

' HOSPITAL DOCENTE "DR. SALVADOR ALLENDE" SERVICIO DE DERMATOLOGIA

Queloides: experiencia terapéutica con radioterapia superficial

Por:

Prof. VICENTE DANIEL MENENDEZ GARCIA,*
Dr. AVELINO ANTONIO GUIRIBITEY ALCALDE,** Dr. HIRAM JESUS PORRO LOPEZ*** y Téc. EDUARDO
VEGA LLORENTE****

Menéndez García, V. D. y otros. *Queloides: experiencia terapéutica con radioterapia superficial.*

Se revisa brevemente el queloides, insistiendo en su patogenia, en el diagnóstico diferencial y en los tratamientos más empleados actualmente. Se señala la utilidad del tratamiento por la radioterapia superficial, presentando la experiencia adquirida en un grupo de 50 pacientes con grupo control.

INTRODUCCION

El paciente con queloides llega con relativa frecuencia al dermatólogo, tratando de mejorar los molestos síntomas que produce esta afección, o la lesión inestética que afecta grandemente desde el punto de vista psicológico al que lo padece.

DESARROLLO

El queloides, de la raíz griega *chele*, que significa pinza de cangrejo, ha sido designado también con el nombre de quelis-queloma, o el de cicatriz hipertrófica.¹⁻⁹ Fue *Alibert* en 1810, el que los describiera por primera vez en forma científica, y dedicó varias páginas a los mismos.

Se presenta el queloides como una lesión firme, de borde y forma irregular, debido a una neoformación lenta del tejido fibrocelular del corion. El color de la misma es rojizo, rosado o blanquecino,³⁻⁹ con la consistencia gomosa y presencia de telangiectasias.

* Profesor Jefe del servicio de dermatología. Miembro del CAC. Profesor principal de la Facultad de Ciencias Médicas No. 2 del ISCHM. Grupo Nacional de Dermatología. Grupo Nacional de Rehabilitación.

** Instructor. Jefe del Grupo Básico de Dermatología. Facultad de Ciencias Médicas No. 2 del ISCMH.

*** Especialista de I grado. Jefe de Grupo Básico de Dermatología.

**** Técnico de radioterapia superficial del servicio de dermatología.

Cuando el queloide es provocado por quemaduras, suele ser muy extenso, aunque puede producir retracciones cutáneas que causan dolor y afectan a la psiquis del paciente.

Si el queloide se localiza por encima de las articulaciones o alrededor de ojos y boca suele producir las retracciones cutáneas muy inestéticas.

Patogenia

Existe una predisposición individual y antecedentes familiares al padecimiento del queloide.^{1,3,6} También son más susceptibles los pacientes de raza negra y mestiza.

Sintomatología asociada: El prurito,³⁻⁶ suele ser en ocasiones muy intenso y difícil de combatir.¹

El dolor está presente y en ocasiones el simple roce de la ropa causa molestia al paciente.^{2,3,6,7,9} También se señala sensaciones parestésicas diversas, como ardor, sensaciones de picotazos, algunos pacientes señalan molestias neuralgiformes.

Localización

Algunas regiones del cuerpo son más susceptibles al padecimiento. A continuación enumeramos los lugares más frecuentes encontrados en la práctica diaria:^{1,2,6,8,9}

- región esternal
- cuello
- orejas
- región deltoidea
- mejillas
- axilas
- dorso de las manos, etcétera.

Diagnóstico diferencial

1. Debe diferenciarse de la cicatriz hipertrófica^{1,3,6} que presenta características clínicas evolutivas e histopatológicas diferentes.
2. El fibrosarcoma es otro diagnóstico con el que hay que diferenciarlo frecuentemente.^{3,4,8}
3. El leiomioma.
4. El fibroma o histiofibroma.
5. La esclerodermia circunscrita.

Variedades clínicas

Se describe el queloide espontáneo y el queloide cicatricial.

El queloide espontáneo es el más raro, aparece sobre la piel sana sin causa aparente. La mayor parte de los autores sostienen que es en realidad cicatricial, consecutivo a una lesión superficial o a un traumatismo ligero que ha pasado inadvertido a la persona portadora.

El queloide cicatricial, puede ser secuela de una causa traumática o inflamatoria. Se le ha descrito sobre cicatrices de heridas quirúrgicas o accidentales, en marcas de vacunas y también producidas por quemaduras de diversas causas.

*Tratamiento*⁶⁻⁹

Esta enfermedad es de fácil recidiva, lo que plantea un problema en la indicación terapéutica. Se han empleado varios tratamientos, tanto con fines preventivos como curativos, a continuación relacionamos los mismos:

1. Indicaciones internas de yoduros, arsenicales y aceite de hígado de bacalao.
2. Empleo de cremas esteroideas en uso tópico.
3. Inyección intralesional de corticoesteroides, que pueden disminuir el prurito, aunque los resultados no son del todo satisfactorios.
4. Crioterapia (hielo seco y nieve carbónica), se emplea para combatir la sensación de ardor, dolor y prurito.

Si el queloide es joven, de menos de 3 meses de instalación, puede obtenerse beneficio de la radioterapia superficial, dado que las células son jóvenes y responden al tratamiento por la irradiación.

Sabisten afirma que el efecto de la radiación es producir maduración rápida del fibroblasto, con disminución de la vascularización del tejido fibroso.

En aquellos casos donde es necesario la extirpación quirúrgica, dado que son lesiones voluminosas o afectan la cara, cuello, manos y antebrazos, se logran buenos resultados con la extirpación amplia y la aplicación del injerto de piel, debiendo administrarse la irradiación en forma profiláctica en dosis pequeñas en la zona donante, para disminuir la posibilidad de que aparezca el queloide.^{1,6}

MATERIAL Y METODO

Se recogió un lote de 50 pacientes que presentaban queloides a quienes se le siguió la metodología siguiente:

Una vez recibido el paciente, en el departamento de radioterapia superficial, es valorado por el dermatólogo según la magnitud y tiempo de evolución.

Posteriormente se indican los campos que van a ser irradiados, estos pueden variar según el tamaño y longitud de la lesión, también se indican las dosis que se van a aplicar, que en nuestro servicio es de 300 a 500 rads con filtro de 1 mm de Al por semana a dar un total de 4 a 6 sesiones.

Se lleva hoja de trabajo recogiendo los datos estadísticos de interés.

El equipo que se empleó para el presente trabajo fue el Dermppan de la Siemens.

RESULTADOS

Predominó la raza negra y el sexo femenino, como señala la literatura estudiada (cuadro I).

Predominó el queloide incisional remitidos por los servicios quirúrgicos (cuadro II).

Los 30 pacientes del grupo control evolucionaron satisfactoriamente, con pérdida del prurito y el dolor (cuadro III).

CUADRO I				
SEXO		RAZA		
Fem.	Masc.	Blanc.	Mest.	Neg.
36	14	8	14	28

CUADRO II QUELOIDES		
Espon­ táneos	No espon­ táneos	
	Quemadura	Incisional
12	8	30

CUADRO III GRUPO CONTROL	
Psoriasis	Dermatitis crónica
15	15

El paciente con queoide, en el 100% de los casos, al haber recibido su tercera dosis del tratamiento, nos refirió su mejoría con respecto al ardor y prurito que presentaba

DISCUSION

Una vez estudiado el grupo de 50 pacientes con queloides, tratados con radioterapia superficial entendemos que este tratamiento es útil en esta afección frecuente en nuestro país.

La combinación de radiaciones con otros tratamientos abrevian la sintomatología en la experiencia adquirida en nuestro servicio, y devuelven en breve plazo al paciente útil para sus actividades de la vida diaria y laborales.

CONCLUSIONES

La radioterapia superficial en el tratamiento del aueloide es útil, ya que permite que el paciente se reincorpore a sus actividades cotidianas.

SUMMARY

Menéndez García, V. D. et al. *Keloid: therapeuical experience with superficial radiothe- rapy.*

Keioid is briefly reviewed, emphasizing in its pathogeny, differential diagnosis and in the most currently treatment used. Usefulness of treatment using superficial radiotherapy is pointed out, showing experience acquired in a group of 50 patients with control group.

RÉSUMÉ

Menéndez García, V. D. et al. *Chéloide: experience thérapeutique avec le radiothérapie superficielle.*

Une breve revue de la chéloide est faite, en mettant l'accent sur sa pathogenèse, sur le diagnostic différentiel et sur les traitements les plus employés de nos jours. L'utilité

du traitement par radiothérapie superficielle est soulignée, et il est présenté l'expérience des auteurs sur un groupe de 50 patients et un groupe de contrôle.

BIBLIOGRAFIA

1. *Christopher, D. (S'abiston): Tratado de Patología Quirúrgica. Ed. Científica Médica, 1984.*
2. *Andrews, G.: Enfermedades de la piel. Ed. Revolucionaria. La Habana, 1961.*
3. *Konting-Denk: Diagnóstico diferencial dermatológico. Ed. Salvat, 1965.*
4. *Riescke, Erhard (Gotinga): Tratado de las enfermedades venéreas y cutáneas. Ed Ruiz-Montalvo, 1922.*
5. *Ouiroga, M.; H. C. Guillot: Dermatología Cosmética. Ed. Labor, Argentina, 1955.*
6. *Vega Llórente, E.; V. Menéndez García: Experiencia en el tratamiento del queiloide por la radioterapia superficial. Primera Jornada de Técnicos Medios y Quinta de Enfermería. Hospital Docente "Dr. Salvador Allende", La Habana, 1975.*
7. *Vega Llórente, E.; V. Menéndez García: Manejo adecuado de la radioterapia superficial en las dermatosis no tumorales. Tercera Jornada de Técnicos Medios y Séptima de Enfermería. Hospital Docente "Dr. Salvador Allende", La Habana, 1977.*
8. *Vega Llórente, E.; V. Menéndez García: Radioterapia superficial en el queiloide. Segundo Congreso Nacional de Técnicos Radiólogos. MINSAP, La Habana, 1979.*
9. *Vega Llórente, E.; V. Menéndez García: Técnicas de irradiación como tratamiento del queiloide. Cuarta Jornada de Técnicos medios y Octava de Enfermería. Hospital Docente "Dr. Salvador Allende", La Habana, 1981.*

Recibido: 8 de marzo de 1984

Aprobado: 9 de marzo de 1984

Vicente Daniel Menéndez García

Hospital "Dr. Salvador Allende"

Calzada del Cerro, 1551. Cerro.