

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Condrodermatitis nodular del antihélix por teléfono móvil



Cell Phone-Induced Chondrodermatitis Nodularis Antihelicis

La condrodermatitis nodular (CN) del hélix, y con menos frecuencia del antihélix, es una lesión dolorosa de naturaleza benigna que afecta habitualmente a pacientes con edades comprendidas entre los 50 y los 70 años, siendo más frecuente en el sexo masculino¹. La etiología exacta del proceso es desconocida, siendo la teoría más aceptada una falta de aporte vascular por una presión repetida sobre la zona.

Se presenta el caso de un varón de 54 años de edad, gestor de transportes de profesión, ocupación en la que habla más de 6 h al día por el teléfono móvil, sin antecedentes médicos de interés. Refiere una lesión dolorosa en el pabellón auricular izquierdo de casi un año de evolución. En la exploración se observaba en el antihélix auricular una lesión nodular ulcerada, eritematosa, redondeada, dolorosa a la palpación y de bordes relativamente bien definidos (figs. 1 y 2). En el estudio histológico de la lesión se descartó malignidad, siendo compatible con CN. Ante la referencia, por parte del paciente, de una utilización laboral

prolongada del teléfono móvil en esa localización, se optó por un manejo conservador, recomendando la utilización de un dispositivo de «manos libres». Tras un año de seguimiento, se observó mejoría de la clínica a los 3 meses, y resolución completa de la lesión al año, sin presentar recidiva de esta hasta el momento (fig. 3).

La incidencia exacta de la CN es desconocida debido a que tiende a ser una entidad poco estudiada². Como mecanismo etiopatogénico se postula la presión continuada sobre la zona auricular. La utilización excesiva de los teléfonos puede producir una vasculitis en las arteriolas pericondrales, conduciendo posteriormente a una degeneración del cartilago auricular³. En su diagnóstico diferencial hay que incluir lesiones neoplásicas y preneoplásicas, como el carcinoma basocelular, el carcinoma espinocelular o las queratosis actínicas, siendo en ocasiones necesario el estudio histológico para descartarlos⁴. Los tratamientos conservadores más utilizados son las medidas para evitar la presión, los corticoides tópicos o intralesionales, la nitroglicerina tópica y la terapia fotodinámica, con resultados de eficacia muy variables⁵⁻⁷. Entre las técnicas quirúrgicas más utilizadas destaca la exéresis de la lesión mediante escisión fusiforme y el posterior afeitado del cartilago defectuoso subyacente, consiguiendo tasas de curación de hasta el 90,4 y el 62,5% en lesiones situadas en el hélix y el antihélix, respectivamente⁸. En este caso, la utilización del dispositivo telefónico de «manos

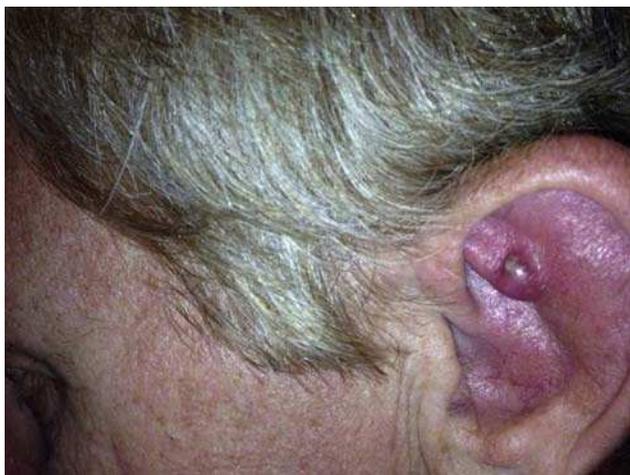


Figura 1 Lesión nodular ulcerada, eritematosa, redondeada, de bordes relativamente bien definidos, en el antihélix auricular.



Figura 2 Lesión tras la realización de biopsia cutánea.



Figura 3 Lesión resuelta al año de empezar a utilizar un dispositivo de «manos libres».

libres» como medida para evitar el traumatismo repetido sobre la zona fue suficiente para su resolución.

Se presenta un caso de CN del antihélix por el uso laboral durante un número elevado de horas al día del teléfono móvil. Aunque esta etiología ha sido escasamente comunicada en la literatura, la amplia utilización de estos dispositivos entre la población ha de ser tenida en cuenta a la hora de buscar la causa y realizar el tratamiento de esta dermatosis en estos pacientes.

Bibliografía

1. Thompson LD. Chondrodermatitis nodularis helicis. *Ear Nose Throat J.* 2007;86:734–5.
2. Chan HP, Neuhaus IM, Maibach HI. Chondrodermatitis nodularis chronica helicis in monozygotic twins. *Clin Exp Dermatol.* 2008;34:358–9.
3. Upile T, Patel NN, Jerjes W, Singh NU, Sandison A, Michaels L. Advances in the understanding of chondrodermatitis nodularis chronica helicis: The perichondrial vasculitis theory. *Clin Otolaryngol.* 2009;34:147–50.
4. Wagner G, Liefelth J, Sachse MM. Clinical appearance, differential diagnoses and therapeutical options of chondrodermatitis nodularis chronica helicis Winkler. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9:287–91.
5. Gilaberte Y, Frias MP, Pérez-Lorenz JB. Chondrodermatitis nodularis helicis successfully treated with photodynamic therapy. *Arch Dermatol.* 2010;146:1080–2.
6. Garrido Colmenero C, Martínez García E, Blasco Morente G, Tercedor Sánchez J. Nitroglycerin patch for the treatment of chondrodermatitis nodularis helicis: A new therapeutic option. *Dermatol Ther.* 2014;27:278–80.
7. Yélamos O, Dalmau J, Puig L. Chondrodermatitis nodularis helicis tratada con éxito con nitroglicerina al 2% en gel. *Actas Dermosifolog.* 2013;104:531–2.
8. Rex J, Ribera M, Bielsa I, Mangas C, Xifra A, Ferrándiz C. Narrow elliptical skin excision and cartilage shaving for treatment of chondrodermatitis nodularis. *Dermatol Surg.* 2006;32:400–4.

A. Ortiz*, P. Martín, J. Domínguez y J. Conejo-Mir

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ale.ortizprieto@hotmail.com (A. Ortiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.01.014>

Alopecia e hirsutismo en una mujer posmenopáusica como forma de presentación de un tumor de células de Leydig hiliar del ovario



Alopecia and Hirsutism in a Postmenopausal Woman as the Presenting Complaint of Ovarian Hilus (Leydig) Cell Tumor

La alopecia androgenética femenina es una de las causas más frecuentes de caída de cabello, afectando al 50% de las mujeres a lo largo de la vida¹. En mujeres posmenopáusicas la presencia de alopecia e hirsutismo como manifestación de hiperandrogenismo puede ser el resultado de numerosas causas, desde cambios fisiológicos normales a tumores ováricos o suprarrenales. Ante una paciente con alopecia se recomienda realizar una historia clínica detallada, examen físico, analítica general (que incluya hemograma, tirotrópina y ferritina)

y un estudio hormonal con testosterona total y libre y dehidroepiandrosterona sulfato.

Presentamos el caso de una mujer de 65 años que consultó por caída de cabello y aparición de pelo negro en la cara desde hacía un año. No tenía historia previa de alopecia, hirsutismo o hiperandrogenismo. Entre sus antecedentes destacaban factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus, así como bocio eutiroideo, por el que estaba en seguimiento por endocrinología. A la exploración presentaba alopecia en forma de retroceso triangular de la línea de implantación frontoparietal (fig. 1 A), junto con pérdida difusa de cabello en la región del vértex (fig. 1 B), todo ello compatible con alopecia femenina de patrón masculino grado II de Ebling. También presentaba hirsutismo de predominio en la cara y los laterales del cuello, así como a nivel del mentón (fig. 2), con una puntuación de 9 en la escala de Ferriman y Gallwey. Al explorar los genitales externos se observó clitoromegalia. No destacó la presencia de otros signos de virilización, como voz ronca o aumento de masa muscular, entre otros.

Ante estos hallazgos en la exploración física se solicitó una analítica con hemograma, bioquímica, velocidad de