

QUELOIDES

Pérez Labrada Marianela¹
Cobos Yaremis²

RESUMEN:

La cultura olmeca, considerada por mucho tiempo la madre de la civilización mesoamericana, practicaba un tipo de costumbre que consistía en decorar sus cuerpos, realizándose incisiones en la piel, denominadas escarificaciones, provocándose lesiones que al cicatrizar dejaban marcas distintas en su cuerpo, también fueron conocidas en la era moderna, las mujeres de Nuvia, región situada al sur de Egipto y norte de Sudán, quienes se provocaban de forma intencional heridas para así obtener como resultado final queloides faciales, como parte del ritual los nativos de Papúa Nueva Guinea se realizaban incisiones en la piel, insertándose barro o cenizas de manera que estas desarrollaran tumefacciones permanentes, este ritual doloroso, hacia a los miembros respetados por su comunidad tribal, siendo horrados por su coraje y resistencia.

Estos rituales en comparación a la actualidad disienten mucho por la marcada búsqueda de la perfección física y estética implantada globalmente, siendo un problema para los cirujanos de hoy en día a la hora de planificar tratamientos quirúrgicos en pacientes con tendencia a desarrollar estos trastornos en la piel, los cuales se basan en los factores predisponentes, método de prevención, opciones terapéuticas existentes actualmente y perspectivas futuras.^{1,2}

PALABRAS CLAVES

Queloides, Cicatrización, Fibroblastos, Colágenos.

HISTORIA DEL MANEJO DEL QUELOIDE

Los queloides fueron escritos en el papiro Smith, por cirujanos egipcios en el año 1700

a.C, pero no fue hasta los años de 1770 en que Retz y 1802 Alibert describieron la lesión queloidal. Jean Louis Aliber identificó el queloide como una entidad en 1806 y lo llamó cancroide, modificando más tarde el nombre de queloide con el fin de evitar una equivocación con alguna forma cancerígena. Los científicos Manzini y Peacock en 1970, definieron a la cicatriz hipertrófica diferenciándola del queloide, siendo la primera una cicatriz excesiva que sobresale encima del nivel cutáneo y cuyos límites se mantienen confinados dentro de la lesión original, mientras que el segundo sobrepasa los bordes de la lesión.¹⁻⁵

DEFINICIÓN

Cuando ocurre un crecimiento anormal en un tejido en proceso de cicatrización, por una producción mayor de colágeno, posterior a una lesión cutánea, se está en presencia de un queloide, el cual con el paso de los años se puede aclarar y volverse invisible, en caso contrario tornarse más grande, limitando así la movilidad de la zona causando problemas estéticos, los queloides son más comunes en personas de 10 a 20 años, al igual que en personas de raza negra, asiáticos y personas de origen hispano, que suelen ser a menudo transmitidos de padres a hijos, encontrándose con características de tipo tumoral, fibroso, benigno, únicos o múltiples.⁴⁻⁶

CICATRIZACIÓN FISIOLÓGICA. FIBROBLASTOS Y COLÁGENOS

La cicatrización es un proceso la cual separa o regenera un tejido alterado o lesionado dando como resultado final la formación de un tejido cicatrizal o igual al existente en la zona antes de ser lacerado, esta regeneración cuenta con varias etapas:

- Fase temprana* en la que se produce la hemostasia y la inflamación.
- Fase intermedia*, donde ocurre la proliferación y migración celular utilizando fibrina scab, con la epitelización y la angiogénesis, que conjuntamente a esta formación de vasos sanguíneos comienza un proceso acumulativo de los fibroblastos en la

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

zona de la lesión, que alcanza un número mayor dos semanas después, jugando un papel importante el origen del colágeno en la herida.

- c) *Fase tardía* donde se presenta la matriz y el colágeno.
- d) *Fase final* o de cicatrización, donde los fibroblastos continúan produciendo colágeno, pero en esta etapa las enzimas colagenasas y otros factores involucrados comenzarán a degradarlo, estableciendo un estado hemostático para el comienzo del período de maduración, que origina un paso donde los fibroblastos producen apoptosis (forma de muerte celular regulada genéticamente). El tejido granular sufre un cambio perdiendo células con predominación del colágeno.

Una de las funciones más significativas del fibroblasto en la cicatrización es la formación del colágeno, su disposición es sumamente importante porque aumenta la resistencia de la herida al permitir que la construcción del tejido conectivo se adhiera y se diferencie sobre su matriz formada por fibroblastos.¹⁻¹⁰

ETIO-PATOGENIA DE LA FORMACIÓN DEL QUELOIDE.

Hasta la actualidad no se ha definido bien el origen de este trastorno cicatrizal, asociándose solo a factores locales, cierre de heridas con tensión, infección, factores inmunológicos y endocrinos generales. Lo que sí se sabe es que la síntesis del colágeno y la glicosaminoglicanos (GAG) están marcadamente incrementado, el colágeno formado es descomposición anormal, con un ligero aumento en la proporción entre el tipo I y el tipo III, el número de fibroblastos no aparece aumentado y parece histológicamente normal, pero la actividad de la enzima hidroxilasa de prolina está marcadamente aumentada, lo que sugiere que la tasa de biosíntesis de colágeno esta incrementada en una población de fibroblastos normales. Aunque la colagenasa también está aumentada, ello no ocurre con la degradación del colágeno, posiblemente debido a un mayor depósito de las alfas globulinas dentro del queloides.

Las alfas globulinas séricas son inhibidores de las enzimas colagenasa, es así que los estrógenos elevan el nivel de alfas globulinas séricas, lo cual puede ayudar a explicar la mayor incidencia de queloides. La teoría dice que esto permite la activación de la colagenasa con la posterior ruptura y reabsorción del colágeno presente en exceso y la remisión clínica. La histamina incrementada dentro de los queloides estimula la mitogénesis del fibroblasto.

Las causas externas que pueden dar origen a los queloides asociadas a la formación excesiva del colágeno en la zona son: el acné, quemaduras, varicela, perforaciones en las orejas, laceraciones menores, incisiones quirúrgicas, heridas traumáticas y sitios de vacuna. No están presentes en zonas sin glándulas sebáceas, como las palmas de la mano y las plantas de los pies por lo que la secreción de dichas glándulas pudiera tener una actividad antigénica asociada a una respuesta inmune. También su frecuencia es más notada en lugares con metabolismo de testosterona como el tórax y la espalda, en pacientes acromegálicos y embarazadas con niveles altos de andrógenos y de hormonas estimulantes de melanocitos.^{2, 3, 6, 7}

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Es un tipo de cicatriz de forma elevada, de color carne, rojizo o rosado, variando cuando se expone al sol, su sintomatología es ardor prurito e hipersensibilidad, pudiendo ser asintomático. Las áreas más afectadas del cuerpo son región pre-esternal, los pabellones auriculares, las regiones deltoides, miembros inferiores y la región media abdominal.^{1-4, 5, 7}

TRATAMIENTO

Es evidente que al no conocer exactamente las causas de la formación de los queloides, los tratamientos dirigidos por los diferentes especialistas son innumerables y a su vez poco efectivo. Algunos especialistas deben definir con el paciente el objetivo del tratamiento, que en algunos casos eliminando las cicatrices antiestéticas podría correr el riesgo de una recidiva y como consecuencia una lesión aun mayor que la

primera, en otros casos sería eliminar los síntomas de la lesión como el prurito y el dolor, indicando la gelificación como terapia farmacológica.

Dentro de las alternativas de tratamiento que se pueden encontrar están, la cirugía, las inyecciones de corticoides, crioterapia, radioterapia, láser, vendaje compresivo, gel de silicona, interferón alfa-2beta, entre algunos.

En cirugía el mayor problema que se presenta es el de la extensión de la lesión, este procedimiento requiere grandes cuidados pre y pos-operatorio, debido a que en general después de la extirpación del queloide la recurrencia varía entre el 50% y el 80%, apareciendo en la mayoría de los casos un tumor más extenso que el del original.

Es necesario asociar esta técnica quirúrgica a otra terapia como corticoides o radioterapia porque por sí sola no brinda un buen resultado, en general se toma como última opción después de haber intentado con otras alternativas o en caso de lesiones muy extensas, aplicando método de cirugía plástica como Z-plastia, mejorando así la tensión aplicada sobre las cicatrices.

La radioterapia comenzó a implementarse desde el año 1905 por Beruman y Gougerot, que su utilización después de la cirugía puede prevenir su recurrencia en un 75% tras un año de seguimiento al paciente. La dosis total puede variar de 1500 y 2000 Rad, iniciando el tratamiento inmediatamente después de la cirugía demostrando resultados satisfactorios. Existen dudas con sus efectos a largo plazo, aun siendo utilizadas a bajas dosis, por sus efectos cancerígenos aunque en los estudios realizados se ha demostrado que en los queloides son muy pocos frecuentes.

Los corticoides parecen ser el tratamiento más popular y eficaz de todos, una inyección de triamcinolona, fluorocorticoesteroides 9-alfa de acción prolongada, permitirá que la lesión sea más blanda, suave y pequeña, administrada de 2 a 4 semanas, deteniendo el crecimiento del queloide y mejorando su aspecto sin

eliminarlo del todo. Esta terapia también alivia el prurito, ardor y dolor asociados a la cicatrices. Los efectos secundarios de los corticoides son comunes e influyen: atrofia cutánea, hipopigmentación aparición de telangiectasia, la escleración ocasional del queloide y en casos extremos supresión suprarrenal, estando prohibido su uso en mujeres embarazadas por la posibilidad remota de la mala formación del niño al nacer.¹⁻¹⁰

QUELOIDES Y CIRUGÍA PLÁSTICA

La cirugía plástica caracterizada por su capacidad de modificar forma, reparar y reconstruir aquellas estructuras y partes externas del cuerpo que por cualquier causa, se encuentran deformadas o se ha perdido parcial o totalmente, como un procedimiento quirúrgico para mejorar o reducir la apariencia de la cicatriz, al igual que restaurar la función y corregir los cambios en la piel (desfiguración) ocasionados por una herida, por una lesión o una cirugía previa, es realizada en queloides, dependerá de un número de requisitos para que resulten exitosa:



Fuente: Rassner. Manual y Atlas de Dermatología

- El tamaño y la profundidad de la herida
- Su localización
- El tiempo de curación
- La edad
- La tendencia hereditaria a la cicatrización

La cirugía para eliminar una cicatriz del tejido queloidal se realiza con el paciente despierto, soñoliento, (bajo sedantes) o profundamente dormido bajo anestesia local o general.

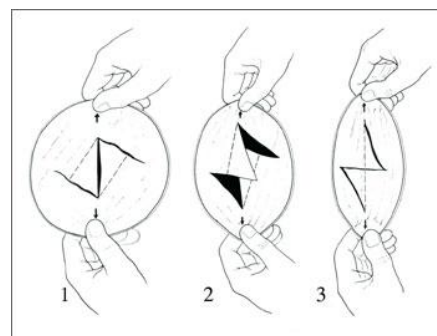
Se elimina el exceso de tejido en la cicatrización y se puede hacer una serie de pequeñas incisiones a ambos lados de la cicatriz, creando así colgajos de piel en forma de "V" (plastia en forma de Z). El resultado es una cicatriz delgada y menos visible, dado que al cierre de una herida, luego de la plastia en forma de Z, esta sigue los pliegues de la piel de forma más natural.

La Z- plastia es una técnica quirúrgica usada para reposicionar la cicatriz de forma que esta descanse de acorde a los pliegues naturales de la piel donde será menos evidente. También puede relajar la tensión de una contractura. No todas las cicatrices son susceptibles de esta técnica, y si la requiere debe ser realizada por un cirujano plástico experimentado para conseguir un resultado adecuado.

En este procedimiento, la cicatriz antigua se extirpa y se hacen nuevas incisiones a cada lado creando pequeños colgajos triangulares de la piel. Estos colgajos son readaptados para cubrir la herida en un ángulo diferente, dando a la cicatriz un aspecto en Z, la herida es realizada con suturas finas que son retiradas a los pocos días. La Z plastia es una operación de carácter ambulatorio y anestesia local mas sedación.

Hay que destacar que la técnica quirúrgica no elimina la cicatriz, si no que la hace menos notable a la vista. Siempre queda una porción de la cicatriz fuera de las líneas de relajación.

El tratamiento completo y más efectivo en los queloides según expertos en el tema, siempre va a ser la combinación de la cirugía con otros métodos alternativos como láser, los corticoides o la criptoterapia, logrando así que las cicatrices queloidales no recidiven y logren la armonía corporal y síquica del paciente.^{4,5}



Vidal P. Manual de Cirugía Plástica

BIBLIOGRAFÍA

1. Chocarro L, Venturini C. Procedimientos y cuidados en Enfermería Médico-Quirúrgica. 1ra ed, Génova (España): Ediciones Elsevier; 2006; 216-256.
2. Arias J, Aller M.A, Ignacio J, Lorente L. Fisiopatología Quirúrgica. Ediciones Tébar; 1999;234-254.
3. Rassner. Manual y Atlas de Dermatología. 5ta ed, Madrid (España): Ediciones Harcourt; 1999; 345-378.
4. Trott A.T. Heridas y Cortes. 3ra ed, Madrid (España): Ediciones Elsevier Morby; 2007;450-567.
5. Vidal P. Manual de Cirugía Plástica. 1ra ed, Santiago de Chile (Chile): Ediciones Origo; 2004; 340-390.
6. Wolff, Goldsmith, Katz, Gilchrist, Paller,Leffell. Dermatología en Medicina General. 7ma ed, Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2008;247-345.
7. Raspall G. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello: atlas clínico. 2da ed, Barcelona (España): Ediciones Masson; 2000;345-378.
8. Dover J. Tratamiento de las Cicatrices. 1ra edición ed, Madrid (España): Ediciones El Sevier España; 2007;128-234.
9. Kumar V, Abul K, Abbas, Fausto N, Richard N. Patología Humana. 8va ed, Madrid (España): Ediciones Elsevier Saunders; 2008;670-690.
10. Golberg D. Laserterapia: Vascular, pigmentación, cicatrices, aplicaciones médicas. 1ra ed, Madrid (España): Ediciones Elsevier Saunders; 2006;400-465