

Pápulas colagénicas auriculares

Marta Herrera Sánchez, José Vigaray Conde, Ricardo Suárez Fernández, Luis Ortega Martínez de Victoria^a y Félix Contreras Rubio^a

Unidad de Dermatología. Clínica ALDER. ^a Unidad de Anatomía Patológica. Clínica La Luz. Madrid.

Resumen.—Las pápulas colagénicas auriculares fueron descritas como una nueva entidad en 1983. El origen del material hialino que las forma permanece en discusión. Mostramos un nuevo caso de esta infrecuente entidad, repasando los estudios realizados para esclarecer la naturaleza del material depositado y su relación con la amiloidosis papulosa liquenoide.

Palabras clave: pápulas colagénicas, amiloidosis papulosa liquenoide, amiloidosis cutánea, pabellón auricular.

Herrera Sánchez M, Vigaray Conde J, Suárez Fernández R, Ortega Martínez de Victoria L, Contreras Rubio F. Pápulas colagénicas auriculares. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(1):45-7.

COLLAGENOUS PAPULES ON THE AURAL CONCHAE

Abstract.—Collagenous papules on the auricular conchae were described as a new entity in 1983. The origin of the hyalinized material which forms them remains under discussion. We report a new case of this uncommon condition and review the studies carried out to reveal the origin of this material and its relation with lichen amyloidosis.

Key words: collagenous papules, lichen amyloidosis, cutaneous amyloid, auricular conchae.

INTRODUCCIÓN

El término pápulas colagénicas auriculares fue introducido por Sánchez, quien en 1983 describió en 4 casos la presencia de lesiones papulosas, simétricas, asintomáticas, en ambas conchas auriculares, compuestas por masas de colágena alterada¹. Previamente Echevarría et al², Dupre et al³ y Mascaró et al⁴ habían descrito casos clínicos similares a los de Sánchez, sugiriendo la presencia de amiloide papuloso en las lesiones. No obstante, el término propuesto por Sánchez y la naturaleza colagénica de las pápulas fueron aceptados a la vista de los estudios realizados con microscopía electrónica⁵. Frost describió en 1986 un nuevo caso de pápulas colagénicas, localizadas en esta ocasión en el conducto auditivo externo⁶. Desde su descripción inicial, los nuevos casos aportados han intentado demostrar la presencia de amiloide de origen queratinocítico como principal componente de las pápulas, por otro lado de etiología desconocida, puesto que la intervención de un traumatismo crónico como factor causal no siempre ha podido ser establecido en la historia clínica⁷. Describimos un nuevo caso de esta infrecuente entidad y repasamos los hallazgos descritos referentes a la naturaleza del material depositado y su relación con las lesiones de amiloide papuloso.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 32 años de edad que presentaba desde hacía 10 años, de modo simétrico en ambas conchas auriculares, pápulas de 2-3 milímetros, perladas, confluentes, brillantes, translúcidas, que permanecían estables y asintomáticas (fig. 1). Al preguntarle sobre hábitos que pudieran justificar un roce o fricción continua, la paciente no asociaba su aparición a ningún proceso externo.

Se realizó una biopsia de una de las pápulas. El estudio histológico mostraba, bajo un revestimiento epidérmico sin alteraciones, lesiones papulosas constituidas por colágena hialinizada escasamente celular con fisuración irregular (fig. 2). La tinción con la coloración de rojo congo resultó negativa, así como la tinción con orceína. Además, el material que constituía la pápula se teñía en azul con la técnica de Masson y con fucsina con la técnica de van Gieson, tal y como corresponde a la colágena. La técnica con anticuerpos anti-CK (anticuerpos anticitoqueratina AE1-AE3) mostró una mínima expresión en la dermis superficial. El diagnóstico realizado fue de pápulas colagénicas auriculares.

Se realizó como medida inicial tratamiento con crioterapia, obteniéndose una mejoría parcial de las mismas.

COMENTARIO

El origen del material que forma la entidad descrita como pápulas colagénicas auriculares ha sido mantenido en debate durante años con trabajos que se esfor-

Correspondencia: Marta Herrera Sánchez. Clínica ALDER. C./ Núñez de Balboa, 48, B.º dcha. 28001 Madrid.

Aceptado el 31 de julio de 2002.



Fig. 1.—Múltiples pápulas confluentes, puntiformes, perladas, pseudovesiculosas, en la concha de ambos pabellones auriculares.

zaban en negar o afirmar la naturaleza amiloidea o colagénica del mismo.

El amiloide cutáneo se consideraba una entidad heterogénea de diferentes orígenes: derivado de las cadenas ligeras de las inmunoglobulinas en la ami-

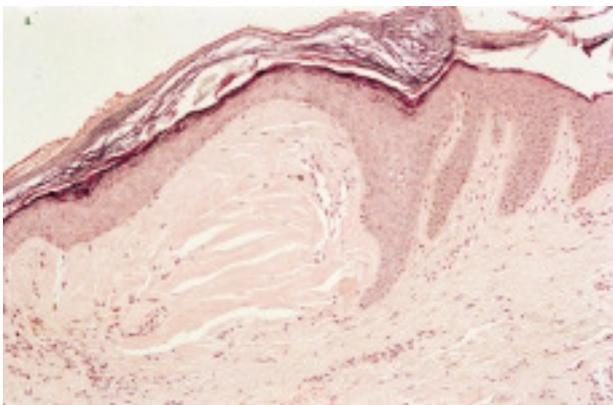


Fig. 2.—La dermis papilar se muestra expandida ocupada por un material acidófilo acelular, compacto, resquebrajado tras la fijación (hematoxilina-eosina, $\times 100$).

loidosis nodular y derivado de los filamentos intermedios de los queratinocitos que, por apoptosis, «caían» en la dermis papilar en la amiloidosis macular y amiloidosis liquenoide (amiloide-K)^{8,9}. La descripción de los casos presentados por Sánchez¹ mostraba un material hialino que se teñía de rojo con la tinción de van Gieson (característico de la colágena), PAS (tinción con ácido peryódico de Schiff) ligeramente positivo y diastasa resistente. No presentaba metacromasia con violeta cristal ni las tinciones eran positivas con rojo congo ni orceína. El análisis con microscopía electrónica mostraba «islotes» de material electrodenso rodeados por largas bandas de gruesas fibras de colágena. A mayor aumento, estos «islotes» estaban formados por un entramado de filamentos (5-10 μ m de diámetro), en cuyo interior era posible ver también estructuras densas, redondas, correspondientes a fibras de colágena degenerada. Estos resultados permitieron diferenciar este material del depositado en las lesiones de amiloide nodular. Mascaró et al⁵ apuntaron años después la posibilidad de que el material de las pápulas colagénicas fuera positivo para violeta cristal y tioflavina T, lo que, según los autores, podía inducir a un diagnóstico incorrecto al interpretar el material depositado como amiloide. Frost⁶ también negaba la presencia de amiloide tras sus estudios tanto con tinciones habituales como con microscopio electrónico, completamente acordes con los de Sánchez.

Por otro lado, Hicks et al describieron 4 casos clínicamente superponibles a los de Sánchez en los que, tras analizar los resultados obtenidos con las tinciones ya referidas (anticuerpos monoclonales antiqueratina y microscopía electrónica), confirmaban la presencia de amiloide cutáneo-K en las pápulas¹⁰. Así, Barnadas et al describieron un caso de amiloidosis «bifásica» donde coexistían pápulas traslúcidas en la concha auricular junto a placas dorsales de amiloidosis maculosa¹¹. Ishii et al habían introducido en 1981 la posibilidad de que el material presente en la amiloidosis maculosa y liquenoide tuviera su origen a partir de fibras de colágeno modificadas¹². En 1990 estos mismos autores presentaron de nuevo un detallado estudio realizado en 9 casos de amiloidosis maculosa y 4 de amiloidosis papulosa con anticuerpos monoclonales anticólágeno y microscopio electrónico. Las conclusiones fueron similares: origen a partir de fibras de colágeno degeneradas de este material amiloide¹³.

El origen colagénico del liquen amiloideo podría explicar de forma unitaria los infrecuentes casos de lesiones papulosas localizadas en el oído externo (concha auricular, hélix y conducto auditivo externo), aunque la causa última sigue siendo desconocida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez JL. Collagenous papules on the aural conchae. *Am J Dermatopathol* 1983;5:231-3.

2. Echevarría de Martínez J, Nanita de Estévez F, Brea Z. Liquen amiloide del pabellón auricular, reporte de ocho casos. *Rev Domin Dermatol* 1980;14:59-63.
3. Dupre A, et al. Reunion de la Société Française de dermatologie. Toulouse, 9 October 1981. Book of reports, case 25.
4. Mascaró JM, et al. VII Reunión Internacional de Dermatología. Barcelona, October 1982, case II. Book of reports. p. 26.
5. Iranzo P, Mascaró JM. Comments on previously reported cases of collagenous papules on the aural conchae. *Am J Dermatopathol* 1985;7:502-3.
6. Frost FA. Collagenous papules in the external auditory canal. *Am J Dermatopathol* 1986;8:275.
7. Weyers W, Weyes I, Bonczkowitz M, Dáz-Cascajo C, Schill WB. Lichen amyloidosis: a consequence of scratching. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:923-8.
8. Black MM, Wilson Jones E. Macular amyloidosis. A study of 21 cases with special references to the role of the epidermis in its histogenesis. *Br J Dermatol* 1970;84:199-209.
9. Hashimoto K, Kumakiri M. Colloid-amyloid bodies in PUVA-treated human psoriatic patients. *J Invest Dermatol* 1979;72:70-80.
10. Hicks BC, Webwe PJ, Hashimoto K, Ito K, Koreman DM. Primary cutaneous amyloidosis of the auricular concha. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:19-25.
11. Barnadas MA, Pérez M, Esquius J, Curell R, Moragas JM. Papules in the auricular concha: lichen amyloidosis in a case of biphasic amyloidosis. *Dermatologica* 1990;181:149-51.
12. Ishii M, Terao Y, Asai Y, Hamada T. Macular amyloidosis with patchy filamentous degeneration of collagen islands. *J Cutan Pathol* 1981;8:421-8.
13. Ishii M, Kobayashi H, Chanoki M, Fukai K, Kono T, Hamada T, et al. Possible formation of cutaneous amyloid from degenerative collagen fibers. *Acta Derm Venereol* 1990;70:378-84.