

## 424/3033 - PLAN QUIRÚRGICO: FIBROMA QUELOIDEO

L. Flores Garnica<sup>1</sup>, L. Penide Villanueva<sup>2</sup> y S. Toranzo Nieto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. <sup>2</sup>Médico Anestesista. Unidad del Dolor. Barco de Valdeorras. Orense.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 34 años de fototipo III con antecedente que cicatrización queloidea con retracción tras biopsia punch por eritema nodoso hace 2 años. No refiere otros antecedentes de interés. Presenta fibroma de 3 × 3 en cuello a nivel de 1/3 medio de ECM derecho que le incomoda por lo que requiere información de exéresis y de sus resultados estéticos dados sus antecedentes de cicatriz patológica y su localización.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se revisa antecedentes de la paciente, se evalúa las características de la lesión y se desarrolla un plan de acción individualizado para minimizar riesgo queloideo en pre-intra y postoperatorio. La paciente acepta y firma el consentimiento informado.

**Orientación diagnóstica:** Se realiza la cirugía bajo anestesia local, siguiendo la incisión las líneas de tensión. Se realiza incisión en huso, enucleación de la lesión y correcta hemostasia. Cierre por planos. En subcutáneo se utilizó sutura absorbible de poliglactina y en piel puntos separados de material no absorbible de polipropileno de 5-0. En el momento del evento se realizó inyección Celestone cronodose intradérmica a fin de regular la respuesta cicatricial y minimizar el queloide. Se retiraron los puntos de piel de forma precoz a los 5 días con refuerzo de apósito adhesivo. A partir de día 10 se inicia tratamiento de Silicona en gel por 30 días, se indica evitar exposición solar. El resultado a los 3 meses es cicatriz confinada a herida con tendencia a aplanarse, no teleangiectasias, no hiperpigmentación. Anatomía patológica confirma lesión de benignidad.

**Diagnóstico diferencial:** Es necesario realizar correcto seguimiento para valorar la cicatrización normal, hipertrofia o queloidea. Actuar de manera preventiva, diseñando un plan individualizado para manejo de control cicatricial en todas sus fases. La cicatriz queloidea es más frecuente en mujeres de raza oscura. Debemos actualizarnos en la modulación de la respuesta cicatricial en cirugía menor, sobre todo, en áreas estéticamente expuestas.

**Comentario final:** Los estándares de calidad de la cirugía menor en Atención Primaria deben actualizarse en respuesta a las necesidades de nuestros pacientes, el conocimiento del manejo precoz de la cicatriz queloidea e hipertrófica, anticipándose de forma protocolizada en casos seleccionados constituye el gold standard actual hacia la mejor labor quirúrgica en primaria.

### Bibliografía

1. Zaballos, et al. Los queloides y cicatrices hipertróficas. Elsevier. 2001; p. 358-89.

**Palabras clave:** Respuesta cicatricial. Hipertrofia. Queloide.