

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTÁNAMO**

QUELOIDES GIGANTE. INFORME DE UN CASO

Dra. Karina Claro Almeida¹, Dra. Ibis Margarita Figueras Hechavarría²,
Dra. Jenny Cremé Aguirre.¹

1 Especialista de I Grado en Otorrinolaringología.

2 Especialista de II Grado en Otorrinolaringología.

RESUMEN

Las cicatrices queloides son un reto para el cirujano plástico. Una cicatriz puede llegar a preocupar grandemente a una persona por pequeña que esta sea y puede llegar a afectar el desarrollo normal de la misma. Teniendo en cuenta la presencia de una paciente con un queloides gigante en la consulta de otorrinolaringología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", se realiza la investigación sobre este tema y se presenta un caso que se inicia en dicha consulta desde el año 2004 con dichos queloides infectados, evaluándose el caso y siguiéndose en consulta hasta la actualidad.

Palabras clave: queloides gigantes, pabellón auricular.

INTRODUCCIÓN

Los queloides gigantes constituyen una forma de cicatrización anormal de etiología incierta con predilección por ciertos grupos raciales. Es una lesión de aspecto tumoral, color rojo rosado o púrpura y a veces hiperpigmentado. Los contornos son irregulares sobrepasando las márgenes iniciales de la herida.

Una cicatriz exagerada ya fue descrita en el Papiro de Smith alrededor del año 1700 antes de Cristo, pero no fue hasta los años 1770 en que

Retz y Alibert (1802), descubrieron este cuadro. Mancini en 1962 y Peacock en 1970 la definieron.

Los queloides afectan del 4.5-16 % de la población en general, ocurre con igual frecuencia en hombres y mujeres, preferentemente en personas sanas jóvenes (10-30 años) y fundamentalmente en la raza negra e hispana.

Se originan como respuesta a distintos tipos de heridas en las cuales hay pérdida de la integridad de la piel por ejemplo: tatuajes, picaduras de insectos, perforaciones cutáneas y otros. Existen factores predisponentes como: susceptibilidad del individuo, tipo de traumatismo, tensión sobre la cicatriz, presencia de material extraño, tamaño, profundidad y localización de la herida, aporte sanguíneo, grupo sanguíneo A.

Las localizaciones más frecuentes son: cara, pabellón auricular, nuca, tórax, región deltoides, área esternal y abdomen.

Con el desarrollo de este trabajo se tiene como objetivo presentar un caso insólito de una paciente que desde los 9 años de edad tiene queloides en ambos pabellones auriculares que han crecido, infectado y operado en múltiples ocasiones constituyendo un problema para ella y para su desarrollo individual.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente: A. C. Q
Sexo: Femenino

Edad: 31 años
Raza: Mestiza

HEA: Paciente de 31 años de edad con antecedente de salud aparente que se sigue en consulta de otorrinolaringología hace aproximadamente 11 años porque después de colocarse un arete presentó un queloides del cual fue operada el 21 de abril 1994 por maxilofacial cuya biopsia informó queloides. El 23 de junio de 1998 fue operada nuevamente, esta vez por el servicio de otorrinolaringología infiltrándose triancinolona intralesional y dejándose vendaje compresivo. Posteriormente ingresó en dicho servicio el 1 de julio 1998 con el diagnóstico de herida séptica del pabellón auricular.

Refiere la paciente que en el año 1993 en Ciudad de la Habana, en el Hospital "Hermanos Ameijeiras" le aplicaron tratamiento radiante aproximadamente 23 semanas y tratamiento con láser alternando ambos tratamientos. En el mismo hospital 3 meses después se realizó inyección intralesional de hidrocortisona más quevelón 40 pre, tras y

post quirúrgico durante 1 mes. En Holguín en el año 2004 se realizó tratamiento quirúrgico.

Esta paciente estuvo bajo tratamiento intralesional de verapamilo después de haber sido operada en Ciudad de la Habana durante un período de aproximadamente un año, pero en estos momento presenta nuevamente los queloides.

DISCUSIÓN DEL CASO

Los queloides y cicatrices hipertróficas son tumores fibrosos que aparecen como respuesta anormal a heridas cutáneas. Su presencia en el párpado superior es extremadamente inusual en pacientes sanos.

Debe distinguirse de un déficit de lámina anterior por exceso de extirpación en una blefaroplastia mal realizada, o por la colocación de un injerto de escasa superficie. Su aparición se asocia con un aumento de celularidad y gran actividad de fibroblastos queloideos¹, que además presentan una menor tasa de apoptosis. Ésta puede aumentarse en respuesta a corticoides, gammainterferón e hipoxia.² Existe también una desregulación focal de p53 combinada con aumento de bcl-2, que estimula la proliferación celular y disminuye la tasa de muerte celular en las áreas más jóvenes del queloides.² A ello se añaden alteraciones de glicosaminoglicanos, del metabolismo del colágeno y defectos enzimáticos.^{3,4}

La distinción clínica entre cicatrices hipertróficas y queloides se basa en la capacidad de este último de crecer más allá de los límites de la herida original; y responder con mayor porcentaje de recurrencias a la escisión simple, del orden del 50-100%⁵, por lo que se recomienda evitar la cirugía agresiva, y la extirpación debe acompañarse siempre de inyecciones intra y postoperatorias de corticoides y presión.⁶

El tratamiento es muy variado, se puede tener en cuenta:

1. La infiltración de medicamentos esteroides tipo triamcinolona (kenacort®) directamente en la lesión más la aplicación de masajes en la misma. Esta infiltración debe realizarse una vez cada 4 semanas en un número no menor de tres infiltraciones. Hay que tener mucho cuidado en la cantidad y número de dosis administradas ya que este tipo de medicamentos pueden causar atrofia de la piel.
2. Resecciones parciales de la lesión en varias sesiones complementadas con terapia de presión.

3. Tratamiento triple: el cual consiste en la infiltración con esteroides, presoterapia y radioterapia.

Independientemente de cuál sea la conducta elegida para el tratamiento del queloide, estas lesiones tienen la tendencia a re-aparecer, incluso más grandes que antes.⁸⁻¹⁰

CONSIDERACIONES FINALES

Tres factores importantes están involucrados en el desarrollo de los queloides: crecimiento celular, apoptosis y producción de citoquinas, pero la patogénesis todavía no se conoce. Los antagonistas del calcio disminuyen la producción de colágeno en la matriz y estimulan la síntesis de colagenasa. Los expertos coinciden en que jamás debe quitarse quirúrgicamente un queloide, pues tiende a crecer, alcanzando generalmente el doble grosor, tamaño y prominencia anterior.

Se recomienda que las personas con antecedentes familiares de queloides, avisen a su médico que son propensos a estas formaciones tumorales. Luego, el profesional informado debe operar con cuidado, no dejar sangre y tratar con cortisona las heridas para que no se forme el tumor.

En las mujeres, se puede detectar la tendencia de queloides cuando se forma un pequeño tumor en la oreja luego de hacerse el agujero para los aros.

Es de señalar que la respuesta clínica de las lesiones al tratamiento es proporcional al tiempo de evolución promedio de establecido el queloide.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murria JC, Pollac SV, Pinnell SR. Keloids: A review. J Am Acad Dermatol. 1981 Apr; 4(4): 461-470.
2. Sand M, Sand D, Brors D, Altmeyer P, Mann B, Bechara FG. Cutaneous lesions of the external ear. Head & Face Medicine. 2008; 4:2
3. Ladin DA, Hou Z, Patel D. P53 and apoptosis alterations in keloids and keloid fibroblasts. Wound Repair Regen. 1998 Jan-Feb; 6(1): 28-37.

4. Kerl H, Aubbock L, Bayer U. Formation and treatment of pathologic scar-clinical and micromorphologic investigations. *Z Hautkr.* 1981 Mar 1; 56(5): 282-300.
5. Jones K, Fuller CD, Luh JY, Childs CC, Miller AR, Tolcher AW, et al. Case report and summary of literature: giant perineal keloids treated with post-excisional radiotherapy. *BMC Dermatology.* 2006; 6:7
6. Berman B, Flores F. The treatment of hipertrophic scars and keloids. *Eur J Dermatol.* 1998 Dec; 8(8): 591-595.
7. Clavere P, Bedane C, Bonnetblanc JM. Postoperative interstitial radiotherapy of keloids by iridium 192: a retrospective study of 46 treated scars. *Dermatology.* 1997; 195(4): 349-352.
8. Rudolph R. Wide spread scars, hypertrophic scars, and keloids. *Clin Plast Surg.* 1987 Apr; 14(2): 253-260.
9. Pérez Silguero D, Pérez Silguero MA, Jiménez García A, Bernal Blasco I, Pérez Hernández FR, Weill D. Corticoides intralesionales en cicatriz hipertrófica. *Arch Soc Canar Oftal.* 2002; (13).
10. Kadouch DJ, van der Veer WM, Mahdavian Delavary B, Kerkdijk D, Niessen FB. Therapeutic hotline: An alternative adjuvant treatment after ear keloid excision using a custom-made methyl methacrylate stent. *Dermatologic Therapy.* 2010 Nov; 23 (6): 686-92. PMID: 21054713.
11. Salem ZC, Vidal A, Mariangel P, Concha M. Cicatrices hipertróficas y queloides. *Cuadernos de cirugía (Valdivia).* 2002; 16(1): 77-86.
12. Concha M, Vidal A, Salem ZC. Producción de equivalentes dermo-epidérmicos autólogos para el tratamiento de grandes quemados y cicatrices queleideas. *Cuadernos de Cirugía.* 2002; 16(1) : 41-47.
13. Campos León JE, Tamez Cavazos R, Rancel Flores JM, Martínez Pérez JJ. Queloides auriculares. Tratamiento mediante protocolo de resección quirúrgica y radioterapia postoperatoria adyuvante. *Rev Salud Pública y Nutrición.* 2003; (2 Esp).
14. Zhang YG, Cen Y, Liu XX, Yu R, Xu XW. Clinical improvement in the therapy of aural keloids. *Chin Med J (Engl).* 2009 Dec 5; 122(23):2865-8. PubMed PMID: 20092792.

15. Juckett G, Hartman-Adams H. Management of keloids and hypertrophic scars. *Am Fam Physician*. 2009 Aug 1; 80(3):253-60. Review. PubMed PMID: 19621835.
16. Sand M, Sand D, Boorboor P, Mann B, Altmeyer P, Hoffmann K, et al. Combination of surgical excision and custom designed silicon pressure splint therapy for keloids on the helical rim. *Head Face Med*. 2007 Mar 12; 3: 14. PubMed PMID: 17352809; PubMed Central PMCID: PMC1828721.
17. Jones K, Fuller CD, Luh JY, Childs CC, Miller AR, Tolcher AW, Herman TS, et al. Case report and summary of literature: giant perineal keloids treated with post-excisional radiotherapy. *BMC Dermatol*. 2006 Apr 19; 6:7. Review. PubMed PMID: 16623939; PubMed Central PMCID: PMC1562439.



Figura 1. Paciente con cicatrices queloides antes del tratamiento quirúrgico.

Figura 2. Paciente con cicatrices queloides luego de la operación.

