

## Minicasos

# Milium Coloide

**María Soledad Aluma Tenorio**  
**Lina María Arango Alvarez**  
**Guillermo Jiménez Calfat**  
**Rodrigo Restrepo Molina**  
**Paula Alexandra Mejía Zapata**

### RESUMEN

**S**e presentan dos casos de milio coloide; enfermedad poco frecuente, caracterizada por pápulas y placas amarillo translúcidas. Aunque la etiología es incierta, la luz solar parece ser importante para la aparición de las lesiones.

Se hace una revisión de la clínica del milio coloide, patología, diagnóstico y terapéutica actual.

**Palabras clave:** milium coloide, pseudoelastosis, amiloidosis.

### HISTORIA CLÍNICA

El primer caso se trata de un hombre de 59 años de edad, quien presenta lesiones asintomáticas en miembros superiores de 15 años de evolución. Al examen físico se observan pápulas pequeñas, firmes, color ámbar, localizadas en dorso de antebrazos y manos, con crecimiento lento y progresivo (Figura 1). Se le realizó biopsia al paciente y el estudio histopatológico reportó milio coloide (Figura 2).

El segundo caso se trata de un paciente de sexo masculino, de 54 años de edad, quien desde hace 5 años presenta lesiones pápulo-vesiculares en áreas fotoexpuestas, asintomáticas, cuyo estudio histopatológico informó depósitos globulares de material eosinófilo en dermis papilar, compatible con el diagnóstico de milium coloide.

### DISCUSIÓN

Sinonimia: pseudomilium coloide, degeneración coloide de la piel, elastosis coloidiana conglomerata.



**Figura 1.** Pápulas normocrómicas de 1 a 3 mm agrupadas, en dorso de manos.

El milium coloide es una patología poco frecuente, caracterizada por pápulas firmes, pseudovesículas o placas semitranslúcidas de color amarillo-parduzco o ámbar, con cambios degenerativos, localizadas principalmente en áreas fotoexpuestas.

**María Soledad Aluma Tenorio**, Médica Interna Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

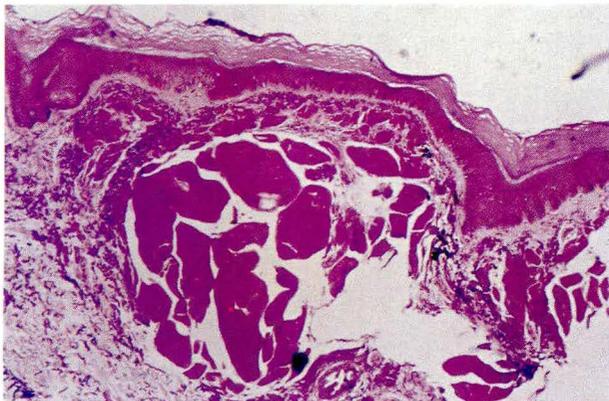
**Lina María Arango Álvarez**, RIII Dermatología Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

**Guillermo Jiménez Calfat**, Dermatólogo, Instructor asistente, Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín.

**Rodrigo Restrepo Molina**, Patólogo, Instructor asociado, Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín.

**Paula Alexandra Mejía Zapata**, Dermatóloga, Instructora asistente, Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín.

Correspondencia: Lina María Arango Álvarez, carrera 75-83, apartamento 201, teléfono: 4223321 Medellín, Colombia.



**Figura 2. Masas homogéneas de coloide, localizadas en dermis papilar.**

Desde que Wagner describió la patología en 1966, se han publicado aproximadamente 100 casos en la literatura mundial<sup>1,2</sup>, sin embargo, no se conocen datos de prevalencia. Predomina en la raza blanca y es frecuente en ambos sexos; puede presentarse en la infancia, pero es principalmente una patología de personas ancianas y con historia de exposición crónica al sol.

La etiología de la enfermedad es desconocida y varias teorías han sido postuladas para explicar el origen del milium coloide del adulto, algunas de las hipótesis sugieren que el coloide se deriva de la degeneración del colágeno<sup>1</sup> o de la alteración de proteínas séricas.<sup>1</sup> En 1972 y en 1975 Hashimoto dedujo, por medio de estudios ultraestructurales, que el coloide de estas lesiones era producto de una escleroproteína derivada de la degeneración actínica de los fibroblastos. Posteriormente, Kobayashi y Hashimoto<sup>1</sup> y Hashimoto y Black<sup>1</sup> reportaron que el coloide se originaba de la degeneración de fibras elásticas. Otra de las hipótesis más aceptadas describe a la luz solar como un agente directo en este proceso degenerativo<sup>3,4</sup>; 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 piel blanca, que laboran expuestos a los rayos ultravioleta.

Igualmente, se han documentado factores que pueden contribuir a la aparición de la enfermedad como el trauma, el fenol encontrado en la gasolina y que por su efecto fotodinámico ha sido asociado con pacientes provenientes de refineras; también por el uso crónico de la hidroquinona presente en cremas despigmentantes.<sup>2,3</sup>

Hay 3 tipos de milium coloide: el milium coloide del adulto, el milium coloide juvenil y la degeneración coloide nodular, siendo la primera la manifestación más frecuente.

Los informes de milium coloide juvenil mencionan la presencia de queratinocitos degenerados y de anticuerpos policlonales antiqueratina.<sup>1-5</sup> Además, en aproximadamente la mitad de los casos se ha documentado una historia familiar positiva.<sup>4</sup> La posibilidad de heredar el trastorno de forma autosómica recesiva también ha sido postulada, al igual que una susceptibilidad inherente a la luz ultravioleta.<sup>2-5</sup>

En la degeneración coloide nodular, la exposición al sol no parece influir en su etiología; prueba de esto son las lesiones que ocasionalmente están confinadas a la región torácica.<sup>4</sup>

## CLÍNICA

Clínicamente, el milium coloide se caracteriza por múltiples pápulas dérmicas pequeñas, suaves y firmes, de 1-5 mm de diámetro, café-parduzcas y algunas veces translúcidas, que suelen alcanzar su máximo desarrollo en los 3 primeros años de la enfermedad, para permanecer posteriormente sin cambios; con el trauma o la excisión quirúrgica puede obtenerse de ellas un material gelatinoso claro, generalmente son asintomáticas, pero pueden volverse pruriginosas. La alteración estética que refiere el paciente es muy significativa.

Con mínimos traumas, las pápulas pueden acompañarse de lesiones purpúricas; esto posiblemente se explique por la infiltración del material coloide a los vasos de la dermis, lo cual disminuye su elasticidad, volviéndolos más frágiles.<sup>1</sup>

La distribución de las lesiones varía ligeramente de acuerdo con la edad de aparición. En los niños y jóvenes, el sitio principal de localización es la cara, especialmente alrededor de los ojos, pómulos, puente nasal y en las orejas; en adultos y ancianos, el compromiso de las zonas fotoexpuestas se hace mucho más marcado, comprometiendo, además de cara y cuello, el dorso de las manos y espalda.

A diferencia de las anteriores, la degeneración coloide nodular usualmente cursa con un nódulo grande y único de aproximadamente 1-5 cm de diámetro, localizado usualmente en la cara, o con múltiples nódulos en rostro, mentón o el cráneo; en esta presentación pueden observarse también lesiones tipo placas.

## Milium Coloide

Generalmente la distribución de las lesiones es simétrica; sin embargo, se ha descrito el compromiso unilateral, principalmente en conductores de vehículos, donde la mitad de la cara y el brazo son las áreas del cuerpo más expuestas al sol.<sup>1</sup>

El milium coloide se ha mencionado como una enfermedad que se limita a la piel; no obstante, hay quienes consideran que el proceso patológico puede afectar diferentes sitios como las mucosas gingivales, y asociarse con otras condiciones como la conjuntivitis lígnea, principalmente en la forma juvenil.<sup>5</sup>

### HISTOPATOLOGÍA

Los hallazgos histológicos difieren en los tres tipos de milium coloide, puesto que el coloide en la forma juvenil proviene de la dermis, mientras que en las otras formas es de origen epidérmico.<sup>4</sup>

En el milium coloide juvenil depósitos de coloide fisurado ocupan la dermis papilar, la capa epidérmica está aplanada, y en ella pueden encontrarse cuerpos coloides inmaduros (de Civatte). Ultraestructuralmente, el coloide es encontrado dentro de los queratinocitos basales, sobre una membrana celular intacta.

En el milium coloide del adulto se observan masas homogéneas de coloide localizadas en la dermis papilar. Una zona delgada de tejido conectivo con fibras elásticas separa a la epidermis de la dermis. También se encuentran cambios de elastosis solar en la base de los depósitos globulares.

En la degeneración coloide nodular la epidermis está aplanada. Sin embargo, los 3/4 superiores de la dermis están ocupados por un material rosado homogéneo, que en algunos casos puede observarse distribuido en todo su espesor, la unidad pilosebácea está preservada; pueden hallarse capilares dérmicos dilatados.

En la patogénesis de la enfermedad se ha estudiado la similitud del coloide con el amiloide, no sólo desde el punto de vista histológico sino también inmunohistoquímico.<sup>2-4</sup>

La histoquímica muestra que el coloide al igual que el amiloide es PAS positivo y diastasa resistente. Sin embargo, el coloide es negativo para rojo congo, rojo pagoda, cristal violeta, tioflavina T y tricrómico. Con la tinción de Verhoeff pueden observarse acúmulos de

material elástico que rodean los depósitos de coloide, y con la coloración de Van Gieson el coloide tiñe de amarillo.

Las muestras de milium, a diferencia de las de amiloide, no se tiñen para inmunoglobulinas ni complemento.

La microscopía electrónica puede ser necesaria para hacer el diagnóstico definitivo entre el coloide y el amiloide.<sup>1-4</sup> En la forma juvenil forman paquetes de filamentos de 8-10 nm de grosor, distribuidos en forma ondulante. En la variante del adulto y en la degeneración nodular los depósitos globulares están formados por una sustancia gránulofibrilar amorfa, en cuyo interior se encuentran filamentos irregulares de 2 nm y 4 nm, respectivamente.

### DIAGNÓSTICO

Para hacer el diagnóstico de milium coloide se requieren los hallazgos clínicos y la biopsia. Además, la microscopía electrónica será en algunas situaciones el único método que permita diferenciar entre coloide y amiloide.

En el diagnóstico diferencial se deben excluir patologías como la forma cutánea nodular localizada de la amiloidosis, el tricopitelioma, la esclerosis tuberosa, la sarcoidosis, la hiperplasia sebácea, la hialinosis cutis y el hidroadenoma papilífero benigno.<sup>2-3</sup>

### TRATAMIENTO

En el tratamiento actual no se cuentan con opciones para lograr resultados completamente satisfactorios; se ha utilizado la dermabrasión, la crioterapia, la diatermia, el curetaje, la electrofulguración y la cirugía para eliminar las lesiones.

### SUMMARY

Two cases of colloid milium are described. An unusual disease, characterized by the development of yellowish, translucent papules or plaques; although the etiology is uncertain, sunlight appears to play an important role provoking the lesions.

A review of the clinical presentation, pathology, diagnosis and current therapy for colloid milium is presented.

**Key words:** colloid milium, pseudoelastosis, amyloidosis.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Lewis AT, Le EH, Quan LT. Unilateral colloid milium of the arm. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:123-125.
2. Cooper S. Colloid Milium. *J Dermatol* 2001; 2:425.
3. Burton JL. Disorders in Connective Tissue. *Textbook of Dermatology*. Oxford 1994; 789-794.
4. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky et al. *Lever's Histopathology of the Skin*, Lippincott-Raven, 1997; 373-376.
5. Chowdhury MMU, Blackford S, William S. Juvenile colloid milium associated with ligneous conjunctivitis: report of a case and review of the literature. *Clin Exp Dermatol* 2000; 25:138-140.