	NOMBRE		CÓDIGO
	INFILTRACION DE CICATRIZ QUELOIDE		05-1-PM-001
	TIPO DE DOCUMENTO	PROCESO	VERSIÓN 002
	PROTOCOLO MÉDICO	MISIONAL	

## CICATRIZ QUELOIDE

### OBJETIVO

1. Conocer las causas, síntomas, implicaciones clínicas, métodos de diagnóstico y manejo de la cicatriz queloide

### RESPONSABLE

Médicos y enfermeras.

### ALCANCE

Desde el ingreso del paciente hasta que se complete el tratamiento en todas sus fases siguiendo los procedimientos del proceso.


**DEFINICION:** La cicatrización es un conjunto de procesos que se producen como respuesta de los tejidos a una lesión y tiene como finalidad obtener la recuperación funcional y estructural de los mismos. Sin embargo, en algunas ocasiones el proceso puede alterarse y el resultado se presenta con cicatrices grandes y elevadas, conocidas con cicatriz patológica.

**HISTORIA:** Las primeras descripciones fueron realizadas en los albores del Siglo VIII en ciertas tribus Nigerianas con costumbres rituales de perforación de las orejas y marcas cortantes en cara y torso. Retz en 1790 describió un tumor cicatrizal espontáneo. J. L. Alibert en 1806 las describe y las llama **cancroide** por su similitud con lesiones cancerosas de la piel, pero luego le cambia el nombre para distinguirlos y le llama **Cheloide** , palabra derivada del griego **chele (Quele) o garra de cangrejo**.

**INCIDENCIA:** Varía mucho según las regiones, desde menos de 1 por mil en Inglaterra hasta el 16 por ciento en algunos países de África. Además de la raza, inciden la edad, el sexo, y muy particularmente la región del cuerpo. Es muy frecuente en el área pre-external, deltoidea, espalda y orejas. Las personas de la misma raza que habitan zonas más tropicales son más propensas.

Su verdadera etiología es aún desconocida, pero se asocia a **factores locales** como traumatismo (siempre presente), cierre de heridas con tensión, infección, y a factores inmunológicos y endocrinos generales. Se han descrito por quemadura, abrasión, acné, picadura de insecto, varicela y otras víricas, y por incisiones quirúrgicas. No están presentes en zonas sin glándulas sebáceas, como las palmas de las manos ni las plantas de los pies, por lo que la secreción de dichas glándulas pudiera tener una actividad antigénica y asociada a una respuesta autoinmune.

Su **relación endocrina** se basa en que su presencia es más fuerte en áreas con proporción más alta de metabolismo de testosterona, como el tórax y la espalda. Es raro en la adolescencia y

	NOMBRE		CÓDIGO
	<b>INFILTRACION DE CICATRIZ QUELOIDE</b>		<b>05-1-PM-001</b>
	TIPO DE DOCUMENTO	PROCESO	VERSIÓN 002
	<b>PROTOCOLO MÉDICO</b>	<b>MISIONAL</b>	

más frecuente en Acromegálicos y embarazadas con niveles altos de andrógenos y de hormona estimulante de los melanocitos (M. S. H.)

El Queloide es una cicatriz patológica y se caracteriza por su aparente permanente actividad, pues no involuciona salvo en ancianos, de forma abultada, roja, con capilares superficiales, e invade tejido sano circundante superficial. Pueden llegar a presentar un pedículo.

Con frecuencia presenta prurito, rara vez se ulcera, y está desprovista de anexos cutáneos (pelos, glándulas).

Hay que diferenciarla de la **Cicatriz Hipertrófica** que involuciona espontáneamente a los 6 meses y nunca invade los tejidos vecinos sanos.


**FISIOPATOLOGÍA:** No se ha logrado su desarrollo en modelos animales y a pesar de estudios múltiples no existe una teoría que se considere absolutamente válida. Aunque son 2 entidades completamente diferentes, la cicatriz queloide pasa por un período de cicatriz hipertrófica y comparten características: gran cantidad de miofibroblastos que se agrupan en nódulos que sintetizan gran cantidad de colágeno, elastina y fibronectina, y por la acción de las alfa-globulinas está inhibida la acción de la colagenasa. La cicatriz que pasa por una fibroplasia prolongada presenta aumento de factores de crecimiento y macrófagos, células que a su vez secretan más factores de crecimiento que estimula a los fibroblastos a formar más colágeno.

El aumento de la expresión del gene en las células endoteliales incrementa la angiogénesis a modo de círculo vicioso. La fibroplasia se ve aumentada cuando las cicatrices se ubican en dirección paralela a las fibras musculares, perpendicular a las líneas de mínima tensión. La labilidad de los enlaces cruzados no saturados del colágeno hace la permanencia de una cicatriz inmadura.

**CUADRO CLINICO:** Tanto la cicatriz queloide como la cicatriz hipertrófica son elevadas, de color rojizo y presentan la misma sintomatología: ardor, prurito e hipersensibilidad. La diferencia entre una y otra se encuentra en la extensión y duración de las mismas. Como diagnóstico diferencial, la cicatriz queloide se extiende más allá del límite original de la herida, es decir, invade tejido sano y no presenta con el tiempo, regresión en su volumen ni en su sintomatología. En cambio la cicatriz hipertrófica tiene una causa bien definida, es autolimitada, elevada, se encuentra dentro de los límites originales de la herida y con el tiempo se aplanan, palidece y disminuyen los síntomas.

**LABORATORIO:** No existen pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de esta patología. La utilidad de laboratorio se presenta al enviar la pieza quirúrgica a examen histopatológico y corroborar el diagnóstico clínico. Sin embargo, la diferenciación objetiva entre uno y otro tipo de cicatriz patológica, se lleva a cabo por estudios bioquímicos de hidrolasa de prolina, histamina y alfa globulinas.

**TRATAMIENTO:** Antes de iniciar alguna modalidad de tratamiento se debe de establecer cual es la meta del mismo: eliminar la cicatriz antiestética o simplemente eliminar la sintomatología. Si el objetivo es el primero, debe advertirse al paciente la posibilidad de recurrencia de la cicatriz, de una longitud mayor que la inicial, además debe utilizarse tratamiento adyuvante como la presoterapia. Si el objetivo es tratar la sintomatología, puede utilizarse solamente tratamiento farmacológico.

	<b>NOMBRE</b> <b>INFILTRACION DE CICATRIZ QUELOIDE</b>		<b>CÓDIGO</b> <b>05-1-PM-001</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b> <b>PROTOCOLO MÉDICO</b>	<b>PROCESO</b> <b>MISIONAL</b>	<b>VERSIÓN 002</b>

Las opciones terapéuticas incluyen: prevención, cirugía, presoterapia. inyección de esteroides y terapia láser. Prevenir cirugías en cabeza, cuello y tórax que no sean necesarias; cerrar las incisiones con mínima tensión, y prendas de compresión durante varios meses en pacientes de riesgo. En los lóbulos de las orejas los artes de compresión dan buenos resultados.

**La cirugía** tiene alta tasa de recaída por lo que lo mejor es combinar los tratamientos quirúrgicos con infiltración temprana con esteroides (Triamcinolona) y presión con láminas de silicona por 6 a 12 meses, o radioterapia a 1000-2000 Rad. después de la resección quirúrgica.

La aplicación **intralesional de Triamcinolona** , 40 mg. por ml. cada 4-6 semanas produce atrofia, depresión y despigmentación transitoria durante 1 año. Valoración de los resultados después de cada infiltración para evitar un sobretratamiento con efectos colaterales indeseables, como el desarrollo de telangiectasias y atrofia de la piel.

**La crioterapia** local causa anestesia y ablandamiento de la lesión, lo que facilita la infiltración con esteroides.

También se utiliza la oclusión de la cicatriz con una **placa de silicóna** , la cual puede utilizarse en forma aislada o combinada con prendas de presión. Mediante su uso continuo se observa disminución de la sintomatología y aplanamiento posterior de la cicatriz. El mecanismo de acción se desconoce, aunque se sugiere que la placa o la crema de silicón aplicadas sobre la cicatriz la mantienen en hidratación constante. Otro posible mecanismo es la inducción de un campo electrostático por la placa de silicón, con una polarización negativa de los componentes de la cicatriz, que causa la involución de la misma.

Si se retoma el concepto de que la cicatriz hipertrófica es un proceso autolimitado, lo ideal es esperar el plazo de 1 año para evaluar el resultado final y decidir si la cicatriz remanente es susceptible de resección quirúrgica. Si se decide esto último debe de tomarse en cuenta los principios básicos de evitar un cierre sin tensión, seguir las líneas de tensión relajada, el realizar plastías locales, ocasionalmente injertos de piel y colgajos, así como, después de la cirugía el uso de la presoterapia y placa de silicón.

**Bibliografía:**

1.-RANCE W. RANEY, MD, 14 de octubre de 1993

2.- Hospital General de México , México, D. F.

<b>ELABORO</b>	<b>REVISO</b>	<b>APROBO</b>
NOMBRE: ESPECIALISTA	NOMBRE: ALEJANDRO ARIAS CARGO: DIRECTOR MÉDICO	