

Corticoides intralesionales en cicatriz hipertrófica

Intralesional corticoids in hypertrophic scar

PÉREZ SILGUERO D¹, PÉREZ SILGUERO MA¹, JIMÉNEZ GARCÍA A²,
BERNAL BLASCO I², PÉREZ HERNÁNDEZ FR¹, WEILL D¹

RESUMEN

Presentamos el caso de una cicatriz hipertrófica unilateral localizada en el párpado superior, una ubicación inusual para esta patología, secundaria a blefaroplastia. El tratamiento quirúrgico de la misma no resolvió el problema. Posteriormente se decidió tratamiento conservador con inyecciones de corticoides intralesionales, consiguiéndose la práctica resolución del cuadro. Defendemos el uso de este último tratamiento como la primera elección para queloides y cicatrices hipertróficas.

Palabras clave: Queloides, cicatriz hipertrófica, corticoide intralesional.

SUMMARY

We present the unusual case of an unilateral hypertrophic scar placed in the superior eyelid after a blepharoplasty. The surgery treatment didn't resolve it. Then, we applied intralesional corticoids successfully. We think this must be the first line treatment in keloids and hypertrophic scars.

Key words: Keloid, hypertrophic scar, intralesional corticoid.

Centro Insular de Oftalmología. Hospital Materno Infantil. Hospital General de Buenos Aires.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía.

² Licenciado en Medicina y Cirugía.

Correspondencia:
David Pérez Silguero
Centro Insular de Oftalmología
Las Palmas de Gran Canaria
España

INTRODUCCIÓN

Los queloides y cicatrices hipertróficas son tumores fibrosos que aparecen en respuesta a heridas cutáneas. Son firmes, variablemente pruriginosos, más frecuentes en segunda y tercera década de vida, pacientes de piel oscura, localizándose sobre todo en parte superior de espalda, hombros, pecho y lóbulo de las orejas. Es extremadamente inusual su aparición en párpado superior.



Fig. 1: Se observa la asimetría de la hendidura palpebral, con exposición escleral en ojo izquierdo.



Fig. 2: Imagen del homoinjerto cutáneo en tiempo postquirúrgico inmediato.



Fig. 3: Cordones fibrosos en el área del homoinjerto cutáneo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 51 años que acude a nuestro servicio por presentar retracción de párpado superior izquierdo tras blefaroplastia cosmética realizada en otro centro. Presentaba sintomatología clásica de queratopatía por exposición. Como antecedente quirúrgico reseñar cirugía refractiva (PRK) 5 años atrás sin complicaciones. La exploración ocular fue anodina exceptuando la epiteliopatía punctata del 1/3 inferior corneal del OI, y la exposición de 1 mm de esclera superior por la retracción palpebral izquierda (fig. 1). El cierre palpebral era incompleto en su OI en el movimiento de parpadeo involuntario, pudiendo cerrarlo completamente forzando el orbicular. Presentó buen signo de Bell bilateral. La herida quirúrgica de la blefaroplastia del OD (realizada 5 meses antes) era casi inexistente, observándose en OI discretamente hipertrófica y en posición demasiado cercana al borde libre.

El único tratamiento recibido tras cirugía fue la aplicación de masajes traccionales en dicho párpado durante los últimos 3 meses, sin resultado aparente según refirió la paciente. Se realizó el diagnóstico de cicatriz hipertrófica y déficit de lámina anterior sin ectropion. Se procedió a la extirpación de la cicatriz y sustitución por homoinjerto cutáneo obtenido del área retroauricular (fig. 2). En el acto quirúrgico se observó tejido cicatricial profundo, con un orbicular fibrosado, y precisando incluso liberación de adherencias que alcanzaban a la aponeurosis del elevador.

El postoperatorio inmediato fue exitoso, mejorándose el cierre palpebral y la sintomatología. Sin embargo, a la semana de retirar la torunda compresiva que durante 5 días mantuvimos sobre el injerto, aparecieron varios cordones fibrosos que ocupaban todo el eje longitudinal del injerto (fig. 3), provocando de nuevo retracción y queratopatía por exposición. Debido a la respuesta previa a la cirugía optamos por un tratamiento conservador: Iniciamos entonces inyección de corticoide intralesional en las áreas lesionadas (trigón depot), a razón de 4 ó 5 punciones por sesión (una sesión por semana) durante dos meses. Continuamos dos meses más con

sesiones quincenales. La respuesta fue rápida, observándose reducción de volumen de los cordones fibrosos tras la tercera aplicación, aumentando la mejoría de manera progresiva (fig. 4). Actualmente, tras 7 meses de la cirugía, el cuadro permanece estable, presentando un cierre palpebral bueno y remisión de sintomatología subjetiva (fig. 5).

DISCUSIÓN

Los queloides y cicatrices hipertróficas son tumores fibrosos que aparecen como respuesta anormal a heridas cutáneas. Su presencia en el párpado superior es extremadamente inusual en pacientes sanos. Debe distinguirse de un déficit de lámina anterior por exceso de extirpación en una blefaroplastia mal realizada, o por la colocación de un injerto de escasa superficie. Sí es posible observar cicatrizaciones anómalas palpebrales en pacientes con tracoma, ictiosis, sarcoidosis, extirpación de lesiones tumorales, e incluso en el síndrome de Down.

Su aparición se asocia con un aumento de celularidad y gran actividad de fibroblastos queloides (1), que además presentan una menor tasa de apoptosis. Ésta puede aumentarse en respuesta a corticoides, gammainterferón e hipoxia (2). Existe también una desregulación focal de p53 combinada con un aumento de bcl-2, que estimula la proliferación celular y disminuye la tasa de muerte celular en las áreas más jóvenes del keloide (2). A ello se añaden alteraciones de glicosaminoglicanos, del metabolismo del colágeno y defectos enzimáticos (3,4).

La distinción clínica entre cicatrices hipertróficas y queloides se basa en la capacidad de este último de crecer más allá de los límites de la herida original y responder con mayor porcentaje de recurrencias a la excisión simple, del orden del 50-100% (5), por lo que se recomienda evitar la cirugía agresiva, y la extirpación debe acompañarse siempre de inyecciones intra y postoperatorias de corticoides y presión (6).

Son varios los tratamientos aplicados a las cicatrices hipertróficas y queloides. La inyección intralesional de corticoides es uti-



Fig. 4: Mejoría evidente tras primeras sesiones de inyecciones de corticoides intralesionales. Se puede apreciar los puntos de infiltración.



Fig. 5: Tras siete meses de la cirugía el aspecto cicatricial es prácticamente normal.

lizada por muchos autores como el tratamiento inicial de elección: Provoca una disminución de tejido conectivo, reduciendo el volumen de la cicatriz (2,4,6,7). La presión es otro de los tratamientos conservadores utilizados por su capacidad para provocar hipoxia (2,4,6,7), a veces asociada con el uso de materiales derivados de la silicona (geles, conformadores,...) (4). La silicona actuaría por hidratación, aunque algunos autores aboguen por su capacidad para generar electricidad estática (8). La criocirugía con nitrógeno líquido, la radioterapia (5), el PDL (pulse dye laser) (4), gammainterferón y alfa2b-interferón intralesionales, y el láser de CO₂ (4) son otros tratamientos utilizados.

CONCLUSIÓN

Creemos aconsejable el tratamiento conservador de las cicatrices hipertróficas y los queloides, utilizando como primera elección los corticoides intralesionales. La buena respuesta, la casi ausencia de efectos adversos derivados de su uso, y la posibilidad de reali-

zación de una cirugía como tratamiento alternativo no contraindicado por el uso previo de los corticoides, ratifican dicha afirmación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murria JC, Pollac SV, Pinnell SR. Keloids: A review. *J Am Acad Dermatol* 1981 Apr; 4(4): 461-470.
2. Ladin DA, Hou Z, Patel D. P53 and apoptosis alterations in keloids and keloid fibroblasts. *Wound Repair Regen* 1998 Jan-Feb; 6(1): 28-37.
3. Kerl H, Aubock L, Bayer U. Formation and treatment of pathologic scar-clinical and micro-morphologic investigations. *Z Hautkr* 1981 Mar 1; 56(5): 282-300.
4. Berman B, Flores F. The treatment of hypertrophic scars and keloids. *Eur J Dermatol* 1998 Dec; 8(8): 591-595.
5. Clavere P, Bedane C, Bonnetblanc JM. Postoperative interstitial radiotherapy of keloids by iridium 192: a retrospective study of 46 treated scars. *Dermatology* 1997; 195(4): 349-352.
6. Rudolph R. Wide spread scars , hypertrophic scars, and keloids. *Clin Plast Surg* 1987 Apr; 14(2): 253-260.
7. Nicolai JP, Bos MY, Bronkhorst FB, Smale CE. A protocol for the treatment of hipertrophic scars and keloids. *Aesthetic Plast Surg* 1987; 11(1): 29-32.
8. Hirshowitz B, Lindenbaum E, Har-shai Y. Static-electric field induction by silicone cushion for the treatment of hipertrophic and keloid scars. *Plast Reconstr Surg* 1998 Apr; 101(5): 1173-1183.