



Figura 1. Múltiples verrugas sobre tatuaje, alguna ya filiforme.



Figura 2. Verrugas previas a la realización del tatuaje, situadas en su proximidad.

Presentamos el caso de un varón de 22 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Consulta por la aparición paulatina en los últimos 3 meses de cientos de pápulas entre 1 y 2 mm de diámetro, de bordes netos, localizadas en el antebrazo derecho y limitadas exclusivamente al área de un tatuaje realizado 4 años antes (fig. 1). En la proximidad se apreciaban 2 lesiones hiperqueratósicas filiformes, de aproximadamente 0,5 cm de diámetro (fig. 2), sugestivas de verrugas y que el paciente ya había apreciado 2 años antes de realizarse el tatuaje. No refería ningún traumatismo en la zona.

Los exámenes de laboratorio, que incluían el VIH y los virus de la hepatitis B y C, resultaron normales o negativos. El estudio histopatológico mostró la presencia de acantosis, una leve hiperqueratosis y una mínima papilomatosis de la epidermis, con depósitos de material amorfo del tatuaje en la dermis.

Con los datos clínicos e histopatológicos se estableció el diagnóstico de «verrugas en tatuaje». Se comentó con el paciente las distintas opciones terapéuticas, pero ante la probable alteración de su tatuaje no aceptó ninguna de ellas.

Hay varios casos descritos de verrugas sobre tatuaje; en todos ellos transcurren varios años hasta la aparición de las verrugas³⁻⁶. Los autores consideran que la buena delimitación de las lesiones al área tatuada implica

que la inoculación del virus se produce durante la realización del tatuaje, en posible relación con una verruga previa que el paciente presentara en el área tatuada o en la saliva del artífice, en la tinta o el instrumental utilizado^{3,4}. En nuestro caso la proximidad de 2 verrugas previas aumenta la sospecha de la presencia de alguna otra en el área decorada y su diseminación traumática.

El diagnóstico diferencial, dado el largo tiempo de latencia, debería establecerse con las queratosis seborreicas eruptivas de tipo acantoma inflamatorio⁸. La cercanía de 2 verrugas y la aparición en las últimas semanas de lesiones filiformes apoyan el diagnóstico de verruga sobre tatuaje.

Benigno Monteagudo Sánchez^a,
Elvira León Muñíos^b, Ignacio Suárez
Conde^a y Iosu Antón-Badiola^c

^aServicio de Dermatología. Centro Médico
POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

^bServicio de Microbiología. Complejo
Hospitalario Universitario. Santiago de
Compostela. La Coruña. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Centro Médico
POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mangas de Arriba C, Carrascosa JM, Ribera M. Efectos secundarios de los *pierings* y los tatuajes. *Piel* 2004;19:200-5.
2. Stinco G, De Francesco V, Frattasio A, Quinkenstein E, Patrone P. Malignant melanoma in a tattoo. *Dermatology* 2003;206:345-6.
3. Trefzer U, Schmollack KP, Stockfleth E, Sterry W, Kolde G. Verrucae in a multicolored decorative tattoo. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:478-9.
4. Ragland HP, Hubbell C, Stewart KR, Nesbitt LT Jr. Verrucae vulgaris inoculated during tattoo placement. *Int J Dermatol* 1994;33:796-7.
5. Miller DM, Brodell RT. Verrucae restricted to the areas of black dye within a tattoo. *Arch Dermatol* 1994;130:1453-4.
6. Baxter SY, Deck DH. Tattoo-acquired verrucae plana. *Am Fam Phys* 1993;47:732.
7. Salmasso F, Gnecci L, Gianotti R, Veraldi S. *Molluscum contagiosum* on a tattoo. *Acta Derm Venereol* 2001;81:146-7.
8. Nicolle E, Bessis D, Guilhaud JJ. Kératoses séborrhéiques éruptives sur tatouage. *Ann Dermatol Vénereol* 1998;125:261-3.



Milio en placa

Sr. Director:

El milio en placa es una entidad rara descrita por primera vez por Balzer y Fouquet en 1903¹, caracterizada por la presencia de múltiples quistes miliares agrupados en el seno de una placa de tamaño variable, con frecuencia eritematosa y en ocasiones ligeramente edematosa o infiltrada². En algunos casos pueden coexistir comedones abiertos³ o pústulas⁴.

Nosotros hemos podido observar un caso en una mujer de 50 años de edad, sin ante-

cedentes personales de interés, que consultó por presentar desde hacía 3 años múltiples lesiones cutáneas asintomáticas de pequeño tamaño, localizadas de forma bilateral en la concha y el área preauricular. La paciente no recordaba antecedentes de traumatismos, agresión química ni aplicación de medicamentos tópicos en la región afectada.

A la exploración dermatológica se observan en la concha y la región preauricular, de forma bilateral, múltiples microquistes blancoamarillentos agrupados sobre una base ligeramente eritematosa (fig. 1). No se evidenciaron pústulas ni comedones en ninguna de las placas.

En el estudio histopatológico se aprecia la presencia de varios quistes de pequeño tamaño, revestidos por varias capas de un epitelio estratificado y sus luces ocupadas por queratina ortoqueratósica, situados en la dermis reticular (fig. 2). Algunos de los quistes estaban rodeados por un discreto infiltrado linfocitario.

Con estos datos se estableció el diagnóstico de milio en placa en la concha y la región preauricular de forma bilateral.

Esta entidad es más frecuente entre la cuarta y la sexta décadas de la vida, con cierto predominio en el sexo femenino².

La localización más común es la región retroauricular, donde las lesiones pueden asentar con carácter unilateral⁴ o bilateral^{2,5}. Con menos frecuencia se han descrito casos en los lóbulos auriculares, la región preauricular de forma bilateral³, los párpados⁶, el canto interno, la zona paranasal⁷, la región supraclavicular, la región submandibular bilateral, el dorso de las manos⁸ y las piernas⁹.



Figura 1. Pequeños quistes blancoamarillentos en la concha y el área preauricular.



Figura 2. Quistes epidérmicos en la dermis reticular.

Desde el punto de vista histopatológico, 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, asimismo, un leve o moderado infiltrado inflamatorio dérmico de predominio linfocitario y disposición no liquenoide^{2,3}.

La etiología de los milios en placa permanece desconocida. Se considera que la mayoría son formas primarias, ya que no se objetivan en ellos probables desencadenantes⁷. Hay un caso descrito en un paciente con pseudoxantoma elástico, donde se consideró un probable origen secundario por la degeneración de las fibras elásticas dérmicas⁴. Existe otro caso en un paciente con lupus eritematoso discoide, donde podría tener un papel inductor la alteración de las estructuras anexiales¹⁰. Finalmente, se observó esta entidad en la pierna de un paciente trasplantado renal en tratamiento con ciclosporina, azatioprina y prednisolona. En este caso los autores consideran la inmunosupresión como origen de los quistes miliares⁹.

El tratamiento no está claramente definido: puede realizarse electrodesecación, criocirugía⁵, escisión quirúrgica de las lesiones², láser, aplicación de retinoides tópicos³, minociclina⁷ y doxiciclina orales⁶.

El diagnóstico diferencial se plantea con las siguientes entidades: elastosis nodular o síndrome de Favre-Racouchot, mucinosis folicular, nevo comedónico, esteatocistoma múltiple, liquen plano folicular túmido y quistes miliares secundarios.

Benigno Monteagudo Sánchez^a, Carlos Álvarez Álvarez^b, Elvira León Muñíos^c y Luis Rodríguez González^a

^aServicio de Dermatología. Centro Médico POVISA. Vigo. Pontevedra. ^bServicio de Anatomía Patológica. Centro Médico POVISA. Vigo. Pontevedra. España. ^cServicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balzer F, Fouquet C. Miliun confluent rétroauriculaire bilatéral. Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr 1903;14:361-2.
2. González-López MA, Fernández-Llaca JH, Arce FP, Yáñez S, Armesto S, Navarro O, et al. Milia en placa retroauricular: presentación de un nuevo caso. Med Cutan Iber Lat Am 2002;30:186-9.
3. Losada-Campa A, De la Torre-Fraga C, Cruces-Prado M. Milia en plaque. Br J Dermatol 1996;134:970-2.
4. Cho SH, Cho BK, Kim CW. Milia en plaque associated with pseudoxanthoma elasticum. J Cutan Pathol 1997;24:61-3.
5. Noto G, Dawber R. Milia en plaque: treatment with Open Spray Cryosurgery. Acta Derm Venerol 2001;81:370-1.
6. Wong SS, Goh CL. Milia en plaque. Exp Dermatol 1999;24:183-5.
7. Alsaleh QA, Nanda A, Sharaf A, Al-Sabah H. Milia en plaque: a new site. Int J Dermatol 2000;39:614-5.
8. Pereiro Ferreirós M Jr, Sánchez-Aguilar D, Gómez M, Pestoni C, Toribio J. Quistes miliares en placa extrafacial. Actas Dermosifiliogr 2002;93:564-6.
9. Dogra S, Kaur I, Handa S. Milia en plaque in a renal transplant patient: a rare presentation. Int J Dermatol 2002;41:897-8.
10. Boehm I, Schupp G, Bauer R. Milia en plaque arising in discoid lupus erythematosus. Br J Dermatol 1997;137:649-51.