

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume 11

Número
Number 3

Septiembre-Diciembre
September-December 2001

Artículo:

Uso de la colchicina como adyuvante
en el tratamiento de cicatrices
queloides recidivantes. Reporte de un
caso

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



www.Medigraphic.com

Uso de la colchicina como adyuvante en el tratamiento de cicatrices queloides recidivantes. Reporte de un caso*

Dra. Claudia Gutiérrez Gómez,** Dra. Patricia Guinto Balanzar,*** Dra. Laura Andrade Delgado,****
Dr. Héctor Javier Alfaro Rodríguez*****

RESUMEN

La cicatriz queloide es sin duda una patología de difícil tratamiento para el cirujano plástico y prueba de ello son los innumerables tratamientos que se han propuesto y la inquietud por encontrar una solución ideal y definitiva.

En este trabajo se analizan algunos de los procedimientos terapéuticos y se presenta el caso de un paciente de 12 años de edad en quien después de tres recidivas previas se logró controlar la actividad tumoral del queloide con procedimientos tradicionales, en conjunción con el uso de colchicina oral. Se reporta la elevación de la fosfatasa alcalina durante su utilización y se enfatiza la importancia de monitorear las pruebas de funcionamiento hepático en los pacientes en los que se administre este medicamento.

Palabras clave: Cicatriz queloide, colchicina.

SUMMARY

Keloid scar is without doubts a difficult treatment pathology for plastic surgeons proof of this are the countless treatments that have been proposed and the aim at a definitive and ideal solution. In this work some of the therapeutic procedures are analyzed and the case of a 12-year-old patient is presented where after three previous treatments to control the tumor activity of the keloid with traditional procedures it is achieved, in conjunction with the use of oral colchicine. The increase of the alkaline phosphatase during its utilization is reported and the importance of monitoring the hepatic function treatments in patients using this medicine is emphasized.

Key words: Keloid scar, colchicine.

INTRODUCCIÓN

Las cicatrices queloides son un reto para el cirujano plástico. Dada la dificultad de su tratamiento hay múltiples protocolos de manejo y aún así no existe uno que funcione en el 100% de los casos.

Una cicatriz patológica puede ser hipertrófica o queloide. La cicatriz queloide tiene como origen la palabra "caucroides" por su semejanza a los cangrejos, como lo describió Abbett, en 1806, que se modificó a "queloides", en 1866.¹ Tanto la cicatriz hipertrófica

como la queloide son clínicamente gruesas, elevadas, rojizas o violáceas y producen prurito y dolor; esto hace que con frecuencia se confundan.

Un queloide deriva de una lesión cutánea que cicatriza produciendo un exceso de tejido conectivo que se extiende más allá de los límites de la herida inicial y tiende a recurrir después de su extirpación quirúrgica. La etiopatogenia se relaciona con un proceso inmuno-inflamatorio crónico asociado a errores de comunicación entre las células y entre éstas y la matriz extracelular.² Es una patología privativa del ser hu-

* Trabajo presentado en la Reunión Anual de Residentes y Ex residentes de Cirugía Plástica y Reconstructiva. "Dr. Fernando Ortiz Monasterio", diciembre de 1996 y en el Congreso Nacional de Cirugía Plástica y Reconstructiva AMCPER, mayo de 1998: Cancún (Cartel).

** Cirujana Plástica y Reconstructiva. Hospital Médica Sur.

*** Otorrinolaringóloga. Hospital Gabriel Mancera IMSS.

**** Cirujana Plástica y Reconstructiva. Clínica Londres.

***** Médico Internista Anestesiólogo. Hospital Ángeles del Pedregal.

mano y se define como una cicatriz cutánea que rebasa los límites de la lesión original durante un proceso de cicatrización anormal en sujetos genéticamente susceptibles.³ Se caracteriza por el depósito abundante de colágena, alta recidiva, acompañada frecuentemente de prurito, hipersensibilidad y dolor.

Existen factores asociados, como la raza (negra, asiática e hispana), tensión cutánea (áreas deltoidea y pre-esternal) y en hiperactividad fisiológica de la pituitaria, como en la pubertad y el embarazo; sin embargo, se observa con frecuencia en los pabellones auriculares y éstos no son sitios de tensión.

Desde el punto de vista histológico hay un hallazgo que está presente en este tipo de cicatriz, y es la presencia de fibras de colágena eosinofílicas, retráctiles, de aspecto hialino. La actividad de la prolinhidroxilasa está aumentada bioquímicamente y la síntesis de colágena es 20 veces mayor que en la piel normal y tres veces mayor que en las cicatrices hipertróficas. En la cicatriz queloide hay aumento de la IgG y de anticuerpos antinucleares y existe un exceso de colágena tipo I.

Dentro del manejo terapéutico está descrito el quirúrgico, que va desde la resección primaria, injertos cutáneos, resección intralesional, rayo láser, crioterapia,⁴ expansores tisulares,⁵ zetaplastias, etc; la presoterapia, donde se presume que la hipoxia resultante lleva a la degeneración de fibroblastos, que alteran el ritmo del metabolismo de la colágena, y se debe ejercer una presión mayor de 24 mm de Hg durante 24 horas por un lapso de cuatro a seis meses o más, utilizando prendas de licra y hojas de gel de silicón.⁶ También la radioterapia, en la que el momento ideal es en el posoperatorio tem-

prano con dosis repetidas en los siguientes días y una dosis total de 1,500 a 2,000 rads. La radioterapia destruye a los fibroblastos por medio de la radiación ionizante y no son reemplazados por nuevas células (radioterapia intersticial).^{7,8} El tratamiento farmacológico es quizás el más antiguo, y va desde hierbas, vitamina E, pepsina, veneno de víbora, hialuronidasa, ácido retinoico, óxido de zinc, tetrahidroquina, ácido asiático, penicilina ACTH,⁹ e interferón intralesional.¹⁰ La triamcinolona infiltrada en el transoperatorio, e intralesionalmente en el posoperatorio con intervalos de tres a seis semanas, controla la actividad. En el tratamiento de seis a diez meses, la sobredosis puede producir atrofia, despigmentación y telangiectasias.

La administración de la colchicina tópica¹¹ y oral,¹² ha sido descrita previamente, y sus efectos benéficos son conocidos.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso en el que se considera de interés el monitoreo de pruebas de función hepática (PFH), con el uso de colchicina en niños.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 12 años de edad, al que se le realizó otoplastia a los cuatro años de edad, presentando cicatriz queloide, con nuevo tratamiento quirúrgico a los seis años de edad, acompañado de infiltraciones de triamcinolona. Recidivó y fue operado nuevamente a los nueve años de edad, con resección, infiltración con triamcinolona y radioterapia posoperatoria. La madre refirió que a los seis de la última intervención comenzó el cre-



Figuras 1 y 2. Vista preoperatoria. Oreja derecha e izquierda.



Figuras 3 y 4. Posoperatorio inmediato de resección intralesional. Oreja derecha e izquierda.

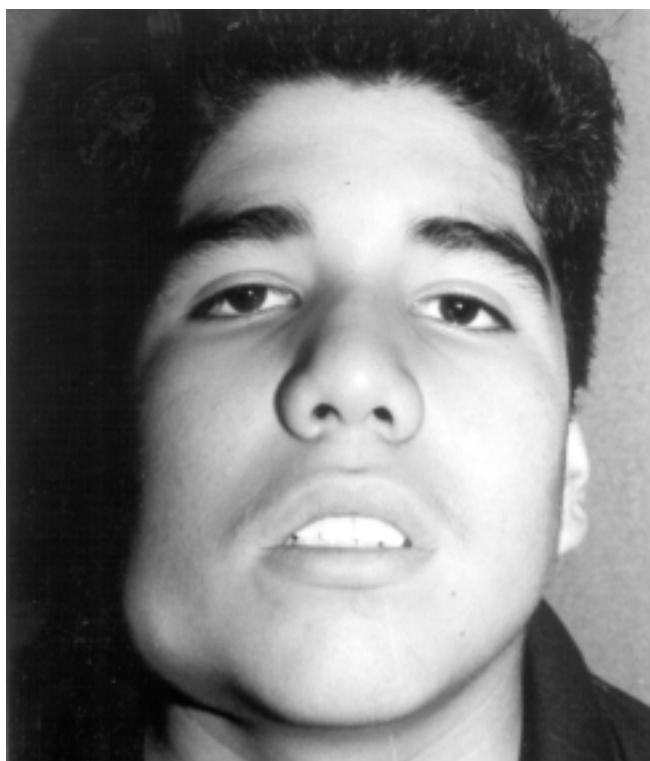


Figura 5. Vista de frente. Aneurisma trombosado postraumático.

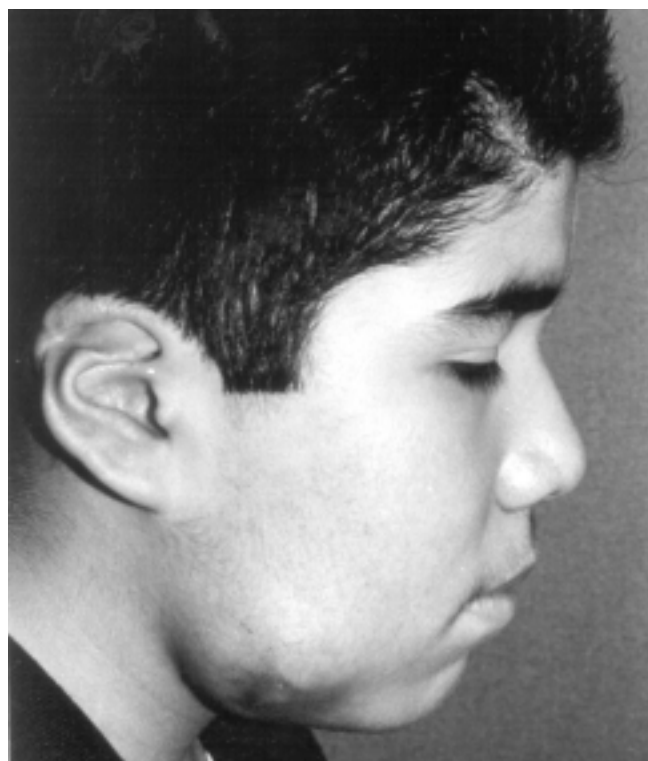


Figura 6. Vista lateral. Aneurisma trombosado postraumático.



Figuras 7 y 8. Posoperatorio a cuatro años y medio sin recidiva tumoral. Oreja derecha e izquierda.

cimiento de cicatrices. Al momento de recibir al paciente se encontraba con tumoración en pabellón auricular derecho de 8 x 4 x 2 cm, ulcerada, y de 7 x 4 x 2 cm en el izquierdo (*Figuras 1 y 2*). El tratamiento consistió en resección intralesional de ambas tumoraciones, con aplicación intralesional de betametasona (*Figuras 3 y 4*), radioterapia superficial de tres sesiones (400 CG cada una) y colchicina durante nueve meses.

Se monitorizó las PFH, detectando elevación progresiva de la fosfatasa alcalina (FA) refractaria a disminución de la dosis, por lo que se suspendió el medicamento, normalizándose las cifras dos meses después.

Después de un año y medio del tratamiento quirúrgico, el paciente presentó un aneurisma postraumático trombosado (4 x 2 x 1.5 cm) en el borde mandibular derecho, que ameritó su resección quirúrgica, habiéndose manejado la herida quirúrgica con infiltración intralesional, radioterapia posoperatoria y colchicina vía oral durante cinco meses, evolucionando satisfactoriamente (*Figuras 5 y 6*).

A cuatro años y medio de operado, el paciente se encuentra sin recidiva tumoral (*Figuras 7 y 8*).

DISCUSIÓN

En reportes previos se ha demostrado la utilidad de la colchicina en su administración tópica en forma experimental, así como su administración oral produce un latirismo.^{11,12} También se reporta su poca utilidad como tratamiento acompañado sólo a la resección quirúrgica.⁹ Definitivamente consideramos que las cicatrices queloides no se pueden manejar con una sola medida terapéutica.

Son bien conocidos los beneficios de la resección quirúrgica en conjunción con radioterapia, presoterapia y aplicación intralesional de triamcinolona. Nosotros utilizamos la betametasona al no conseguir la triamcinolona, observando un control sintomático adecuado.

En este trabajo mencionamos los diferentes métodos preconizados y presentamos el caso clínico de un niño de 12 años que recibió múltiples tratamientos previos y presentaba unas verdaderas masas tumorales a expensas de cicatriz queloide en los pabellones auriculares. El tratamiento que instituimos fue la re-

sección intralesional, radioterapia posoperatoria temprana, aplicación transoperatoria y posoperatoria de betametasona, y administración de colchicina vía oral, a pesar de que hay reportes en la literatura de la pobre utilidad y ausencia de toxicidad con la administración de colchicina.^{9,12} Llevando un control periódico de PFH y BH, se puede administrar durante varios meses sin riesgo, incluso en niños.

Llama la atención que en este paciente se hayan realizado tres procedimientos previos incluso en el último con radioterapia que no respondió.

Presentamos este caso por considerar de interés el monitoreo de las pruebas de función hepática (PFH) con el uso de colchicina en niños y tenerla en cuenta como un elemento coadyuvante en el manejo de cicatrices rebeldes a los esquemas terapéuticos establecidos. Presentamos los resultados a cuatro años y consideramos que está libre de recidiva tumoral, aunque se debe vigilar la actividad de la cicatriz.

En reportes previos no se informa de alteraciones de las PFH con la administración de colchicina en niños, sin embargo, consideramos importante su monitoreo cuando se utilice. En este paciente no se pudo utilizar la presoterapia ya que es un sitio difícil para dicho propósito. Se intentó elaborar una prótesis para ejercer presión a manera de audífonos, así como una banda de licra, pero ambos fueron de poca utilidad.

Si bien este trabajo no presenta un estudio estadístico por tratarse de un solo caso, consideramos importante tomar en cuenta el uso de la colchicina en pacientes que han tenido una respuesta pobre a los procedimientos habituales, como presoterapia con radiación, cirugía y triamcinolona intralesional.

En este paciente se utilizó betametasona por la falta de disponibilidad de la triamcinolona en el mercado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sastré N, Espinosa S, Oropeza JR. Respuesta Biológica local al Trauma. *Cir Plast* 1995; 5(2): 72-82.
2. Linares HA. Heterogeneidad de la cicatriz hipertrófica. *Cir Plast* 1995; 5(3): 96-100.
3. Doley Lloyd DJ, White JA. Keloids. *J La State Med Soc* 1991; 143(12): 9-12.
4. Zouboulis C, Blume U, Buttner P, Orfanos CE. Outcomes of cryosurgery in keloids and hypertrophic scars. A Prospective Consecutive Trial of Case. *Arch Dermatol* 1993; 129(9): 1146-51.
5. Corzo SA, Grajeda LP, Jiménez BH, Cortés AH. Programa para el tratamiento de las cicatrices queloides. *Cir Plast* 1995; 5(2): 66-71.
6. Gold MH. Topical silicone gel sheeting in the treatment of hypertrophic scars and keloids. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19(10): 912-6.
7. Doornbos JF et al. The role of kilovoltage irradiation in the treatment of keloids. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 1990; 18(4): 833-9.
8. Escarmant P, Zimmermann S, Amar A et al. The treatment of 783 keloid scar by iridium 192 interstitial irradiation after surgical excision. *Int J Radiat Oncol Bol Phys* 1993; 26(2): 245-51.
9. Lawrence WT. In search of the optimal treatment of keloids: Report of a series and a review of the literature. *Ann Plast Surg* 1991; 27(2): 164-78.
10. Larrabe WF Jr, Jaffe HS, Stephenson S, Peterson KE. Intralesional interferon gamma treatment for keloids and hypertrophic scars. *Arch Otolaryngol Hed Neck Surg* 1990; 116(10): 1159-62.
11. Ehrlich P, Grilis G, Hunt T. Evidence for the involvement of microtubules in wound contraction. *Am J Surg* 1977; 133: 706.
12. Peacock E. Pharmacological control of surface scarring in human beings. *Ann Surg* 1981; 193: 592.

Dirección para correspondencia:

Dra. Claudia Gutiérrez Gómez.
Hospital Médica Sur.
Puente de Piedra No. 150 Torre II
Consultorio 420, Col. Toriello Guerra
14050 México, D.F.
Tel. directo: 5665 4907 conmutador:
5606 6222, 5424 7200 Ext. 4329 y 4339.
E-mail: hierrgtz@compaq.net.mx.