstico temprano y su tratamiento adecuado pueden tener un impacto significativo en el curso de la enfermedad. Este artículo revisa diagnóstico, tratamiento, patogénesis e impacto de la artritis psoriática.

NEVUS MELANOCÍTICOS EN NIÑOS: EL PAPEL DEL FENOTIPO, EXPOSICIÓN SOLAR Y LA FOTOPROTECCIÓN

David C. Whiteman y col.

J Am Acad Dermatol 2005;52:40-47

Los nevos melanocíticos son de gran interés, principalmente por su epidemiología e historia de asociación con melanoma cutáneo, pero también muy poco se conoce acerca de qué factores pueden influir para el desarrollo de nevos durante los primeros años de vida. Los investigadores encontraron que los niños con gran cantidad de nevos eran aquellos que tenían más pecas y piel clara que no bronceaba, así como también aquellos que pasaban mucho más tiempo expuestos al sol en verano e invierno sin la ropa adecuada y sin un buen protector solar. Estas observaciones confirmaron, como en estudios anteriores, que las estrategias de prevención primaria de reducción de la exposición a la luz solar en los primeros años de vida pueden ser efectivas en la reducción de la prevalencia de nevos y del riesgo de desarrollar melanoma.

ALOPECIA FIBROSANTE FRONTAL EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS

Antonella Tosti y col.

J Am Acad Dermatol 2005;52:55-60

Es una forma de alopecia cicatrizal que compromete selectivamente la región fronto-parietal y el área de las cejas de mujeres posmenopáusicas. Los autores reportan 14 pacientes con esta patología, donde se destaca un proceso que destruye el pelo por la presencia de un infiltrado inflamatorio linfocitario localizado alrededor en la parte superior del folículo piloso. Al final, concluyen que esta alopecia fibrosante de mujeres posmenopáusicas puede corresponder a un cuadro de liquen plano pilar con cierta selectividad por zonas andrógeno-dependientes.

PRURITO NEUROPÁTICO ESCROTAL

Prurito anal es un síntoma de radiculopatía lumbosacra.

Arnon D. Cohen y col.

J Am Acad Dermatol 2005; 52:61-66

El prurito anogenital es definido como un picor localizado en el ano, la región perianal y la piel genital. Se puede considerar como un síntoma subyacente a una gran variedad de enfermedades de la piel y las mucosas o la consecuencia de una patología anorrectal. Cuando no se le encuentra causa, es considerado como idiopático. Los autores estudian 20 pacientes con prurito anogenital, de los cuales 18 eran hombres con una edad promedio de 52,7 años. En 16 pacientes (80%) las radiografías y estudios electromiográficos demostraron cambios degenerativos en la columna baja. Quince pacientes fueron tratados con inyecciones paravertebrales (acetónido de triancinolona con xilocaína), con una significativa disminución de su patología.

ÚLCERAS DE DECÚBITO. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Cerril Bansal y col.

Int J of Dermatol 2005,44,805-810

Las úlceras de decúbito es una patología de salud pública mundial que afecta a miles de personas con un costo

de billones de dólares por año. Las úlceras se presentan por la sumatoria de factores externos (presión, fricción, rasgaduras de piel o sus combinaciones) y factores internos como fiebre, anemia, malnutrición y disfunción endotelial. Su aparición a veces puede presentarse por aspectos tan mínimos como el no cambio de posición en dos horas, pero en ocasiones, el paciente puede permanecer en una cirugía prolongada o en cama por mucho tiempo y ellas no aparecen. Los autores hacen una descripción de la fisiopatología, morfología, tratamiento y complicaciones de esta patología.

TRANSMISIÓN POTENCIAL DE LOS PIOJOS HUMANOS

Miwa Takano-Lee y col.

Int J of Dermatol 2005; 44:811-816

Los piojos afectan de 6 a 12 millones de personas en los Estados Unidos cada año y muchos de estos casos son en las escuelas. Los mecanismos principales de contagio son el contacto directo huésped a huésped o por objetos inanimados conocidos como fomites. Los autores concluyen que: 1. Los parásitos adultos son los más móviles y ellos son los encargados de iniciar una nueva infestación. 2. Aunque el contacto cabeza con cabeza es la principal ruta de contagio, los fomites también pueden ser una ruta importante de infestación que necesita ser evaluada mucho mejor. 3. El tipo de sangre no parece ser una causa que determine mayor preferencia para el parásito.

VEINTE AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICO-TERAPÉUTICA EN PÉNFIGO. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 54 CASOS.

Vikram K. Majan, MD. Nand L.Sharma,MD. Armes C. Sharma,MD.

Los autores hacen un estudio retrospectivo de 54 pacientes diagnosticados de pénfigo durante un período de

12 años. Se encontró que 53.7% fueron mujeres y 46,3%, hombres. Del total, el 12.9% eran menores de 18 años. Pénfigo vulgar se diagnosticó en el 81.48% de casos y compromiso de mucosa en un 63.3%. La gravedad de la mucosa no fue proporcional al compromiso de la piel. Enfermedades asociadas: Artritis reumatoidea seropositiva, hipertensión, diabetes mellitus e hipertiroidismo en un caso. La dexametasona junto con la ciclofosfamida en pulso fueron administradas en el 75% de los casos, mientras que aquellos que presentaban una enfermedad menos grave fueron tratados con otros regímenes. El azathioprine 50 mg/día no fue tan efectivo como la ciclofosfamida 50 mg/día. La terapia de dexametasona con ciclofosfamida en pulso presentó una ventaja significativa sobre las otras alternativas terapéuticas.

INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS IATROGÉNICO ASOCIADO CON ACUPUNTURA: CLÍNICA Y TRATAMIENTO

Hwa Jung Ryu y col.

Int J of Dermatol 2005; 44:846-850

Las micobacterias han sido conocidas como causantes de procesos infecciosos localizados en la piel de pacientes inmunocompetentes como resultado de cirugías, inyecciones o heridas penetrantes de piel. Se hace una descripción de 40 pacientes que presentaron infección por *mycobacterias abscessus* con diferente morfología (pápulas, nódulos, úlceras, erosiones y cicatrices) y diversa localización, pero todas ellas causadas después de la aplicación de acupuntura en un centro coreano de esta terapia. Los autores recomiendan tres meses de tratamiento con claritromicina 250 mg dos veces al día por 90 días, más un antibiótico específico seleccionado de acuerdo con un test de sensibilidad para cada caso.

Guillermo González Rodríguez, MD - Dermatólogo
Universidad del Valle - Universidad Libre, Cali

Formato de respuestas

Formato de respuestas

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica.

Artículo de educación médica continuada.

Dermatosis ocupacionales

Número 4 Volumen 13, diciembre de 2005.

1.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>
2.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>
3.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>
4.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>
5.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>
6.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>
7.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>
8.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>
9.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>
10.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>	e.	<input type="checkbox"/>

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Ciudad:

E-mail:

**Envíe sus respuestas al Consejo de Promoción y Mejoramiento
de la Calidad de la Dermatología a la sede de la Asociación,
Calle 134 No. 13-83 Oficina 601, Bogotá.**

