

Comentario al artículo: Guía rápida para el manejo de cicatrices queloides

Comments on the article: Quick guideline to keloid scar management

El artículo de los doctores Alejandra Angulo Rodríguez y Daniel Alcalá Pérez (*DCMQ* 2024, 22(1):39-45) me pareció extraordinario, ya que en muy poco espacio pudieron resumir lo que es de conocimiento común entre dermatólogos, cirujanos plásticos y algunos otros. Por otro lado, con el fin de hacer este artículo más completo, me gustaría agregar algunas perlas que en mi experiencia han ayudado al manejo de los queloides.

En algunos países, sobre todo europeos, existe otro compuesto de la triamcinolona que se conoce como triamcinolona hexacetónido. Lo fabrican varios laboratorios como Sandoz con el nombre aristospan en presentaciones de 20 mg/1 ml o 100 mg/5 ml. Abbott lo fabrica con el nombre de kenacort. La ventaja de este corticoide es que su acción es mucho más prolongada que la del acetónido de triamcinolona. En mi experiencia, este último debe aplicarse cada tres semanas y el hexacetónido cada seis semanas.

Para infiltración de queloides no muy grandes pero numerosos, como los de la foto de los autores, me ha funcionado muy bien el uso de la jeringa por presión de aire que se conoce como Dermojet o Madajet (**figura 1**).

En queloides más grandes y con consistencia leñosa se puede usar la jeringa intraligamentaria (**figura 2**). Esta jeringa que conocen bien los cirujanos maxilofaciales, tiene la ventaja de que permite inyectar el corticoide en cicatrices aun muy fibrosas, ya que se puede ejercer una presión muy importante sobre el medicamento que se pretende

inyectar. Es una versión más sofisticada de la jeringa dental (**figura 3**).

En cuanto al tratamiento compresivo, resulta muy útil en queloides pequeños como los que aparecen en el lóbulo auricular, después de una perforación para aretes. Se sugiere el uso de botones de plástico, cocidos con alambre quirúrgico. Se dejan en el sitio durante dos a tres meses con un cuidado muy intenso de lavado de la zona para evitar que la acumulación de secreción promueva la formación de una infección.

Se mencionó la criocirugía como una buena opción en el tratamiento de queloides. Quisiera agregar una alterna-



Figura 1. Dermojet.



Figura 2. Jeringa intraligamentaria.



Figura 3. Jeringa dental.



Figura 4. Aditamento para criocirugía en queloides.

tiva que no se consideró en el artículo y que está ofreciendo mejores resultados que la criocirugía convencional. Se trata de la criocirugía intralesional (figura 4). Hace algunos años, el doctor Har-Shai desarrolló una cánula especial para introducir nitrógeno líquido en el queloide, con esto logró resultados mucho mejores que simplemente rociando el queloide por fuera (Har-Shai Y, Intralesional cryotherapy for enhancing the involution of hypertrophic scars and keloids, *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(6):1841-52). Dicha cánula, que es desechable, resulta muy cara y difícil de conseguir. Pero con base en ese principio, desarrollamos nuestra propia cánula que se conecta al aparato de criocirugía y congela el queloide de dentro hacia afuera. Si se combina con la infiltración de corticoides, los resultados son mucho mejores.

DR. LEÓN NEUMANN
dermocirugia1@gmail.com

Estimado Dr. Neumann

Todas las aportaciones que menciona en la carta al editor nos parecen de gran interés y enriquecen el artículo.

Pretendemos hacer una revisión más amplia para publicarla en *DCMQ* o en la revista del *CILAD*, donde podremos incluir la valiosa información que ha proporcionado.

Como siempre, es un gusto leer sus enseñanzas.

Saludos cordiales
DR. DANIEL ALCALÁ