

Queloides auricular: manejo quirúrgico.

Hanset keloid: a surgical management.

Octavio Small Arana.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 17 años edad, de raza blanca, que presenta una lesión queloide nodular, en pabellón auricular derecho, con un tiempo de evolución de un año, como consecuencia de haber usado un arete de plata, que le produjo una infección, el arete fue retirado, y la infección tratada. Dos meses más tarde, aparece en la zona infectada, un pequeño nódulo cicatrizal, la misma que se desarrolla y va creciendo lentamente, hasta adquirir al año un tamaño de 1,3 x 1,4 x 1.3 cm. A partir del décimo mes, debido al aumento de tamaño, la paciente refiere dolor a la presión, en especial al momento de dormir. El diagnóstico se efectuó básicamente por las manifestaciones clínicas, el antecedente del uso del arete, y la infección. El tratamiento consistió en la extirpación quirúrgica del queloide y posteriormente se asoció con infiltraciones de triamcinolona, con un resultado muy bueno, sin recurrencia hasta el año de control. Se presenta este caso, para incrementar la casuística en esta localización, señalar los rasgos característicos de la enfermedad y el manejo quirúrgico efectuado.

PALABRAS CLAVE: Queloides Auricular, cirugía de oreja.

Dermatol Perú 2010; 20(1) 122-127

ABSTRACT.

A case of a female patient, 17 years old, white, presenting a nodular keloid in the right ear, with a duration of one year as a result of having used a silver earring that caused an infection, the earring was removed, the infection treated. Two months

later, appears in the infected area, a small nodule scar, the same as it develops and grows slowly, to acquire a year a size of 1.3 x 1.3 x 1.4cm. From the tenth month, due to increased size, the patient complained of pain to pressure, especially at bedtime. The diagnosis was made mainly on clinical, previous use of the earring, and infection.

Treatment consisted of surgical removal of the keloid and later was associated with infiltration of triamcinolone, with a very good, with no recurrence until control. We present this case to increase the case mix in this location, identify the characteristics of the disease and surgical management.

KEY WORDS: Headset Keloid, ear surgery.

¹ Profesor Asociado de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

² Miembro Permanente del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

³ Médico Dermatólogo de las Clínicas Maison de Santé. Lima-Perú.

Recibido: 15-04-2010

Aceptado: 30-04-2010

INTRODUCCION

Los queloides son lesiones nodulares hipertróficas induradas y fibrosas localizadas en cualquier parte de la piel, que se originan por un crecimiento anormal y exagerado del tejido de cicatrización y se inician en el lugar donde la piel ha sido dañada por múltiples injuriantes: quemaduras, vacunación, acné, heridas quirúrgicas o traumáticas, varicela, escoriaciones, heridas cutáneas diversas, uso de elementos metálicos como aretes, piercings, etc. Cuando se produce una lesión cutánea que llega a la dermis, siempre ocurre un fenómeno de reparación con participación del tejido conjuntivo que conduce a una cicatrización. En algunas personas predispuestas, las heridas se reparan con una cicatrización hipertrófica por excesiva síntesis de tejido conjuntivo, la misma que se encuentra confinada al lugar de la lesión, en otros casos estas reparaciones cicatriciales dan lugar a la formación de queloides, cuya característica es de crecer y extenderse por fuera de los límites de la injuria.⁽¹⁾ Algunos queloides pequeños tienden a reducir su tamaño después de un período de crecimiento, y no producen molestias para el paciente; en cambio otros tienden al crecimiento y desarrollo, alcanzando tamaños enormes, que causan problemas estéticos y cuando se localizan en zonas de flexión de manos, pies, rodillas, etc., pueden alterar en forma considerable su movilidad y funcionalidad. Los queloides se presentan con mayor frecuencia entre la primera y tercera década de la vida, y en cuanto a la raza son más prevalentes en la raza negra.⁽²⁾ El tratamiento de los queloides es siempre un problema para los cirujanos y dermatólogos, debido a que los resultados no siempre son satisfactorios con ninguno de los métodos empleados.⁽³⁾

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad. Raza blanca. Acude a la consulta externa de la Clínica Maison de Santé de Lima, refiriendo una enfermedad de aproximadamente 12 meses, caracterizada por la aparición de una tumoración nodular de consistencia dura, localizado en el pabellón auricular derecho, de crecimiento progresivo. Como antecedente, refiere que 18 meses antes de la aparición inicial de la lesión,

la paciente se hizo colocar un arete de plata, y luego de seis meses, se produjo en ese lugar una infección con supuración, la misma que curó con el retiro del mismo, tratamiento local con antibióticos. Dos meses después, aparece en dicha zona un nódulo fibroso pequeño, de desarrollo progresivo que alcanza 1.3 cm de largo x 1.4 cm de ancho y de 1.3 cm de alto. Su sintomatología fue escasa o nula hasta los 10 meses, luego aparece dolor discreto a la presión y al año la paciente presenta molestias dolorosas cuando se recuesta por el lado derecho para dormir, asociado al mayor aumento de la tumoración, lo que motiva la consulta con el dermatólogo.

Al examen preferencial (figura 1), se aprecia una lesión nodular de consistencia dura, fibrosa del tamaño citado anteriormente, localizado en el tercio superior del hélix derecho. La superficie es lisa y se puede ver una epidermis adelgazada con presencia de algunas telangiectasias que surcan el quelioide. Los exámenes hematológicos, bioquímicos, factores de coagulación y reacciones serológicas fueron negativos. Por las características clínicas de la lesión, se efectuó el diagnóstico de quelioide. Como paso siguiente se efectuó el procedimiento quirúrgico, que se detalla a continuación. El tejido extirpado fue enviado a patología.

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

- Limpieza meticulosa de la oreja con agua y jabón, luego aplicación de solución antiséptica yodada.
- Preparación de la zona operatoria con campo fenestrado y material quirúrgico apropiado.
- Anestesia local con xilocaina al 2% sin epinefrina. Se esperó 10 minutos.
- Se efectúa la incisión de la piel a 3 m.m. cerca de la base del quelioide en su mitad externa (figura 2).
- Se diseña la piel que cubre el quelioide en toda su extensión.
- Se reseca la masa fibrosa del quelioide desde su base, cuidando que no queden rastros del tejido proliferante.
- Se coagulan algunos vasitos sangrantes con electrocauterio de baja intensidad.
- Cuando se tiene el lecho operatorio sin ningún sangrado, se procede a reseca la piel



Figura 1



Figura 2



Figura 3

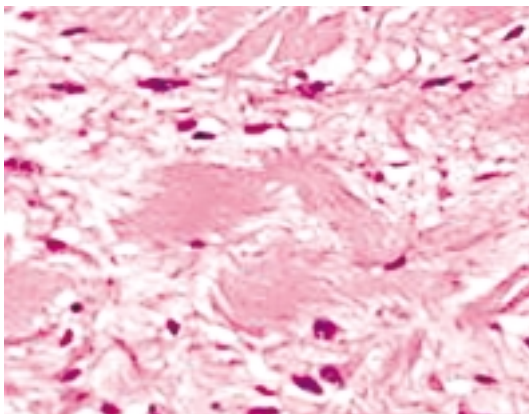


Figura 4



Figura 5

sobrante y finalmente se sutura la piel con hilo vicryl 5/0.

- Limpieza de la zona con agua oxigenada para eliminar restos de sangre.
- Aplicación de ungüento antibiótico y apósito con vendaje compresivo.
- Los tejidos extirpados, fueron remitidos a patología para el examen histopatológico de rutina (figura 3).

POST OPERATORIO.

- La paciente puede descansar y deambular en casa. Es recomendable no exponerse al sol durante los ocho días posteriores a la operación. Usar sombrero en verano.
- Antibióticos orales y antiinflamatorios: Este paciente recibió Ciprofloxacina de 500 mg cada 12 horas durante 4 días y Meloxicam de 7.5mg cada 12 horas por 3 días.
- Se efectuó el primer control post operatorio a las 24 horas, para cambiar el apósito.
- En los días siguientes le efectúan las curaciones y cambio de apósitos en casa.
- Se recibió el informe de patología como con el diagnóstico de queloide. En la histopatología (figura 4) se observa básicamente: adelgazamiento de la epidermis, proliferación de haces de colágeno, que se presentan en forma de cordones engrosados, hialinizados, eosinófilos que se distribuyen en la dermis, a veces con tendencia a formar elementos nodulares rodeando los vasos. En el estroma conjuntivo se aprecian elementos celulares a base de linfocitos, eosinófilos y algunos mastocitos y plasmocitos.
- A los 10 días, se retiraron los puntos de sutura, observando un cierre adecuado de la herida operatoria
- A los 30 días se efectuó la primera infiltración intradérmica con triamcinolona a la dosis de 5mg en 0.4 cc de la solución que se repitió a los 60 días. A los 90 y 120 días se infiltró 2.5mg en 0.4 cc de la solución diluida con lidocaína al 2%.
- El resultado en nuestra paciente fue exitoso sin presentar recurrencia hasta los 12 meses posteriores a la operación (figura 5).

DISCUSIÓN

Los queloides son lesiones nodulares hipertróficas induradas y fibrosas localizadas en la piel, que ha sido dañada previamente, en personas con predisposición a tener cicatrizaciones anormales. Su color puede ser similar al color de la piel del paciente, o ser eritematoso o hiperpigmentado. Se originan por un crecimiento anormal y exagerado del tejido de cicatrización en la piel dañada por múltiples injuriantes: quemaduras, vacunación, acné, heridas quirúrgicas o traumáticas, varicela, escoriaciones, heridas cutáneas diversas, uso de elementos metálicos como aretes, piercings, etc. Cuando la lesión cutánea llega a la dermis, siempre ocurre un fenómeno de reparación con participación del tejido conjuntivo que conduce a una cicatrización.⁽¹⁾ Las etapas de la cicatrización son la inflamación, proliferación y remodelación en cuyos procesos intervienen varias citoquinas⁽²⁻³⁾. Las cicatrices que se forman son de tres tipos: Las hipertrófica, los queloides y las atróficas.

En la mayoría de las personas, las heridas se reparan con una cicatrización hipertrófica por mayor aumento de la síntesis de tejido conjuntivo, la misma que se encuentra confinada al lugar de la lesión, en otros casos estas reparaciones cicatriciales dan lugar a la formación de nódulos exuberantes por excesiva producción de tejido fibroso, que llevan a la formación de los queloides, cuya característica es de crecer en forma progresiva rebasando ampliamente los límites de la herida o lesión donde se originó; las cicatrices atróficas, son aplanadas con aspecto de hundimiento. Las cicatrices hipertróficas tienden a reducirse con el tiempo, haciéndose más planas, por el contrario los queloides son progresivos. El tamaño de los queloides varía desde nódulos pequeños, hasta lesiones hipertróficas enormes deformantes y antiestéticos que alcanzan varios centímetros. Se localizan preferentemente en pecho, hombros, brazos, abdomen, orejas, cara. Aparecen con más frecuencia en personas jóvenes entre los 16 a 30 años.⁽²⁾ Existe un predominio notable en la raza negra, entre el 5 y 15% donde las lesiones adquieren mayores proporciones. Se estima que la incidencia de cicatrices hipertróficas y queloides en la población de raza blanca está alrededor del 0.09%. Se observa con frecuencia una incidencia familiar, actualmente tengo en

tratamiento por queloides hipertróficos a un paciente de raza japonesa y a dos de sus hijos: uno varón y otra mujer. Esto claramente relaciona a factores genéticos.

Los síntomas que refieren los pacientes son: ardor, prurito, dolor al roce o la presión. Cuando los queloides son muy grandes y están visibles, producen trastornos psicológicos muy importantes, que pueden ocasionar: sufrimiento, aislamiento, angustia y grados severos de depresión⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾

La fisiopatología de los queloides, se encuentra en constante revisión. Existen diversos factores que debemos mencionar en su desarrollo: presencia de fibroblastos anormales, que producen mayor cantidad de colágeno, disminución de la concentración de ácido hialurónico en la dermis papilar, necesario para mantener la arquitectura normal del tejido conjuntivo, influencia en la proliferación y movilidad celular, alteraciones en el factor de crecimiento transformante beta, plasminógeno 1 y de la apoptosis, donde los fibroblastos de los queloides tienen menor tasa de apoptosis que los fibroblastos normales⁽³⁾.

Los queloides pequeños, no requieren tratamiento cuando no producen molestias⁽⁷⁾. Pueden ser tratados con corticoides tópicos. Para los queloides hipertróficos, existen muchísimos métodos de tratamiento, que tienden a disminuir su volumen o aplanarlos para verse más estéticos y se considera el tratamiento exitoso, cuando los queloides se aplanan, reducen su tamaño, dejan de ser progresivos y tienen mejor aspecto estético⁽⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁾. Los tratamientos más utilizados son:

1. Las infiltraciones con corticosteroides: triamcinolona y dexametasona.⁽¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁾
2. Infiltraciones con interferón-11-Crioterapia.– Silicona en gel 8, terapia oclusiva con silicona 9⁽¹⁵⁾
3. Compresión externa.
4. Láser terapia con Láser CO2 10 ó Nd-YAG⁽¹⁶⁾
5. Radioterapia.- Extirpación quirúrgica.
6. Otros: Infiltraciones intralesionales con Bleomicina A2 y B2⁽¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁾; y 5-Fluorouracilo⁽¹³⁻²⁰⁾.

Las extirpaciones quirúrgicas asociadas posteriormente a infiltraciones de triamcinolona,

han sido reportadas como una buena alternativa⁽²⁰⁾.

Ninguno de estos tratamientos resulta ser el más exitoso. En nuestro paciente se optó por la extirpación radical del tejido queloideo y la piel redundante, seguida de infiltraciones intralesionales de triamcinolona, con un buen resultado hasta el año de control, como se ha descrito en la técnica utilizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berman B, Bielely H: Keloids. J Am Acad Dermatol 1995, 33(1): 117-23.
2. Al-Attar A, Mess S, Thomassen JM, Kauffman GL y Davison SP. Keloid Pathogenesis and Treatment. Plast Reconstr Surg 2006; 117: 286-300.
3. Burgos Iturra G. Queloides. Desde la fisiopatología hasta la terapéutica. Act Terap Dermatol 2006; 29: 156.
4. Sandoval B. Tratamiento de queloides. Fol. Dermatol Peru 1999; 10: 35-39.
5. Rojas H, Quinteros P y Castillo I. Queloides: Modalidades Terapéuticas. Rev Chil Dermatol 2005; 21 (2): 116-119.
6. Leventhal D, Furr M y Reiter D. Treatment of Keloids and Hypertrophic Scars. Arch Facial Plast Surg 2006; 8: 362-368.
7. De Lorenzi F, Tielemans HJP, van der Hulst RRWJ, Rhemrev R, Nieman FH M y col. Is the Poochareon VN y Berman B. New Therapies for the Mangement of Keloids. J Craniofac Surg 2003; 5 (14): 654-657.
8. De Lorenzi F, Tielemans HJP, van der Hulst RRWJ, Rhemrev R, Nieman FH M y col. Is the treatment of Keloid Scars Still a Challenge in 2006? Ann Plast Surg 2007; 58: 186-192.
9. Kelly PA. Medical and Surgical Therapies For Keloids. Dermatologic. Therapy 2004; 17: 212-218.
10. Poochareon VN y Berman B. New Therapies for the Mangement of Keloids. J Craniofac Surg 2003; 5 (14): 654-657.
11. Andrades P, Benítez S y Prado A. Recomendaciones para el manejo de las cicatrices hipertróficas y queloides. Rev Chil Cirug 2006; 58:78-88.
12. Chen M y Davindson TM. Scar management: prevention and treatment strategies. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery 2005; 13: 242-247.
13. Berman B, Bielely H. Terapias adjuntas para el tratamiento quirúrgico de los queloides. Dermatol Surg 1996, 22 128-9.
14. Asilian A, Darougheh A y Shariati F. New Combination of Triamcinolone, 5- Fluorouracil, and Pulsed-Day Laser for Treatment of Keloid and Hypertrophic Scars. Dermatol Surg 2006; 32: 907-915.
15. Kauth Y, Rouda S, Mondragon G, Tokarek R, DLeonardo M, Than R, Tan E: Major suppression of

- Pro Alfa 1 (1) type I collagen gene expression in the dermis after keloid excision and immediate intrawound injection of triamcinolone acetondle. *J Am Acad Dermatol* 1997, 37 586-
16. Gold M. A controlled clinical trial of topical silicone gel sheeting in the treatment of hypertrophic scars and keloids. *J Am Acad Dermatol* 1994, 30: 506.
 17. Mustoe TA, Cooter RD, Gold MH, Hobbs R y col. International Clinical Recommendations on Scar Management. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110: 560-571.
 18. Tsao SS, Dover JS, Kenneth AA y Kaminer MS. Scar Management: Keloid, Hypertrophic, Atrophic, and Acne Scars. *Seminars. En: Cutan Med Surg* 2002; 21 (1): 46-75.
 19. Bodoekh I, Brun P Traitement des cheloides par infiltrations de Bleomycine. *Ann Dermatologie Venereol* 1996, 123 791-4.2. Resnik B, Capland L Discrete keloids in a lightning strike. *J Am Acad Dermatol* 1994, 30 1039
 20. Bodoekh I, Brun P Traitement des cheloides par infiltrations de Bleomycine. *Ann Dermatologie Venereol* 1996, 123 791-4.2. Resnik B, Capland L Discrete keloids in a lightning strike. *J Am Acad Dermatol* 1994, 30 1039-40.
 21. Asilian A, Darougheh A y Shariati F. New Combination of Triamcinolone, 5- Fluorouracil, and Pulsed-Day Laser for Treatment of Keloid and Hypertrophic Scars. *Dermatol Surg* 2006; 32: 907-915.

Correspondencia para el autor:

Dr. Octavio Small Arana.
Dirección: Jr. Gregorio Paredes 386, Lima 01 - Perú.
E-mail: octaviosmall@hotmail.com.