

Condrodermatitis nodular crónica del hélix

González González A¹, Veiga Vázquez A², Gómez Mosquera MD³, Varela MJ⁴

¹Centro de Salud de Vilardevós

²Centro de Salud de Verín

³Centro de Salud de Ribadavia

⁴Residente de Medicina de Familia
Orense

Varón de 83 años de edad. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2 desde hace 30 años. Acude a consulta por presentar desde hace unos meses lesión ulceronecrotica de unos 4 mm, localizada en el hélix de la oreja izquierda, extremadamente dolorosa a la presión y que le imposibilita conciliar el sueño (*Figura 1*).

COMENTARIO

La condrodermatitis nodular crónica del hélix, también denominada enfermedad de Winkler, no es una patología infrecuente. Suele afectar a varones de 40-80 años, generalmente con predominio en la oreja derecha, aunque se han descrito casos de afectación bilateral¹.

La etiología es desconocida. Se ha relacionado con factores exógenos, como los traumatismos mecánicos y el frío, y con factores individuales, como la mala vascularización relativa de la parte superior de la oreja, la diabetes mellitus, enfermedades del colágeno o enfermedad autoinmune desencadenada por alteraciones localizadas del cartílago auricular². Se desconoce si existen factores hereditarios predisponentes. Recientemente, se ha publicado una revisión³ de 16 pacientes diagnosticados histológicamente de condrodermatitis nodular crónica, en los que se observa un estrechamiento arteriolar en la región del pericondrio del pabellón más alejada del suministro sanguíneo. Ello parece dar lugar a cambios isquémicos y a la muerte del cartílago subyacente con necrosis del mismo y extrusión.

Se trata de una lesión en el borde del hélix o con menor incidencia en el antihélix (localización



Figura 1

más frecuente en mujeres¹), redondeada u oval, de consistencia dura y superficie lisa que procede del cartílago auricular subyacente. El nódulo suele ser de color perlado o ligeramente rosado, con una costra plana que al ser arrancada deja una ulcera. Se observa reacción inflamatoria perilesional. Es llamativo lo extremadamente dolorosa a la presión o al frío y llega a provocar insomnio al paciente.

La lesión aparece espontáneamente y puede alcanzar los 20 mm. Después permanece estacionaria a menos que sufra una infección o trauma. La eliminación de la costra alivia momentáneamente el dolor.

Histológicamente, la epidermis muestra acantosis, hiperqueratosis y paraqueratosis; el centro de la lesión está ulcerado. En la base de la úlcera aparece colágeno degenerado limitado por tejido de granulación. El tejido conectivo y el pericondrio presentan una inflamación granulomatosa crónica

marcada, con áreas circunscritas de necrosis y eliminación transepidérmica de material elástico. También se observan anastomosis arteriovenosas que se consideran las responsables de la marcada hipersensibilidad dolorosa de estas lesiones. Se pueden observar procesos de calcificación y osificación.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con el tofo gotoso, granuloma auricular, queratosis actínica y carcinoma basocelular y escamoso.

El tratamiento inicial consiste en la aplicación intralesional de glucocorticoides (triamcinolona diluida en anestésico local al 1%). Se considera que la excisión amplia en cuña previene la aparición de recurrencias; sin embargo, algunos autores^{4,5} han encontrado que 34% de los pacientes tratados con cirugía presentará recidiva en el primer año de seguimiento. Estos mismos autores encontraron una tasa de curación de 87% cuando tratan a los pacientes con una "prótesis" que impide la presión sobre la oreja afectada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oelzner S, Elsner P. Bilateral chondrodermatitis nodularis chronica helices on the free border of the helix in a woman. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:720-2.
2. Yoshinaga E, Enomoto U, Fujimoto N, Ohnishi Y, Tajima S, Ishibashi A. A case of chondrodermatitis nodularis chronica helices with an autoantibody to denatured type II collagen. *Acta Derm Venereol* 2001;81:137-8.
3. Upile T, Patel NN, Jerjes W, Singh NU, Sandison A, Michaels L. Advances in the understanding of chondrodermatitis nodularis chronica helices: the perichondrial vasculitis theory. *Clin Otolaryngol* 2009;34:147-50.
4. Moncrieff M, Sassoon EM. Effective treatment of chondrodermatitis nodularis chronica helices using a conservative approach. *Br J Dermatol* 2004;150:892-4.
5. Sehgal VN, Singh N. Chondrodermatitis nodularis. *Am J Otolaryngol* 2009;30:331-6.