

Tema 13

CICATRICES Y QUELOIDES

Dres. E. Herrera, A. Sanz y M. Frieyro

DEFINICIÓN

Las cicatrices hipertróficas y los queloides son lesiones motivadas por reparación fibrosa excesiva de los tejidos cutáneos como consecuencia de un traumatismo, herida o un proceso inflamatorio en la piel. *La cicatriz hipertrófica* se mantiene limitada al lugar exacto de la herida y, con el tiempo, tiende a disminuir, mientras que *el queloide* se extiende más allá de los límites de la lesión original invadiendo la piel vecina con prolongaciones en forma de dientes y puede seguir aumentando de tamaño durante décadas.

ETIOPATOGENIA

Es desconocida. En ambos procesos se han observado las mismas alteraciones bioquímicas y microscópicas, aunque más acusadas en los queloides, siendo lo más característico el aumento de la actividad de los fibroblastos y de la síntesis de colágeno. Aparecen como consecuencia de traumatismos o tras lesiones de la piel en personas predispuestas. Las localizaciones más comunes son aquellas donde hay mayor tensión y la piel es más gruesa (zona superior de la espalda y región preesternal). El lóbulo de la oreja es una localización frecuente tras la colocación de pendientes. También pueden aparecer de forma espontánea, sin antecedentes de lesión alguna. Los que surgen en una zona de quemadura o escaldadura suelen ser de mayor tamaño. También son más frecuentes en la raza negra, en las personas con grupo sanguíneo A y antes de los 40 años de edad.

CLÍNICA

El *queloide* se muestra como un tumor duro, fibroso, de bordes irregulares y bien delimitados,

que localiza en el sitio de una herida previa y se extiende más allá de los límites de lesión original, con prolongaciones en forma de dientes. El color es de rosado a morado y puede haber hiperpigmentación. La superficie cutánea es lisa y brillante, pudiendo existir áreas focales ulceradas (Fig. 1). La *cicatriz hipertrófica* tiene un aspecto similar, siendo lineal cuando es tras herida quirúrgica y papulonodular si es consecuencia de lesiones inflamatorias. Por lo general, ambas lesiones son asintomáticas o ligeramente pruriginosas, aunque los queloides pueden ser dolorosos y molestos con la palpación (Fig. 2).

Como claves clínicas diagnósticas podemos considerar las proyecciones en dentadura del queloide, ausentes en la cicatriz hipertrófica y además la cicatriz hipertrófica no sobrepasa los límites de la lesión original y frecuentemente se observa una mejoría espontánea en los primeros meses, mientras que esto no sucede en el queloide.

HISTOPATOLOGÍA

Las cicatrices no patológicas muestran una fibrosis que podemos denominar modulante. Los fibroblastos discretamente aumentados en número en los estadios iniciales y acompañados de producción de colágeno se distribuyen de forma ordenada y paralela a la epidermis. No ocurre así en las cicatrices hipertróficas, que toman una configuración nodular y están constituidas por fibroblastos que de forma evidente están aumentados en número, siendo la producción de fibras de colágeno mayor que en las cicatrices no patológicas. Fibroblastos y fibras de colágeno tienden a distribuirse en fascículos desordenados. Suele haber en estadios iniciales un discreto infiltrado linfocitario perivascular y algo de mucina intersticial (Figs. 3 y 4).

En las cicatrices queloideas lo característico es la presencia de amplias bandas de colágeno hiali-



Figura 1. *Queloides sin factor traumático desencadenante en paciente joven.*



Figura 2. *Cicatriz hipertrófica lineal bien delimitada en cara anterior de tórax en paciente sometida a estereotomía media.*

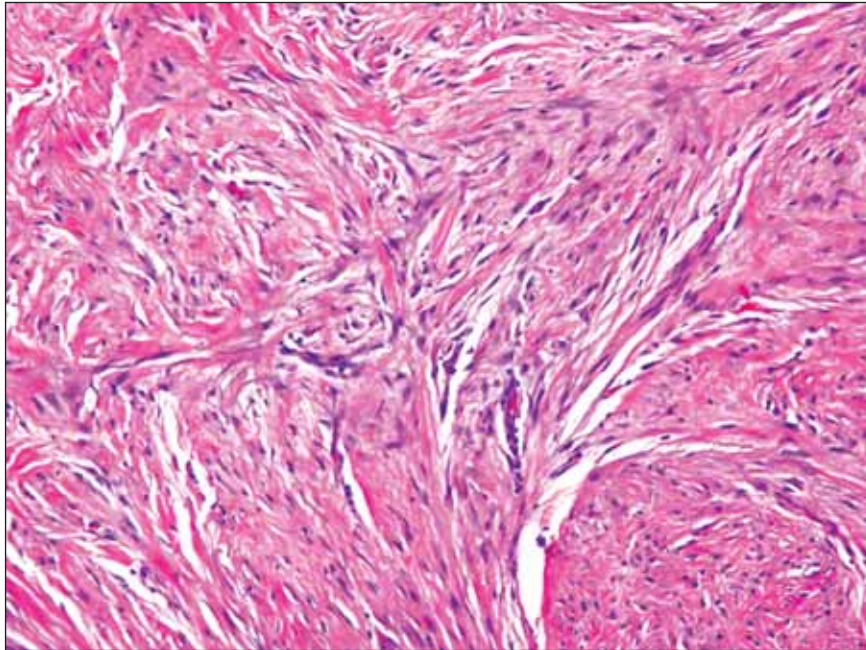


Figura 3. Cicatriz hipertrófica. Fascículos de fibroblastos y bandas de colágeno.

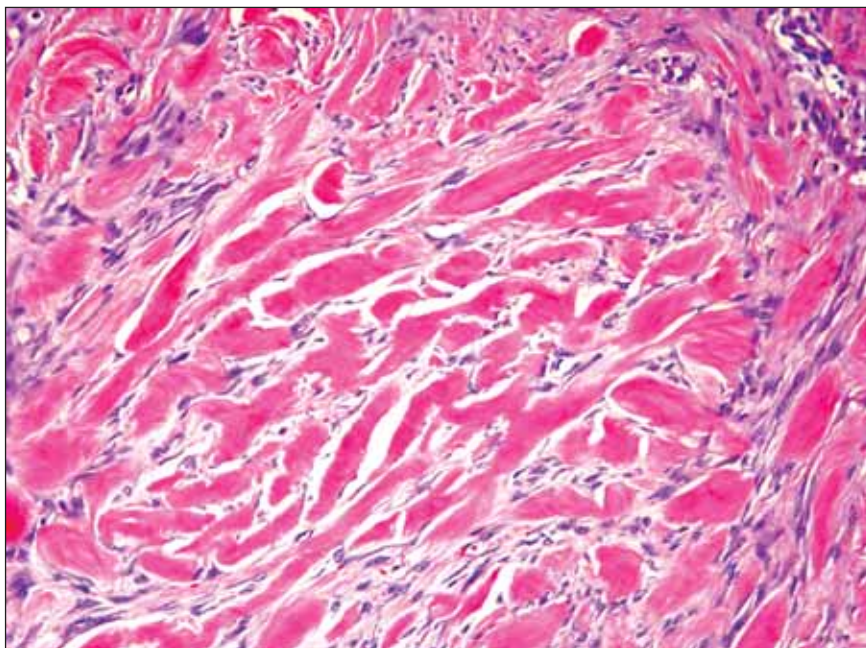


Figura 4. Queloides. Anchas bandas de colágeno hialinizado, intensamente eosinófilas.

nizado, que suelen ser intensamente eosinofílicos. Los fibroblastos que corren paralelos a las bandas son mas escasos que en las cicatrices hipertróficas.

Claves diagnósticas histopatológicas 1. *Cicatrices hipertróficas*: Presencia de fibroblastos y bandas de colágeno en fascículos con disposición nodular. 2. *Queloides*: Presencia de amplias bandas de colágeno hialinizado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Clínicamente habría que hacerlo con el carcinoma basocelular morfeiforme, dermatofibroma, dermatofibrosarcoma protuberans, granuloma de cuerpo extraño, tumor desmoide, sarcoidosis, xantogranuloma juvenil, leiomioma, neuroma.

Histopatológicamente el diagnóstico diferencial

se plantea con el dermatofibroma, el dermatomiofibroma (fibromatosis en placa dérmica), las fibromatosis superficiales y la fibromatosis con cuerpos de inclusión (fibromatosis digital infantil).

El dermatofibroma, considerado por algunos autores como un proceso reactivo (dermatofibrosis) y no una auténtica neoplasia, es difícil diferenciar de las cicatrices patológicas, sobre todo cuando la biopsia es parcial y no vemos la arquitectura en su conjunto. La presencia de bandas colagénicas atrapadas en la periferia (fibrosis pseudoqueloides), la forma “en pastilla” y la hiperplasia epidérmica con pigmentación son datos que apoyan el diagnóstico de dermatofibroma. En el dermatomiofibroma los fascículos de células de apariencia fibroblástica se distribuyen característicamente paralelas a la epidermis. En las fibromatosis se alternan áreas celulares con otras predominantemente colagénicas y suele afectar en profundidad, tejido subcutáneo y fascia. Cuerpos intracitoplásmicos, eosinofílicos y globoides son la clave de la fibromatosis de inclusión.

TRATAMIENTO

En la actualidad se realiza aplicación intralesional de glucocorticoides consiguiéndose un adelgazamiento de la lesión y mejoría del prurito en la mayoría de los casos. Recientemente se han descrito otras posibilidades terapéuticas preventivas como los geles y cremas de silicona. El láser de colorante pulsado también podría ser una alternativa terapéutica. En queloides de gran tamaño, otra posibilidad sería la escisión quirúrgica, asociada a la inyección intralesional de glucocorticoides o interferon alfa-2b para intentar limitar recidivas. Un enfoque de tratamiento combinado con modalidades quirúrgicas y no quirúrgicas es el mejor para el tratamiento y prevención de los queloides en la actualidad.

En definitiva, ambas lesiones pueden plantear serios problemas al paciente cuando son de gran tamaño o localizan en determinadas topografías, como en la región facial o lóbulo auricular.