

Queloides de gran tamaño en pabellón auricular

Large keloid scar in the pinna

Aina Brunet Garcia • M. Virginia Barrios-Crispi • Maria José Ferrer-Ramírez • Elizabeth Lucena Rivero • Isabel Lozano Blanco • Marta Faubel-Serra

RESUMEN

Introducción: Las cicatrices queloides son el resultado de una respuesta regenerativa anómala tras una afección de la piel. **Material y métodos:** Se presenta un caso de un queloide de gran tamaño localizado en el pabellón auricular así como el tratamiento realizado y evolución tras 3 años de seguimiento. Se realiza una revisión bibliográfica sobre esta patología, su forma de presentación, asociación con la colocación de piercings, tratamiento y evolución. **Discusión:** Los queloides suelen aparecer en zonas como el pecho, parte superior de la espalda, nuca y pabellón auricular. Su aparición ha aumentado en los últimos años debido al elevado porcentaje de individuos que se coloca piercings. Su tratamiento es complejo dada su alta tasa de recidiva y se han descrito hasta el momento varios tratamientos combinados para obtener mejores resultados. **Conclusiones:** El queloide de pabellón auricular es una entidad que el otorrinolaringólogo debería conocer, por sus implicaciones estéticas y afectación de la calidad de vida y por la complejidad de su tratamiento. **Palabras clave:** Queloides, cicatriz, pabellón auricular, piercing.

INTRODUCCIÓN

Las cicatrices son resultado del proceso de reparación de la piel ante la presencia de quemaduras, heridas, traumatismos, incisiones quirúrgicas o enfermedades; se trata de una respuesta regenerativa anómala. El tejido normal de la piel es sustituido por tejido cicatricial para cerrar heridas y prevenir infecciones. Dos de los tipos de cicatrices más frecuentes son las cicatrices hipertróficas y las queloides^{1,3}. Ambos tipos se consideran desórdenes fibroproliferativos de la dermis y se presentan sólo en humanos⁵.

Las cicatrices hipertróficas consisten en un sobrecrecimiento de tejido cicatricial que permanece entre los límites de la herida. Pueden experimentar un crecimiento rápido de hasta 6 meses, regresando posteriormente durante un período de pocos años^{1,2,3}. Las cicatrices queloides son formaciones densas en colágeno, no encapsuladas, neoplasias benignas de tejido conectivo que persisten durante largos periodos de tiempo, no regresan espontáneamente¹, y se extienden más allá de los límites de la lesión inicial, hecho que las diferencia de las cicatrices hipertróficas³. La cicatrización queloide fue descrita en 1700 por primera vez por Edwin Smith pero no fue hasta 1802 cuando Alibert usó el término queloide, de cheloid, que significa tenaza de cangrejo, debido a la forma que adquiriría la lesión⁶.

En su patogenia se han implicado múltiples mecanismos: errores en el recambio de colágeno, alteración de factores de crecimiento, cambios en la orientación de las fibras de colágeno secundarios a la aparición de tensión, disfunción inmunogenética o reacción inmunológica al sebo^{3,4}. Aun así, su formación es imprevisible sin que exista una relación causa-efecto demostrada³.

El pabellón auricular es una zona de riesgo para la aparición de queloides. Su incidencia ha aumentado desde la aparición de los piercings. Este fenómeno puede causar un efecto devastador para los pacientes. Nuestro objetivo es alertar sobre el aumento de esta patología y exponer nuestra experiencia en un caso de queloide de gran tamaño en el pabellón auricular. Realizamos una revisión de la literatura.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 23 años sin antecedentes patológicos

Aina Brunet Garcia

Hospital General Universitari de Castelló, Departamento de Otorrinolaringología.Espanha

M. Virginia Barrios-Crispi

Hospital General Universitari de Castelló, Departamento de Otorrinolaringología.

Maria José Ferrer-Ramírez

Hospital General Universitari de Castelló, Departamento de Otorrinolaringología.

Elizabeth Lucena Rivero

Hospital General Universitari de Castelló, Departamento de Otorrinolaringología.

Isabel Lozano Blanco

Hospital General Universitari de Castelló, Departamento de Otorrinolaringología.

Marta Faubel-Serra

Hospital General Universitari de Castelló, Departamento de Otorrinolaringología.

Correspondència:

Aina Brunet Garcia
?????

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Artigo recebido a 7 de Dezembro de 2016. Aceite para publicação a 16 de Agosto de 2017.

de interés que consulta por presentar tumoración en fosa escafoidea de pabellón auricular derecho, de 3,1 x 2,3 x 1.2 cm de diámetro, sesil, blanda y no dolorosa de 5 años de evolución que ha aumentado de volumen progresivamente (Fig 1 y 2). La paciente refiere como único antecedente la colocación de piercing en el sitio de la lesión 5 años antes, que se retiró por presentar cuadro clínico infeccioso, a los dos meses de la realización del mismo.

FIGURA 1



FIGURA 2



Realizamos una exéresis simple de la lesión bajo anestesia local, y pautamos tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino durante 1 semana y curas diarias con ácido hialurónico al 0.2% durante dos meses. Observamos una regeneración progresiva favorable de la zona (Fig 3). El estudio anatomopatológico de la pieza informó de cicatriz queiloide de pabellón auricular. Tras 3 años de seguimiento la paciente no ha presentado recidiva de su lesión.

FIGURA 3



DISCUSIÓN

La cicatriz es el estado final y definitivo de la reparación que el organismo efectúa en una herida accidental, quirúrgica, traumática o producida por alguna afección⁶. Existen muchos tipos de cicatrices, dos de las más frecuentes son las hipertróficas y las queiloideas¹. Estas cicatrices son el resultado de una respuesta regenerativa anómala ante una lesión de la piel y constituyen un efecto indeseable para todo cirujano^{1,2,6}.

Los queloides suelen aparecer en el pecho, parte superior de la espalda, nuca y pabellón auricular, como en el caso que exponemos. Raramente aparecen en la palma de las manos o la planta de los pies. Las cicatrices hipertróficas tienen más predilección por los hombros, cuello, zona pre-esternal, rodillas y tobillos^{1,2,3}.

Se han descrito complicaciones de los piercings según la localización de los mismos. Según la bibliografía revisada en el pabellón auricular la colocación de un piercing

puede provocar la aparición de cicatriz hipertrófica o queloide, condritis o pericondritis e incrustación. Así pues, podemos considerar la aparición de queloide en esta paciente como una complicación de la realización de un piercing⁷.

En la literatura se han definido varios factores de riesgo: población negra (15 veces más frecuente), embarazo, pubertad y antecedentes personales o familiares de queloides^{1,2}. En nuestro caso la paciente no refería ninguno de los factores de riesgo mencionados.

Otro factor que puede influir en la aparición de lesiones hiperplásicas es el movimiento continuado del piercing en el tejido. Es más frecuente en pacientes que se colocan un piercing después de los 11 años de edad⁸. Este hecho concuerda con nuestra paciente, que se realizó el piercing a los 18 años.

Existen zonas como el lóbulo auricular, sometidas a mínimas fuerzas de movimiento y tensión que tienen poca presencia de recurrencias, este hecho favoreció la buena evolución de la cicatrización en nuestra paciente tras la exéresis de la lesión, ya que hasta el momento no ha habido recidiva de la misma. Por el contrario, zonas como la parte central de la cara, que aunque raramente presenta cicatrices hipertróficas o queloides, presenta mayor tasa de recurrencias debido a que estas fuerzas producen una estimulación de los fibroblastos y miofibroblastos¹.

El diagnóstico diferencial se debería realizar con otros tipos de cicatrices, granuloma piogénico, linfoma, fibroma o granuloma a cuerpo extraño¹¹

Revisando la literatura, varios autores han descrito medidas para ayudar a reducir la aparición del queloide en el acto quirúrgico, siguiendo la regla de las "5As y 1B", por Asepsis, atraumatic technique, absence of raw surface, avoidance of tensión, accurate approximation of wound margin, and complete bleeding control^{3,4}. En nuestro caso la ubicación y dimensiones de la lesión no permitían aproximación de los márgenes, por lo que tras el control del sangrado se siguieron condiciones de asepsia y cicatrización mediante curas locales. La lesión estaba localizada en una zona que no presentaba tensión.

No se han encontrado estudios comparativos entre las diferentes técnicas quirúrgicas: cierre primario, injertos, colgajos, enucleación del volumen principal de fibrosis con plastia del remanente cutáneo (fillet flap) o cierre por segunda intención^{3,9}.

Se han descrito diversos tratamientos para prevenir la extensión de la inflamación y las recurrencias, como la administración de corticoides intralesionales (Triamcinolona), crioterapia, radioterapia, presoterapia, laser CO₂, geles de silicona, geles de imiquimod o inmunoterapia^{1,2,3}.

La combinación de cirugía y radioterapia ha demostrado menor índice de recidivas. Aun así, en la actualidad no se dispone de ninguna técnica que garantice buenos resultados en todos los casos^{3,4,10}. La radioterapia se ha

demostrado efectiva en los queloides extensos; existe controversia en el tratamiento para los queloides de pequeño tamaño. Su uso es limitado debido al riesgo de inducir malignidad. El tratamiento combinado con cirugía y corticoides intralesionales tiene también uno de los mayores porcentajes de curación. En este artículo describimos un caso en el que se optó por tratamiento únicamente quirúrgico con curas posteriores, sin infiltración de corticoides intralesionales, sin evidenciar recidiva tras 3 años de seguimiento. Aun así, consideramos que la actitud terapéutica correcta según la literatura sería cirugía junto con administración de corticoides intralesionales o radioterapia.

El queloide en pabellón auricular es cada vez más frecuente debido al uso del piercing. En nuestro servicio hemos observado un aumento de la incidencia de queloides en zonas de colocación de piercing, concretamente en el pabellón auricular. En esta topografía el queloide tiene importantes implicaciones estéticas y de aparición de estigma y puede limitar de forma considerable la calidad de vida de estos pacientes. El tratamiento del mismo sigue siendo un desafío terapéutico^{4,9,10}. Es por este motivo que consideramos que es una patología que el otorrinolaringólogo tiene que tener en cuenta y debe conocer su existencia, tratamiento y factores favorecedores de recidiva.

CONCLUSIONES

El queloide de pabellón auricular es una entidad en aumento debido al uso del piercing. Presenta importantes tasas de recidiva tras el tratamiento, por lo que es esencial conocer los diferentes tratamientos disponibles y la eficacia de los mismos. Según la literatura podemos concluir que el tratamiento quirúrgico siguiendo la regla de las "5As y 1B" juntamente con radioterapia o la administración de corticoides intralesionales obtiene los mejores resultados. No hay que olvidar que esta entidad puede tener un efecto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes debido a sus implicaciones estéticas.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Referências bibliográficas:

1. Edriss AS, Mestak J. Management of keloid and hypertrophic scars. *Ann Burns Fire Disasters*. 2005;18:202-210
2. Hunasgi S, Koneru A, Vanishree M, Shamala R. Keloid: A case report and review of pathophysiology and differences between keloid and hypertrophic scars. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2013 Jan-Apr;17(1):116-120.
3. Bejarano M, Parri FJ, García NI, Martínez-Herrada S., et al. Cicatrices queloides en pabellón auricular: un problema no resuelto. *Cir Pediatr* 2014;27:21-25.
4. Gutiérrez C, López FJ, Lara J, Cervantes JP, et al. Protocolo de tratamiento de cicatrices queloides en el pabellón auricular del Hospital General Dr. Manuel Gea González. *Cir.plást.iberolatinoam*. 2012;38(1):49-54
5. Salem C, Vidal A, Mariangel P, Concha M. Cicatrices hipertróficas y queloides. *Cuadernos de Cirugía*, Vol. 16 N° 1, 2002, pp. 77-86.
6. Cintron-Machon G, Poveda-Xatruch J. La cicatrización queloides. *AMC vol 50(2)*, abril-junio 2008.
7. Fornes B, Díez P, Sierra C. Complicaciones y cuidados de los piercing y los tatuajes.
8. Lane JE, Lane MD^a, Jennifer L et al. Relación entre la edad en el momento de hacerse un piercing en el lóbulo de la oreja y la formación de un queloides. *Pediatrics*. 2005; 59(5):283-5.
9. Valeron-Almazan P, Dehesa-Garcia L, Vilar-Alejo J, Domínguez-Silva J, Gómez-Duaso J, Carretero-Hernández G. Tratamiento quirúrgico del queloides recidivante de pabellón auricular mediante colgajo en filete. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101(3):235-241
10. Guitierrez C, López FJ, Lara J, Cervantes JP, Márquez E, Morales D. Protocolo de tratamiento de cicatrices queloides en el pabellón aruciular del Hospital General Dr. Manuel Gea González. *Cir.plást. iberolatinoam.-Vol. 38 - N° 1. Ene - Feb - Mar 2012 / Pag. 49-54.*
11. Miranda-Rius J, Brunet-Llobet LI, Lahor-Soler E, Mrina O, Nadal A. A gray-purple mass on the floor of the mouth: Gigantic mucogingival Pyogenic Granuloma in a Teenage Patient.