

Milia em placa *

Milia en plaque

Luis Eduardo Agner Machado Martins ¹
Dra Gabriela Pogliá Fonseca ³

Betina Werner ²

Resumo: Milia em placa é uma forma rara e primária de milia. Questões referentes à cosmética e aos seus diagnósticos diferenciais perturbam os pacientes e desafiam os médicos. Relatamos um caso de milia em placa e discutimos a literatura pertinente.

Palavras-chave: Cisto epidérmico; Patologia; Terapêutica

Abstract: Milia en plaque is a rare type of primary milia. Issues related to esthetics and differential diagnoses represent a concern to patients and a challenge for physicians. In this paper, a case of milia en plaque is reported and a review of the literature is described.

Keywords: Epidermal cyst; Pathology; Therapeutics

INTRODUÇÃO

Milia são pequenos cistos de queratina decorrentes da obstrução do ducto pilosebáceo ou do ducto sudoríparo écrino. São classificados como primários quando aparecem espontaneamente e secundários quando surgem por trauma (como queimadura, dermoabrasão e *resurfacing* com *laser* ablativo), doenças inflamatórias da pele (especialmente as que envolvem a zona da membrana basal, como as doenças bolhosas subepidérmicas), uso de medicamentos tópicos (corticosteroides tópicos, 5-fluoruracil) ou sistêmicos (ciclosporina e benoxaprofeno).^{1,2} *Milia* em placa (MEP) é uma forma rara e primária de *milia* caracterizada pela presença de cistos sobre uma placa eritemato-edematosa ou eritemato-infiltrada. A condição foi descrita inicialmente por Balzer e Fouquet em 1903 e recebeu a denominação de MEP por Hubler *et al.* em 1978.¹ Apesar de ser uma condição benigna e geralmente assintomática, o tratamento e os diagnósticos diferenciais clínicos e histológicos são desafiadores. Relatamos um caso de *milia* em placa retroauricular e revisamos a literatura.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 32 anos, caucasiano, natural de Piracicaba – SP e procedente de Sorriso – MT, referiu o surgimento de uma lesão assintomática há um ano na região retroauricular esquerda. O paciente era previamente saudável e negou trauma, queimadura, realização de procedimento médico, uso de medicamento (tópico e sistêmico), bem como casos semelhantes na família.

O exame físico revelou a presença de inúmeras pápulas branco-amareladas com 1 a 3 mm de diâmetro sobre uma placa eritemato-edematosa, oval, bem delimitada, com aproximadamente 2,5 x 1,3 cm e maior eixo coincidente com a prega retroauricular esquerda (Figura 1).

Foi realizada a saucerização da lesão para exame histopatológico. Os cortes histológicos do fragmento de pele retirado mostraram diversos cistos epidérmicos na derme contendo queratina lamelar; não havia pelos velos no interior das cavidades. Observou-se também denso infiltrado linfocitário na derme adjacente aos cistos, inclusive com alteração vacuolar da camada basal do epitélio do cisto e

Recebido em 26.03.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 30.04.10.

* Trabalho realizado na Clim – clínica particular de dermatologia e diagnose, serviço privado de patologia cirúrgica e dermatopatologia – Curitiba (PR), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest*: None

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding*: None

¹ Especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia. Professor substituto do Serviço de Dermatologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em dermatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) – São Paulo (SP), Brasil.

² Especialista em dermatopatologia pela Sociedade Internacional de Dermatopatologia. Mestre em clínica cirúrgica, com área de concentração em patologia cirúrgica, pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutora em saúde da criança e do adolescente, com área de concentração em dermatopatologia, pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora voluntária dos Serviços de Anatomia Patológica e Dermatologia e da disciplina de anatomia patológica da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

³ Residente de dermatologia do departamento de clínica médica da universidade federal do paraná (UFPR). – Curitiba (PR), Brasil.



FIGURA 1: Milia sobre uma placa eritemato-edematosa, oval, retroauricular esquerda

presença de linfócitos entre as células epiteliais (Figura 2).

O paciente foi orientado quanto ao diagnóstico de MEP e optou por não tratar. Após um ano a lesão permaneceu inalterada.

DISCUSSÃO

MEP é um termo descritivo usado para se referir a uma forma rara e primária de *milia*, caracterizada por cistos agrupados sobre uma ou mais placas eritemato-edematosas ou eritemato-infiltradas com ou sem comedos.^{1,3} Há cerca de 30 casos relatados na literatura médica.³ A condição afeta preferencialmente as regiões periauricular e periorbital de adultos com discreta predominância do sexo feminino (2:1). Todavia, já foi descrita tanto na infância quanto na senescência, e em outros locais da face, como nariz, fronte, região perimandibular, região malar e região supraclavicular.^{1,4,6}

Evidências sugerem que as formas primárias de *milia* surgem do infundíbulo dos folículos dos pelos velos, enquanto as secundárias, de diversas estruturas anexiais, como ductos sudoríparos, glândulas sebáceas e folículos pilosos.^{1,7}

O diagnóstico diferencial clínico de MEP se faz com casos de *milia* secundários com conformação em placa e afecções que podem simular MEP. Casos secundários de *milia* em placa foram descritos em pacientes com lúpus eritematoso, pseudoxantoma elástico, líquen plano folicular túmido e erupções liquenoides, dermatite de contato, micose fungoide foliculotrópica com cistos e comedos, mucinose

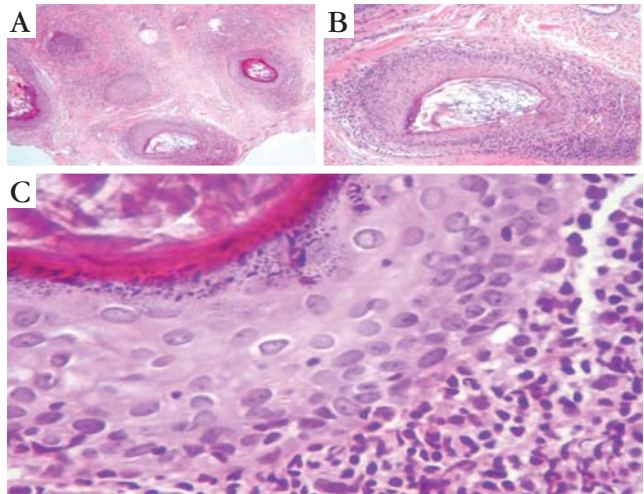


FIGURA 2: A. Fotomicrografia de pele mostrando diversos cistos epidérmicos rodeados por denso infiltrado inflamatório (HE, 4x); B. Detalhe de um dos cistos epidérmicos com queratina no interior da cavidade e denso infiltrado monomorfonuclear na derme adjacente (HE, 10x); C. Detalhe da parede de um dos cistos epidérmicos com denso infiltrado linfocitário na derme adjacente, borrimento da camada basal e presença de alguns linfócitos entre as células epiteliais (HE, 40x).

folicular e em pacientes transplantados em uso de ciclosporina, apesar de restar dúvida quanto à adequada classificação desse último grupo.^{1,8-10} O nevo comedônico e a doença de Favre-Racouchot também devem ser diferenciados de MEP. A distinção entre casos primários e secundários de *milia* é feita pela presença de um fator causal para *milia*, evidenciado pela história, exame físico ou exame histopatológico. O exame clínico é suficiente para distinguir MEP do nevo comedônico e da doença de Favre-Racouchot. O primeiro inicia geralmente até os 10 anos de idade e se caracteriza por comedos em conformação nevoide, linear ou zosteriforme e, em alguns casos, lesões acneiformes inflamatórias e cicatrizes. Já a doença de Favre-Racouchot ocorre tardiamente e apresenta-se como comedos gigantes associados a cistos, principalmente nas bordas inferiores e laterais das regiões periorbitárias, e sinais de dano actínico crônico. No entanto, a exclusão das afecções que produzem formas secundárias de *milia* com configuração em placa geralmente requer estudo histopatológico. O líquen plano túmido folicular ocorre principalmente na região retroauricular, assim como MEP, e se manifesta por placas túmidas, violáceas, encimadas por comedos e *milia* associados ou não a outras lesões típicas de líquen plano.⁸ O quadro é tão semelhante ao de MEP que foi sugerido que talvez esta entidade seja o estágio final daquela forma de líquen plano.⁹ Também foi levantada a hipótese de que MEP seja uma variante rara de micose fungoide ou mucinose folicular, mas o estudo histopatológico e imunoistoquímico dos casos relatados reduz essas possibilidades.³ Há três casos

relatados de *milia* secundários a lúpus eritematoso; as lesões geralmente têm aspecto cicatricial que, associado a *milia*, é sugestivo do quadro. Todavia, em um caso de lúpus eritematoso *de novo*, há uma lesão não cicatricial no mento, reforçando a necessidade da biópsia.¹¹

No presente caso, os cistos epidérmicos característicos de MEP apresentavam infiltrado linfocitário ao seu redor, imediatamente abaixo do epitélio cístico, chegando a ter padrão liquenoide. Esse tipo de inflamação parece ser uma característica da doença, pois é relatado em diversos casos de MEP encontrados na literatura.^{1,3,7,11} Alguns casos descritos exibiam um infiltrado linfocitário na derme adjacente aos cistos ou no espaço perivascular apenas.^{4,5} Há descrição da presença de eosinófilos e de pelos velos no interior dos cistos, o que não foi visto no caso em estudo.^{1,3-5} Do ponto de vista histológico, o diagnóstico diferencial se faz com doenças que podem apresentar cistos e comedos rodeados por denso infiltrado linfocitário e inclui, principalmente, o líquen plano folicular túmido (LPFT) e a micose fungoide foliculotrópica com cistos e comedos. LPFT e MEP apresentam achados microscópicos idênticos, fortalecendo a hipótese de que se trate da mesma doença.^{9,12} A micose fungoide foliculotrópica com cistos e comedos, por outro lado, é um linfoma cutâneo, variante da micose fungoide, em que os linfócitos T neoplásicos são encontrados preferencialmente no epitélio dos folículos pilosos.^{13,14} Depósito de mucina entre as células epiteliais pode estar presente ou não e – como é característica da micose fungoide – os linfócitos são pequenos e monomórficos na maioria das vezes.^{13,14} Na ausência de mucinose folicular e linfócitos com atipias nucleares proeminentes, é necessária correlação clínica para diferenciação com MEP.¹⁵ Cistos epidérmicos banais, fora do contexto de MEP, não apresentam infiltrado liquenoide; observa-se inflamação crônica granulomatosa do tipo corpo estranho quando há sua ruptura. Há diversas situações em que os cistos epidérmicos são secundários, como comentado previamente, e a biópsia de pele evidenciará características da doença

primária. Quando há formação de cistos epidérmicos no lúpus eritematoso, por exemplo, geralmente se observam as alterações típicas da doença na epiderme, como atrofia e alteração vacuolar da camada basal com queratinócitos necróticos, além de depósito de mucina na derme reticular.^{2,11} Há relato de MEP em líquen plano, mas a epiderme exibe as alterações típicas da doença, como acantose, hipergranulose, alteração vacuolar e infiltrado linfocitário subepidérmico em faixa.⁷

O quadro de MEP pode regredir espontaneamente, mas geralmente permanece inalterado quando não tratado.⁴ Apesar de benigna, a aparência da lesão pode ser incômoda para o paciente, sendo o tratamento solicitado por essa razão. Dentre as modalidades terapêuticas descritas encontramos: extração manual, tretinoína tópica, etretinato, minociclina, eletrocauterização, crioterapia, dermoabrasão, excisão cirúrgica e terapia fotodinâmica.^{1,4} Nos casos em que as lesões são superficiais na avaliação histopatológica, a extração manual e o uso de tretinoína tópica se mostraram eficientes. Quando os cistos se estendem até a derme reticular, procedimentos que atinjam essas lesões são necessários para obter resultado, mas a dificuldade em atingir uma profundidade específica tem gerado resultados variados.¹ A minociclina foi utilizada com sucesso nos casos que apresentavam infiltrado inflamatório denso.¹ O tratamento com crioterapia, eletrocauterização e dermoabrasão tem como vantagens o baixo custo, os equipamentos de uso comum aos dermatologistas e os bons resultados, todavia há de se ressaltar que o número de casos tratados com essas modalidades é pequeno.^{1,4} A excisão cirúrgica pode ser considerada nas lesões pequenas.⁴ O resultado com a terapia fotodinâmica foi de melhora focal e parcial, não satisfatório considerando o custo e os resultados obtidos com métodos mais simples.¹ Pelo pequeno número de casos descritos, presença de lesões em diferentes níveis da pele, infiltrado inflamatório de intensidade variável e curto período de seguimento dos pacientes tratados, não há um consenso quanto ao melhor tratamento de MEP, sendo a escolha individualizada. □

REFERÊNCIAS

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. Rose RF, Merchant W, Goulden V. Retroauricular milia en plaque: a rare presentation of lupus erythematosus. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33:715-7.
3. 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.
4. Fujita H, Iguchi M, Kenmochi Y, Fukunaga Y, Asahina A. Milia en plaque on the forehead. *J Dermatol.* 2008;35:39-41.
5. van Lynden-van Nes AM, der Kinderen DJ. Milia en plaque successfully treated by dermabrasion. *Dermatol Surg.* 2005;31:1359-62.
6. García Sánchez MS, Gómez Centeno P, Rosen E, Sánchez-Aguilar D, Fernández-Redondo V, Toribio J. Milia en plaque in a bilateral submandibular distribution. *Clin Exp Dermatol.* 1998;23:227-229.
7. Wong SS, Goh CL. Milia en plaque. *Clin Exp Dermatol.* 1999;24:183-5.
8. Lucke T, Fallowfield M, Burden D. Lichen planus associated with milia. *Clin Exp Dermatol.* 1999;24:266-9.
9. Losada-Campa A, De La Torre-Fraga C, Cruces-Prado M. Milia en plaque. *Br J Dermatol.* 1996;134:970-2.
10. Dogra S, Kaur I, Handa S. Milia en plaque in a renal transplant patient: a rare presentation. *Int J Dermatol.* 2002;41:897-8.
11. 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.
12. Vázquez García J, Pérez Oliva N, Peireio Ferreirós MM, Toribio J. Lichen planus follicularis tumidus with cysts and comedones. *Clin Exp Dermatol.* 1992;17:346-8.
13. Leverkus M, Rose C, Bröcker EB, Goebeler M. Follicular cutaneous T-cell lymphoma: beneficial effect of isotretinoin for persisting cysts and comedones. *Br J Dermatol.* 2005;152:193-4.
14. Pereyo NG, Requena L, Galloway J, Sangüeza OP. Follicular mycosis fungoides: a clinicohistopathologic study. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36:563-8.
15. Cerroni L, Gatter K, Kerl H. Mycosis fungoides. In: *Skin lymphoma: the illustrated guide.* 3rd ed. UK: Wiley-Blackwell; 2009. p. 28-30. (Section 1; Chapter 2.).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Luis Eduardo Agner Machado Martins
Rua Marechal Deodoro, n. 869, conj. 1.101, Centro
CEP 80060-010 – Curitiba – PR.
Telefone/fax: 41 3224 3064
E-mail: bd330@yahoo.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Martins LE, Werner B. Milia em placa. *An Bras Dermatol.* 2010;85(6):895-8.