

6. Peyrí J, Moreno A, Marcoval J. Necrobiosis lipoidica. *Semin Cutan Med Surg.* 2007;26:87-9.
7. Rapini RP. *Practical Dermatopathology.* Philadelphia: Elsevier; 2005.
8. Radakovic S, Weber M, Tanew A. Dramatic response of chronic ulcerating necrobiosis lipoidica to ultraviolet A1 phototherapy. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2010;26:327-9.
9. Kosaka S, Kawana S. Case of necrobiosis lipoidica diabetiformis successfully treated by photodynamic therapy. *J Dermatol.* 2012;39:497-9.
10. Patsatsi A, Kyriakou A, Sotiriadis D. Necrobiosis lipoidica: early diagnosis and treatment with tacrolimus. *Case Rep Dermatol.* 2011;3:89-93.

G. Pitarch^{a,*} y F. Giner^b

^a *Servicio de Dermatología, Hospital General de Castellón, Castellón, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General de Castellón, Castellón, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerardpitarch@hotmail.com (G. Pitarch).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.04.022>

Quistes miliares múltiples agrupados

Milia en Plaque

Sr. Director:

Los quistes miliares múltiples agrupados o milia en placa (MEP), como se denominan habitualmente en la literatura, constituyen una entidad dermatológica infrecuente de etiopatogenia desconocida, caracterizada clínicamente por la agrupación de múltiples quistes miliares en una determinada localización.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 53 años de edad, brasileña, que reside desde hace 8 años en España, sin antecedentes personales de interés y sin tratamiento habitual, que acudió a consulta por presentar desde hace un mes y medio múltiples lesiones en ambos lóbulos auriculares, con prurito discreto. No refería antecedentes previos de traumatismos, quemaduras, dermoabrasión ni aplicación de cosméticos o medicamentos tópicos donde asentaban las lesiones.

A la exploración se observaban en el hélix y en el lóbulo auricular derecho múltiples lesiones blanco-amarillentas, de 0,1-0,2 cm de diámetro, agrupadas, de superficie lisa y de aspecto quístico, sobre una base ligeramente eritematosa (fig. 1). En el lóbulo auricular izquierdo se apreciaban lesiones de similares características, pero en menor número.

Se realizó una biopsia de las lesiones del lóbulo auricular derecho en la que se observaban múltiples quistes pilares infundibulares, con respuesta inflamatoria perifolicular granulomatosa tipo cuerpo extraño. Los quistes están tapizados por un epitelio escamoso con capa granular y queratina laminar ligeramente basófila (fig. 2).

Con estos hallazgos clínicos y patológicos establecimos el diagnóstico de quistes miliares múltiples agrupados.

Se realizó tratamiento con 4 sesiones de terapia fotodinámica (TFD) con crema de aminolevulinato de metilo clorhidrato separadas entre sí 15 días, con disminución notable del número de quistes, manteniéndose la respuesta a los 5 meses (fig. 3).

Los quistes miliares son pequeños quistes epidermoides localizados en la dermis superficial, cuyo aspecto clínico es el de lesiones redondas, blanquecinas o amarillentas de superficie lisa. Se clasifican en primarios si surgen de forma espontánea y son de etiología desconocida, y en secundarios si aparecen de forma reactiva por traumatismos repetidos, quemaduras, radioterapia, corticoesteroides tópicos

o 5-fluorouracilo tópico, ciclosporina oral u otro tipo de agresiones¹.

Los quistes miliares múltiples agrupados fueron descritos por primera vez por Blazer y Bouquet en 1903². Constituyen una entidad infrecuente de quistes miliares primarios. La etiopatogenia es desconocida, aunque se han descrito casos asociados a pseudoxantoma elástico y a lupus eritematoso discoide^{3,4}. Esta entidad es más frecuente en adultos de edad media, con cierto predominio en el sexo femenino⁵.



Figura 1 Múltiples lesiones quísticas agrupadas en el hélix y en el lóbulo auricular derecho.

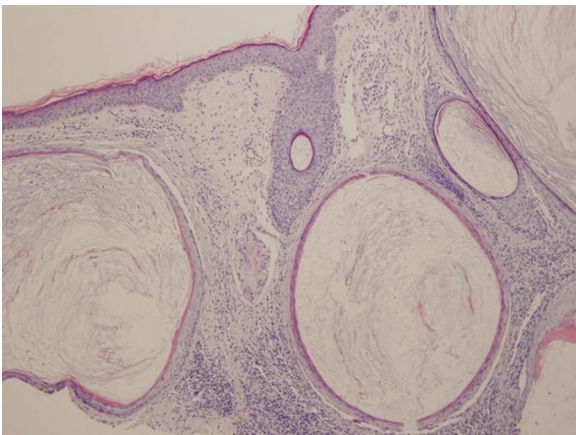


Figura 2 Quistes pilares infundibulares, con respuesta inflamatoria perifolicular granulomatosa tipo cuerpo extraño (hematoxilina-eosina x 10).



Figura 3 Disminución notable del número de quistes postratamiento con TFD.

Se caracterizan clínicamente por la agrupación de múltiples quistes miliares asintomáticos en el seno de una placa en una determinada localización. La localización más común es la región retroauricular, uni o bilateral, y con menos frecuencia se han descrito casos en los lóbulos auriculares, la región preauricular de forma bilateral, los párpados, la zona paranasal, la región supraclavicular, la región submandibular bilateral, el dorso de las manos y las piernas⁶.

Desde el punto de vista histológico esta entidad se caracteriza por la presencia en la dermis de numerosas cavidades quísticas de pequeño tamaño rellenas de láminas de queratina y revestidas por una pared constituida por 2 o 3 capas de células epiteliales. Se suele apreciar un leve o moderado infiltrado inflamatorio dérmico de predominio linfocitario y disposición no liquenoide.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con: quistes miliares secundarios, liquen plano túmido folicular, nevus comedonianos, tricoadenoma, elastosis nodular de Favre-Racouchot, mucinosis folicular, micosis fungoide tricotropa y esteatocistoma múltiple.

El tratamiento no está claramente definido, se han utilizado: electrodesecación, dermoabrasión, crioterapia, escisión quirúrgica de las lesiones, etretinato, láser de CO₂, retinoides tópicos, minociclina y doxiciclina orales y TFD^{1,7-10}. Stefanidou et al. utilizaron la TFD por primera vez para esta patología con una respuesta parcial tras 3 sesiones de tratamiento aplicadas a intervalos de una semana, manteniéndose dicha respuesta al año de seguimiento¹. La TFD es una técnica basada en la fotooxidación de materiales biológicos inducida por un fotosensibilizante (ácido 5-aminolevulínico o 5-metilo aminolevulinato tópico), el cual se localiza selectivamente en determinadas células o tejidos tumorales, de forma que al ser iluminadas con una luz de adecuada longitud y en dosis suficiente, dichas células resultan destruidas. Es una terapia efectiva en el tratamiento de queratosis actínicas, carcinomas basocelulares y enfermedad de Bowen.

Presentamos un nuevo caso de esta entidad infrecuente, con localización en ambos lóbulos y pabellones auriculares, en la que se realizó TFD con disminución notable del número de quistes, siendo este el segundo caso publicado en la literatura con dicho tratamiento.

Bibliografía

1. Stefanidou MP, Panayotides JG, Tosca AD. Milia en plaque: a case report and review of the literature. *Dermatol Surg.* 2002;28:291-5.
2. Balzer F, Bouquet C. Millium confluent retro-auriculaire bilatéral. *Bull Soc Franc Derm Syph.* 1903;14:661-4.
3. Cho SH, Cho BK, Kim CW. Milia en plaque associated with pseudoxanthoma elasticum. *J Cutan Pathol.* 1997;24:61-3.
4. Kouba DJ, Owens NM, Mimouni D, Klein W, Nousari CH. Milia en plaque: a novel manifestation of chronic cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol.* 2003;149:424-6.
5. Berk DR, Bayliss SJ. Milia: a review and classification. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:1050-63.
6. Pereiro-Feirós Jr M, Sanchez-Aguilar D, Gómez-Vázquez M, Pestoni-Porvén C, Toribio-Pérez J. Quistes miliares en placa extrafacial. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:564-6.
7. Lee DW, Choi BK. Milia en plaque. *J Am Acad Dermatol.* 1994;31:107.
8. Van Lyden-van Nes AM, der Kinderen DJ. Milia en plaque successfully treated by dermabrasion. *Dermatol Surg.* 2005;31:1359-62.
9. Noto G, Dawber R. Milia en plaque: treatment with open spray cryosurgery. *Acta Derm Venerol.* 2001;81:370-1.
10. Ishiura N, Komine M, Kadono T, Kikuchi K, Tamaki K. A case of milia en plaque successfully treated with oral etretinate. *Br J Dermatol.* 2007;157:1287-9.

R. Muñoz-Martínez*, A. Santamarina-Albertos,
C. Sanz-Muñoz y A. Miranda-Romero

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de
Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rocio2m@hotmail.com
(R. Muñoz-Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.07.013>

Tratamiento eficiente de 5 casos de verrugas plantares recalcitrantes con imiquimod 5%

Five Cases of Recalcitrant Plantar Warts Successfully Treated with Imiquimod 5% Cream

Sr. Director:

Las verrugas plantares son infecciones víricas producidas por el virus del papiloma humano (VPH) tipos 1, 2, 4, o 57¹⁻³. Su tratamiento puede resultar difícil cuando existe callo asociado en las localizaciones sometidas a presión, o cuando son múltiples y forman mosaicos de verrugas. Los tratamientos convencionales, a menudo son destructivos, causan dolor y no son efectivos en el 100% de los casos. En esta localización se recomiendan terapias que no produzcan cicatrices, que pueden ser dolorosas durante años.

Imiquimod crema al 5% está aprobado para el tratamiento de verrugas genitales, pero también se ha utilizado con éxito en verrugas víricas de diferente localización^{1,3,4}, y hay evidencia científica de su eficacia y seguridad en la erradicación de verrugas plantares recalcitrantes, sin efectos adversos locales^{1-3,5-7}.

En la **tabla 1** se presentan las características clínicas de 5 pacientes con verrugas plantares dolorosas, que dificultaban la deambulación. Estas verrugas, que en 4 casos habían sido resistentes a otros tratamientos, respondieron excelentemente al utilizar crema de imiquimod al 5% (**figs. 1 y 2**). Imiquimod se aplicó en todos los casos durante la noche, sin oclusión, 3 veces por semana, hasta la desaparición de las lesiones. Los días que no se administró imiquimod, se aplicó vaselina con ácido salicílico al 17%. La hiperqueratosis asociada a las verrugas localizadas en zonas de presión se eliminó mecánicamente con bisturí al menos cada 2 semanas (casos 2 y 3).

Imiquimod (1-[2metilpropil]-1 H-imidazol [4,5c]quinolina-4amina) es un modulador de la respuesta inmunitaria, con actividad antivírica y antitumoral mediada por la inducción de citocinas Th-1^{8,9}. Aunque no se conoce el mecanismo de acción exacto, se cree que la activación del sistema inmune es responsable de la erradicación del virus y la curación de las verrugas. Este mecanismo de acción representa una gran ventaja en el tratamiento de las verrugas víricas plantares, comparado con los métodos tradicionales más destructivos¹⁰. En estas áreas de piel más queratinizada se recomienda la asociación con procedimientos que eliminen la capa córnea para facilitar la absorción del producto, como la vaselina salicílica, la

Tabla 1 Datos clínicos de los 5 pacientes

Datos clínicos	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Edad (años)	48	25	39	25	17
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino
Tiempo de evolución	2 años	2-3 años	18 meses	2 meses	5 meses
Localización	Talón derecho	Planta pie izquierdo	Planta pie derecho	4 dedo pie izquierdo	Tercio anterior planta derecha
Síntomas	Dolor	Dolor	Dolor	Dolor	Dolor
Tipo clínico	Mosaico	Callo	Callo	Fisura	Mosaico
Tratamientos previos no efectivos	Crioterapia Queratolíticos Infiltraciones	Crioterapia Queratolíticos	Crioterapia Queratolíticos	Sin tratamiento	Crioterapia
Tratamiento propuesto	Imiquimod 5% VAS-17%	Curetaje Imiquimod 5% VAS-17%	Curetaje Imiquimod 5% VAS-17%	Imiquimod 5% VAS-17%	Imiquimod 5% VAS-17%
Curación (semanas)	4	6	8	4	4
Efectos adversos	No	No	No	No	No
Recidivas 6 meses seguimiento	No	No	No	No	No

VAS-17: vaselina salicílica al 17%.