

Queloides en pabellón auricular

Keloid in auricular pavilion

María Elena Castillo Corzo^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1008-9734>

Griselis Cordovez Torres¹ <https://orcid.org/0000-0002-7363-8975>

Yudania Crespo Hernández¹ <https://orcid.org/0000-0001-6271-586X>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milian Castro”. Villa Clara, Cuba.

*Autor para correspondencia: yudania@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los queloides son el resultado de un proceso de cicatrización anormal, en el que los fibroblastos sintetizan colágeno en forma excesiva.

Objetivo: Describir el procedimiento médico-quirúrgico en un paciente con queloides en el pabellón auricular.

Caso clínico: Paciente masculino de 25 años de edad, con antecedente de perforación del pabellón auricular derecho debido a la inserción de un arete o *piercing*. Después de transcurridos 6 meses comenzó a desarrollarse, en la región retroauricular, aumento de volumen indoloro.

Conclusiones: De las modalidades terapéuticas existentes, que aportan excelentes resultados una vez cumplidos los tres años de evolución sin recidivas, se encuentra la combinación de tratamientos que utiliza inyección intralesional de triamcinolona acetona preoperatoria, transoperatoria, posoperatoria y la excresis de la lesión, que expone el periostio mastoideo y sutura no tensional de piel y tegumentos sanos, seguimiento en consulta con infiltración de triamcinolona acetona en la herida y vendaje compresivo.

Palabras clave: pabellón auricular; queloides; recidiva.

ABSTRACT

Introduction: Keloids are the result of an abnormal healing process, in which fibroblasts synthesize collagen excessively.

Objective: To describe the medical-surgical procedure in a patient with keloid in the auricular pavilion.

Clinical case: We report the case of a 25-year-old male patient, with a history of perforation of the right atrial pavilion due to the insertion of an earring or piercing. After 6 months, a painless volume increase began to develop in the retroauricular region.

Conclusions: The combination of treatments uses intralesional injection of preoperative, transoperative, postoperative triamcinolone acetonide. The lesion exceresis exposes the mastoid periosteum and non-tension suture of skin and healthy teguments, which is followed-up in consultation with infiltration of triamcinolone acetonide in the wound and compression bandage. Both procedures are among provide excellent results after the three years of evolution without recurrence.

Keywords: auricular pavilion; keloid; recurrence.

Recibido: 12/09/2019

Aceptado: 16/10/2019

Introducción

La palabra queloide tiene un origen incierto, proviene del griego *kele* que significa «tumor» y *eidōs* «forma», es decir, con “forma de tumor”.⁽¹⁾

Los queloides intencionales eran producidos por los Olmecas, que utilizaban la escarificación como medio decorativo de sus cuerpos. Además, este proceso era doloroso y hacía a los miembros respetados por su comunidad tribal, por lo cual eran honrados por su coraje y resistencia.⁽²⁾ En la era moderna, las mujeres de Nubia, en Sudán, se escarificaban con queloides faciales como forma decorativa. Los grupos étnicos africanos Nuer y Nuba utilizan implantes labiales, tatuajes y queloides en la región frontal, mentón y sobre el labio. Como parte de un ritual, los nativos de Papúa Nueva Guinea se realizan incisiones en la piel.

Esta tumoración constituye una consecuencia, que se presenta frecuentemente, luego de intervenciones quirúrgicas, quemaduras y traumatismos de diverso tipo. Su desarrollo potencial no es totalmente previsible, así como su evolución en el tiempo y su calidad final. A partir de la herida y durante la evolución de la cicatriz resultante pueden aplicarse acciones médicas que disminuyan la probabilidad de una cicatriz hipertrófica; se realizan tareas de prevención y/o tratamiento de efectividad variable, pero significativo.

En términos estrictos, ninguna cicatriz puede eliminarse completamente, pero sí pueden lograrse mejorías apreciables con tratamientos adecuados. Los queloides por su parte son claramente más refractarios a los diferentes tratamientos, y su prevención es difícil y aleatoria. La diversidad de modalidades terapéuticas actuales sugiere que aún no existe una que sea aplicable con alta eficacia en todos los casos.⁽³⁾

Dentro de la etiopatogenia se hace alusión a las quemaduras profundas y las heridas infectadas o dehiscentes. Estas tienen una fase inflamatoria más prolongada, presentan mayores niveles de factores de crecimiento y mayor producción de matriz extracelular, lo cual las predispone a una cicatrización hipertrófica.

En la dermis, se distinguen al menos dos poblaciones distintas de fibroblastos: los que residen en la dermis papilar o superficial, y los que se encuentran en la dermis profunda o reticular. Los fibroblastos de la dermis profunda son muy similares a los fibroblastos encontrados en las cicatrices exuberantes, y son claves en el proceso de cicatrización hipertrófica. Producen mayor cantidad de factor de crecimiento transformante (TGF- β) y colágeno, y menor cantidad de colagenasa y óxido nítrico de lo normal, lo que genera un exceso de matriz extracelular. Además, producen mayor cantidad de proteoglicanos de alto peso molecular, responsables del mayor contenido de agua de estas cicatrices, que contribuye a su aspecto sobreelevado y rígido.^(1,2,3)

En condiciones normales, los miofibroblastos cesan su función contráctil y secretora cuando se forma el tejido cicatricial y luego realizan apoptosis. En cambio, en las cicatrices hipertróficas estas células permanecen activas en la dermis, y producen una retracción excesiva del tejido.

En modelos in vitro se ha demostrado que el aumento de la tensión del tejido estimula la diferenciación de miofibroblastos e incrementa su número, lo cual podría explicar la relación de este tipo de cicatrices con las heridas sometidas a mayor tensión, y con las que no respetan las líneas favorables de tensión de la piel.⁽³⁾

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. La cicatriz queloide excede los bordes de la herida, es voluminosa e hiperpigmentada y generalmente recurren después de la excéresis. A diferencia de la cicatriz hipertrófica, que es una respuesta proliferativa exagerada al proceso de cicatrización, y respeta los límites de la herida original y remite de manera espontánea.^(1,4)

Hay que considerar a la cicatriz que loide, generalmente secundaria a un traumatismo, como: herida pequeña por colocación de aretes o piercing, traumatismos, procesos inflamatorios, quemaduras, acné etc. Predomina la localización en el hélix y con más frecuencia en la cara posterior del pabellón auricular.^(5,6)

El propósito de este trabajo fue describir el procedimiento médico-quirúrgico en un paciente con que loide en el pabellón auricular.

Caso clínico

Se presenta un paciente masculino de 25 años de edad, de piel negra, nativo de la Ciudad de D'Oyo, en el Congo Brazzaville, estudiante universitario, que acude a la consulta de Otorrinolaringología, en el Hospital General "Edith Lucie Bongo Ondimba", por presentar deformidad del pabellón auricular (Fig. 1A y B).



Fig. 1 - Que loide que deforma región posterior del pabellón auricular derecho.

A (vista lateral); B (vista anterior)

Antecedentes heredofamiliares y personales negativos. El paciente solo refiere la perforación del pabellón auricular derecho debido a la inserción de un arete o piercing. Después de transcurridos 6 meses comenzó a desarrollarse, en la región retroauricular, aumento de volumen indoloro, que creció lentamente y dejó deformidad estética. A medida que aumentó el que loide aparecieron las molestias, el peso auricular y el complejo personal por la deformidad existente.

Los hallazgos clínicos con relación al examen físico del paciente evidenciaron en la región retroauricular derecha tumoración dura lobulada de bordes lisos. Esta rechaza el pabellón

auricular hacia delante, de aproximadamente 5 por 4 por 3 cm, y ocluye en parte el conducto auditivo externo, sin signos de inflamación, los que se corresponde con la zona de injuria.

Se inició tratamiento farmacológico preoperatorio durante tres semanas, con inyecciones intralesionar en la base del queloide y suspensión estéril de triamcinolona áctonida (Bbo de 5 mL/ 40 mg/ mL) semanal, posterior a esto se realizó la cirugía.

Se realizó intervención quirúrgica estética para eliminar la tumoración (Fig. 2). Como en otras cirugías, se le proporcionó al paciente información acerca del tratamiento propuesto para su enfermedad y las posibilidades de infecciones o recidiva del queloide.⁽⁷⁾

Previa anestesia general endotraqueal, se hizo excéresis quirúrgica completa con electrocauterio en corte. El sangramiento transoperatorio fue casi nulo por la gran fibrosis. Se decoló hasta llegar al periostio mastoideo y se realizó cierre no tensional de la piel y tegumentos libres de queloide. Posteriormente se hizo infiltración de triamcinolona áctonida, y se colocó vendaje compresivo en forma de capelina.

El seguimiento del paciente se realizó de forma mensual durante 6 meses. En este tiempo se le aplicó en la cicatriz quirúrgica 5 mL de triamcinolona áctonida de 40 mg (Fig. 2) y se mantuvo vendaje compresivo.



Fig. 2 - Herida quirúrgica.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, sin recidivas a los seis meses de operado (Fig. 4).



Fig. 3 - Vista lateral sin recidiva.

Discusión

De las múltiples modalidades quirúrgicas y no quirúrgicas de tratamiento, ninguna es efectiva; las terapias asociadas solo disminuyen las recidivas. Los queloides son una de las lesiones de más difícil tratamiento por el alto porcentaje de recidivas que presentan, hasta un 100 % en tratamientos únicos y un 50 % en tratamientos combinados. El pabellón auricular es un blanco frecuente de estos procesos como se muestra en este trabajo.^(8,9,10)

La triamcinolona áctonida se puede usar en monodosis intralesional en el momento de la cirugía de excéresis (para prevenir la recidiva) o en sesiones sucesivas en la consulta, lo que ofreció excelentes resultados en este paciente.^(11,12,13)

La mayoría de los autores^(14,15,16) mantienen el chequeo cada tres meses hasta completar el año. Posteriormente, la consulta se realiza semestral hasta completar tres años, para dar el alta al paciente.

Las formas de tratamiento triasociado: cirugía, infiltración esteroidea y compresión de la cicatriz, ofrece excelentes resultados. El seguimiento a largo plazo es importante para conocer la eficacia de las diferentes terapias.^(17,18, 19)

Algunos autores recomiendan el tratamiento inicial con láminas de silicona, sobre cualquier tipo de cicatriz, pues favorece la correcta cicatrización, al parecer por aumento de la

hidratación de los tejidos; además, se combina con la terapia compresiva e infiltraciones con corticoides. También puede utilizarse bleomicina, 5-fluorouracilo y/o verapamil.⁽²⁰⁾

Si el queloide no responde a estos tratamientos, o se prefieren modalidades más eficaces, aunque más complejas o que requieran equipamientos más avanzados, el tratamiento quirúrgico pasa a ser la indicación de elección firme, asociado a un tratamiento adyuvante. La resección quirúrgica como tratamiento único se asocia a recurrencia en un 50 a 100 % de los casos, e incluso puede producir un aumento de tamaño en las lesiones.⁽²¹⁾

La escisión quirúrgica asociada a radioterapia posoperatoria es eficaz en 65 a 99 % de los casos revisados y es considerada, por algunas guías, como el tratamiento más eficaz para queloides severos. La radioterapia disminuye la vascularización y estimula la apoptosis de los fibroblastos, así como evita el crecimiento excesivo de la cicatriz. Este tipo de tratamiento que evita o minimiza la formación del queloide, a dosis adecuadas, logra el equilibrio necesario para no interferir con la cicatrización de la herida, los autores de este trabajo lo han empleado con buenos resultados al año de evolución, e incluye recidivas, totales o parciales.^(2,6)

En cuanto a la criocirugía, existen trabajos experimentales que demuestran destrucción total de la lesión y reordenamiento de las fibras de colágeno hasta la normalidad. Se aplica frío hasta -100°C. Los queloides tienen una tasa de recurrencia muy baja por lo que puede sea el tratamiento de elección en el futuro. El láser CO₂ es otra terapia adyuvante de la excéresis que parece afectar a los factores de crecimiento celular y disminuir la población de fibroblastos.^(4,21)

El 5-fluorouracilo es un análogo de las pirimidinas usado como quimioterápico; se ha demostrado *in vitro* que inhibe el crecimiento de fibroblastos. A nivel intralesional ha demostrado igual eficacia que la triamcinolona. Una sola dosis posquirúrgica es suficiente para inducir cambios en la respuesta de los fibroblastos.^(2,9)

El tratamiento con oxígeno hiperbárico es un tratamiento adyuvante en la cicatrización, que aporta O₂ al 100 % a más de 2 atmósferas para aumentar la presión parcial de oxígeno en el plasma. Esto permite aumentar la actividad de fibroblastos, producción de colágeno y angiogénesis; de manera concomitante aumenta la capacidad bactericida e inhibe la formación de toxinas.⁽⁸⁾

El tratamiento de queloides y cicatrices hipertróficas con Mitomicina C tópica e intralesional se encuentra en experimentación. Este es un antibiótico que inhibe la división celular y la proliferación de fibroblastos. Recientemente, los estudios de laboratorio y clínicos han

mostrado que podría usarse en el tratamiento de los queloides, pero todavía no se han identificado modalidades de tratamiento óptimas.⁽⁵⁾

Por otro lado, el Imiquimod al 5 % en crema se aplica directamente sobre la herida quirúrgica, el mismo día de la cirugía, durante 7 h. El tratamiento se realiza tres veces por semana durante 6 meses, con el propósito de disminuir el porcentaje de recidivas y se continúa seguimiento cada 2 meses hasta los 2 años, con buenos resultados.^(11,20) El uso combinado de excéresis e Imiquimod en forma tópica, para el tratamiento de los pacientes con queloides localizados en el pabellón auricular, es una modalidad efectiva y segura, con buenos resultados estéticos y escasos efectos adversos. No obstante, son necesarios estudios controlados más extensos que avalen esta modalidad de tratamiento.⁽¹¹⁾

También, la terapia de presión con imanes presenta varias ventajas, tales como su bajo costo, la fácil aplicación, su adaptación a cualquier parte del pabellón auricular, una buena tolerancia por parte del paciente y un alto grado de satisfacción con los resultados. Esta terapia consiste en extirpación quirúrgica, utiliza presoterapia con el uso de imanes. El magnetismo parece cumplir un papel fundamental en la remodelación y organización de las fibras de colágeno de las cicatrices posoperatorias, lo que añade una efectividad mayor a la presoterapia.

Se concluye que de las modalidades terapéuticas existentes, que aportan excelentes resultados una vez cumplidos los tres años de evolución sin recidivas, se encuentra la combinación de tratamientos que utiliza inyección intralesional de triamcinolona áetonida preoperatoria, transoperatoria, posoperatoria y la excéresis de la lesión, que expone el periostio mastoideo y sutura no tensional de piel y tegumentos sanos, seguimiento en consulta con infiltración de triamcinolona áetonida en la herida y vendaje compresivo. El éxito se basa en la prevención, pues no está garantizada la resolución total de la enfermedad una vez instaurada.

Referencias bibliográficas

1. Bejerano M. Cicatrices queloides en pabellón auricular. Un problema no resuelto. Rev Cir Pediátr (España). 2014;27(1):21-5.
2. Gutierrez C. protocolo de tratamiento de cicatrices queleide en pabellón auricular. Rev. Cir. Plástica Ibero-Latino- Americana. 2012;38(1):49-51.
3. Wilson A. Eradication of Keloids. Surgical excision followed by a single of intralesional fluorouracilo and botulinum toxic. J Plast. Surg. 2013;2(1):87-91.
4. González P, Itati M. Cicatrices y queloides. Rev Argentina Dermatol. 2015;65(5):182-8.

5. Seo H, Sung W. Tratamiento de queloides y cicatrices hipertróficas con Mitomicina C tópica e intralesional. *J Eur Acad Dermatologic*. 2012;26(5):634-8.
6. Habif T. Bening Skin Tumors. *J Clinical Dermatolog (Philadelphia)*. 2016;48(1):6-8.
7. Patterson J. Disorders of collagen. *J Clinic Pathology*. 2016;4(2):14-21.
8. Quiroz M. Manual para la exploración del oído. *Rev Mex*. 2016;3(1):38-41.
9. Jin R, Huang X, Li H. Laser therapy for prevention and treatment of pathology excessive scars. *Plast Reconst Surg*. 2013;6(2):17-21.
10. Altamirano C. Cicatrización normal y patológica: una revisión actual de la fisiopatología y el manejo terapéutico. *Rev Argent Cir Plástico*. 201;2(1):11-5.
11. Ribeiro C. Efeitos da terapia combinada no tratamento de queleide auricular. Um estudo de caso. *Rev Brasileira*. 2017;4(1):4-6 .
12. Marquardt Y. Characterization of a novel standardized human three-dimensional skin wound healing model using non-sequential fractional ultra pulsed CO2 laser treatments. *Lasers Surg Med*. 2015;47(3):257-65.
13. Paulo I. Tratamiento quirúrgico y compresivo de queloides. *Rev Chil Cir*. 2015;57(5):379-83.
14. Enríquez M. Opciones terapéuticas para cicatrices queloides e hipertróficas. *Rev Cent Dermatol Valencia (España)*. 2007;16(2):14-9.
15. Suárez A. Tratamiento combinado para cicatrices queloides en el pabellón auricular. *Rev Argent*. 2017;23(1):17-22.
16. Brunet A. Queleide de gran tamaño en pabellón auricular. *Rev Port Otorrinolaringol e Cirugía Cérvico Facial*. 2017;1:6-9.
17. Carriquiry C. Cicatrices hipertróficas y queloides. *Tendencias en Medicina*. *Rev Mex*. 2017;5(1):140-8.
18. Quintero M. Uso de imanes en el tratamiento de queloides auriculares. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2017;43(2):163-74.
19. Cantú M. Cicatriz queleide en pabellón auricular. Reporte de un caso. *Rev Esp Médico-Quirúrgicas (Perú)*. 2005;10(2):16-21.
20. Gutiérrez C. Estudio epidemiológico del trauma de pabellón auricular en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, México. *Rev Plást Iberolatinoam*. 2018 [acceso 16/08/2019];44(3):287-95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922018000300007>

21. Koike S. Laser Treatment for Keloids and Hypertrophic Scars: An Analysis of 102 Cases. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2014;2(1):272-81.

Conflicto de intereses

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

- María Elena Castillo Corzo: Presentó la idea original, realizó la revisión bibliográfica, redactó el texto final.
- Griselis Cordovez Torres: Participó en el estudio del caso, realizó la revisión bibliográfica.
- Yudania Crespo Hernández: Revisó la bibliografía, participó en la redacción del texto final.