

Cicatriz queloide en pabellón auricular.

Reporte de un caso

¹Dra. Maria Zulema Cantú Cantú, ²Dr. Ángel Puente Sánchez, ³Dr. Gregorio Moreno Penagos, ³Dr. Enrique Ochoa Díaz-López, ⁴Dr. Heynar J. Pérez Villanueva, ⁵Dra. Laura M Asunsolo Núñez, ¹ Dr. Ángel Ricardo Oliver Guerra,

¹Residente Cirugía Plástica, Hospital 20 Noviembre, ²Medico Adscrito Cirugía Plástica, ³Jefe de Servicio Cirugía Plástica, ⁴Jefe de Servicio Radioterapia, ⁵Medico adscrito Radioterapia, Hospital Infantil de México Dr. "Federico Gómez"

Correspondencia: Dra. María Zulema Cantú Cantú, Servicio de Cirugía Plástica, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", Av. Félix Cuevas 540, 2º piso Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, CP 03100, México DF.

Recibido enero 2005, Aceptado junio 2005

Resumen

Introducción.- La cicatriz queloide en el pabellón auricular es relativamente frecuente y de difícil manejo. Este trabajo presenta a un paciente con cicatriz queloide en pabellón auricular derecho. Se revisan aspectos patológicos de la cicatrización queloide y el manejo multidisciplinario de dicha entidad. Reporte de caso: Niño de 8 años de edad con cicatriz queloide en pabellón auricular derecho secundario a excoiación 9 meses antes a su valoración inicial. No presentaba cicatriz anormal en ninguna otra parte. El plan de tratamiento incluyó resección, reconstrucción y radioterapia en el postoperatorio inmediato. **Conclusión.-** El diagnóstico temprano así como el tratamiento multidisciplinario que incluya resección quirúrgica, radioterapia postoperatoria, permitirá obtener resultados estéticos óptimos con mínimas recidivas.

Palabras Clave.- Cicatriz queloide, pabellón auricular, tratamiento multidisciplinario.

Summary

Introduction.- The external ear is the most prone anatomic site to unfavorable wound responses, such as keloid. Earlobe keloids are serious, and the treatment is difficult. In this letter we present a case of earlobe keloid and combined approach to their treatment. **Case report:** 8 year old boy with keloid in the right earlobe secondary to a light wound 9 months before. He doesn't have other abnormal scar in the body. The treatment plan included resection and reconstruction, therapeutic irradiation and reconstruction, therapeutic irradiation and light pressure. Results are included. **Conclusion.,** Early diagnosis and combined approach that consisted of excision, reconstruction and irradiation, with long period follow up can improve results, with less recurrences.

Key Words.- Keloid scar, ear lobe, combined approach.

Introducción

Una de las estructuras faciales más importantes, por su función y estética es el pabellón auricular. Es especialmente susceptible de lesiones o traumatismos y es una de las áreas anatómicas que con más frecuencia presenta cicatrices desfavorables.¹ Las cicatrices queloides son mas frecuentes en pacientes orientales o población negra, y es rara en los extre-

mos de la vida. La localización se circunscribe a ciertas áreas y no ocurre en manos o pies. Su etiología precisa es desconocida. Factores inmunológicos e hipoxia local han sido implicados; así como trastornos hormonales.²

La cicatriz queloide excede los bordes de la herida (los sobrepasa); es voluminosa e hiperpigmentada y general-

mente recurren después de la escisión. Las cicatrices hipertróficas son hiperémicas, confinadas a los bordes, recurren en menos frecuencia al ser reseadas, no son voluminosas y disminuyen con el tiempo.

Tenemos que considerar a la cicatriz queloide como un desastre, generalmente secundaria a un traumatismo como: herida pequeña por coloca-

Casos clínicos

ción de aretes o piercing, quemaduras etc. y tiene predominio por la mitad inferior de la oreja, en hélix y con más frecuencia en su cara posterior. Se caracteriza por depósito excesivo de colágeno con consideraciones serias y de difícil manejo.¹ Presentamos a un paciente con cicatriz queloide en pabellón auricular derecho.

El interés del caso estriba en la localización y el mecanismo de producción de la cicatriz queloide, ambos eventos son poco comunes por otro lado el tratamiento conjunto utilizando varias estrategias terapéuticas (cirugía, radioterapia y fármacos) para lograr la restauración funcional y estética.

Presentación del caso

Paciente masculino de 8 años de edad con cicatriz queloide en oreja derecha.

Antecedentes heredofamiliares negativos. Refiere haber tenido una excoiación por caída hace 9 meses; cicatrizó sola, en forma espontánea en 5 días y desde hace 8 meses ha notado tumoración de lento crecimiento. Se presentó con cicatriz deformante, progresiva, dolorosa, voluminosa, que sobrepasa bordes y sin ningún tipo de manejo. Los hallazgos a la exploración mostraron cicatriz queloide que involucra la oreja en tercio medio, hélix y antihélix en su cara anterior y posterior de 4 x 5 x 5 cm. Figura 1. Se realizó resección y reconstrucción del pabellón con colgajos locales.

En el postoperatorio inmediato se realizó radioterapia local 300 cGy y se aplicaron dosis semejantes de radioterapia a las 48 y 72 horas (completando 900cGy como dosis total). Retiramos vendaje, apósitos y puntos a los 12 días. La figura 2 muestra al paciente 30 días del postoperatorio aun con ligera descamación de la piel por radioepitelitis, secundaria a la radioterapia.

El seguimiento del paciente fue estrecho durante 2 años. En la figura 3 observamos al paciente un año después de operado. Dos años después de la cirugía la evolución ha sido muy favorable sin recidiva.

Discusión

El factor de crecimiento transformador se ha implicado como el principal responsable en la proliferación anormal de fibroblastos y la producción excesiva de colágeno en el queloide. Se habla de susceptibilidad regional que es dada por diferencia en la tensión de la piel. Aparentemente hay sobreproducción de tejido conectivo con aumento de la celularidad y aumento de producción de componentes de matriz. Los fibroblastos en una cicatriz queloide sobreproducen colágena tipo I, y el tipo 3 permanece sin cambios.³

Se ha encontrado más concentración de linfocitos en el queloide, persistencia de linfocitos T (normalmente desaparecen a las 4 o 5 semanas). Y se ha implicado daño a la estructura pilosebácea.

El tratamiento reciente ha sido enfocado a inmunosupresión, desensibilización, rayos X, ablación mecánica, eléctrica o con láser, resección, acetato de ciproterona, Isoretinoin etc.

La presión por más de seis meses es indispensable como parte esencial del manejo. Se han utilizado múltiples dispositivos de presión teniendo más aceptación los fabricados con metilmetacrilato diseñados específicamente para cada caso como las simples arracadas. Los dispositivos recientes elaborados con silicón han tenido resultados muy alentadores.⁴

El acetanido de triamcinolona 40mg / ml en 5 a 6 dosis es el esteroide de elección para manejo de cicatrices queloides, funciona disminuyendo síntesis de colágena e incrementando la actividad de la colagenasa y aparentemente inhibe la cicatrización anormal. Su utilización excesiva produce atrofia de piel y telangiectasias.

La radioterapia da excelentes resultados en tratamientos conjuntos, sobre todo aplicada en el postoperatorio inmediato (no mas de 24 horas después). Los apósitos temporales removibles permiten definir mejor el área de radiación y minimizar la irradiación de tejidos sanos.⁵

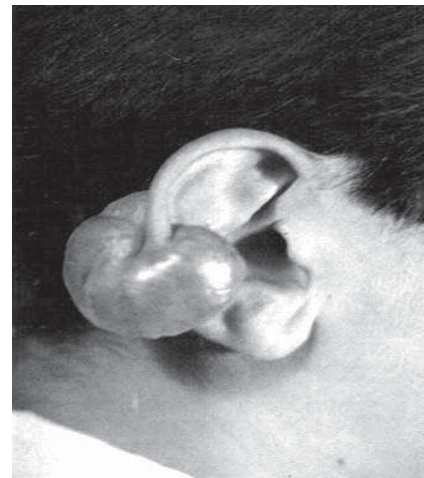


Figura 1.- Masculino de 8 años con cicatriz. Queloides en pabellón auricular.



Figura 2.- Se observa radioepitelitis al mes de la cirugía.



Figura 3 Aspecto un año después de operado.

La radioterapia a pesar de ser muy específica para cicatrices en pabellón auricular; siempre difunde cierta cantidad de radiación a sitios aledaños que generalmente dejan en el pabellón inflamación, edema, dolor, quemadura, cicatrización lenta etc.^{6,7} Esta bien establecida la efectividad de las radiaciones ionizantes en el tratamiento de cicatrices queloides, esta se aplica con teleterapia superficial en rango de 140 a 300 kv o bien la utilización de electrones de energía de 6 a 8 Mev.

Se tiene que aplicar en el postoperatorio inmediato (no mas de 24 horas después). La dosis que se utiliza en este tratamiento varía ampliamente de autor en autor y va desde 9 grey (Gy) a 15 Gy, aplicadas en 3 a 18 fracciones una vez al día.⁷

El jugo de papaya inyectado en forma local en el queloide ha sido útil en la regresión de las mismas, inyectado a 2 x 1 con solución inyectable cada 21 días en un promedio de 6 dosis, encontrándose resultados alentadores con regresiones de hasta un 90% (es mas una curiosidad que una utilidad práctica, en realidad en ese tiempo se puede tener

resuelto cualquier queloide).

Aparentemente la molécula activa es el Karpain y puede producir cuadros alérgicos y quemaduras locales.⁸

Algunos otros productos se han utilizado por sus propiedades de alteración de la cicatrización son la colchicina, penicilamina, BAPN (beta amino propil nitrilo) pero sin ventajas reales en la práctica clínica.

La terapia con láser tiene un índice de recurrencia de 93%. La crioterapia requiere una unidad especializada así como de expertos en su manejo teniendo un resultado aceptable solo en un 51% a 74%.⁹

En muchas ocasiones la cirugía no solamente es para reseca el queloide, generalmente involucra estructuras del pabellón que requieren reconstrucción.

Preferimos hacer reconstrucciones inmediatas, ocasionalmente son tardías en casos severos o con varias recidivas. Se tiene que ser especialmente cuidadoso en cirugías electivas, tratando de disminuir las posibilidades de desencadenar una cicatrización queloide. Enfatizando que los márgenes de resección deben de ser al menos de 2mm.⁹ Manipulación cuidadosa, cie-

rres sin tensión, minimizar posibilidades de infección y dejar tejido viable cuidando la circulación.

Los grupos que manejan con frecuencia esta patología han encontrado que cualquier tratamiento por si sólo no es efectivo, se ha optado por combinar tratamientos y los resultados han sido excelentes. Generalmente se utiliza cirugía y radioterapia y o esteroides locales.¹⁰

Nuestro programa de manejo incluye: realizar fotografías de ingreso a todos los pacientes, historia clínica, valoración integral por dermatología, radioterapia y cirugía reconstructiva. Se crea conciencia en los familiares de la especial propensión a formar cicatrices desfavorables y la necesidad de seguimiento frecuente largo plazo.

Inicialmente realizamos la cirugía con resección y reconstrucción inmediata.

En el postoperatorio inmediato se da tratamiento con radioterapia 300 cGy, repitiendo las dosis a las 24 y 72 horas recibiendo un total de 900cGy.

A los 12 días retiramos puntos. Se hacen revisiones frecuentes del paciente por un año (cada 3 semanas) y se hace seguimiento fotográfico.

Bibliografía

1. Slodkin D. Why more keloids on back than on front of earlobe. *The Lancet* 1990; 335:923-4.
2. Napoleone, C. MD.; Giovanelli, R. M.D.; Capocetti, E. M.D.; Zara, L. M.D.; Franchi, R.M.D. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(1): 518-519).
3. Eileen PF. Keloids, time to Dispel the myths?. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104(4): 1199-1201.
4. Agrawal K, Panda KN, Aramugam A. An Inexpensive self fabricated pressure clip for the ear lobe. *Brith Jour Plast Surg* 1998; 51: 122-3.
5. Ion LE, Ragoowansi R, Moss LH. Dressing to facilitate early radiotherapy after excision of keloid. *Brith Jour Plast Surg* 1999; 52(2): 323-4.
6. Furnas D. Complications of Surgery of the External Ear. *Clinics in Plast Surg* 1990; 17(2): 305-18.
7. Fitzgerald RH, Tuten TU, Fenn JO. Dosimetry of Auricular Keloid irradiation. *Radiology* 1982; 144:651-2
8. Ahmad K. Regression in Keloid scar by intralesional injection of papaya milk. *Brith Jour Plast Surg* 1998; 51(3): 261
9. Malaker, Kamal MD, PhD; Zaidi, MustafaMD; Franka, Mohamad Rida MD. Treatment of Earlobe Keloids Using the Cobalt 60 Teletherapy Unit, *Annals of Plastic Surgery*. 2004; 52(6): 602-604.
10. Akoz T, Erdogan B, Gorgu M. Combined approach to the treatment of earlobe keloids. *Plast Reconstr Surg* 1994; 101(3):857-8.