



ACESSO LIVRE

Citação: Bitencourt EL, Brandão RGD, Andrade AEPR Pimentel NF, Braga LPC, Geraldelli TV, Costa SB, Reis Júnior PM (2020) Queloide gigante em orelha: um relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins, 7(1):.18-21

Instituição:

¹Graduado em Química. Mestre em Química. Acadêmico Medicina, Universidade Federal do Tocantins. Pesquisador Instituto Médico Legal do Tocantins (IML/TO), Palmas, Brasil.

²Acadêmico (a) em Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

³Acadêmico Enfermagem Instituto de Pós Graduação do Tocantins, Palmas, Brasil.

⁴Enfermeira Pós graduada em Gestão em Saúde da Família. Pós graduada em Enfermagem em Cardiologia. Mestre em Gestão Organizacional, Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão. Coordenadora do SAMU Catalão/GO.

⁵Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo, Coloproctologista e Médico Legista, Doutor em Ciências em Gastroenterologia FM/USP-SP, Docente Efetivo Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

Autor correspondente: Evandro Leite Bitencourt; evandroleite7@gmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 28 de junho de 2020.

Direitos Autorais: © 2020 Bitencourt et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RELATO DE CASO**QUELOIDE GIGANTE EM ORELHA: UM RELATO DE CASO****GIANT EAR KELOID: A CASE REPORT**

Evandro Leite Bitencourt¹, Raphael Guilherme D'Angelis Brandão², Allan Eduardo Pereira Rodrigues Andrade³, Nicole Ferreira Pimentel², Luciane Pereira de Cerqueira Braga², Thainá Vergínio Geraldelli², Sabina Borges da Costa⁴, Paulo Martins Reis Júnior⁵.

RESUMO

A cicatrização é extremamente importante para a sobrevivência do ser humano, visto que configura um mecanismo de defesa refinado. A contínua restauração do tecido epitelial na pele, permite a regeneração celular e assegura sua integridade morfológica e funcional. O queloide é um fenômeno exclusivamente humano, e ocorre quando há falha na remodelação das cicatrizes provocadas pelo desequilíbrio entre a formação e a degradação de colágeno, assim como modificação na alteração em sua organização espacial, o que gera a cicatriz exuberante. A lesão é elevada, brilhante, pruriginosa e/ou dolorosa, se localiza na derme, com crescimento contínuo, além de ultrapassar os limites da ferida original. O relato aqui apresentado é de um paciente do sexo masculino, 56 anos, que procurou o ambulatório de Cirurgia Geral para exérese de estrutura hipertrófica no lóbulo auricular da orelha direita. O procedimento foi realizado sem nenhuma intercorrência e o paciente teve alta médica no mesmo dia com prescrição de analgésico.

Palavras-chave: Queloide. Cicatriz Hipertrófica. Cirurgia Geral.

ABSTRACT

Healing is extremely important for human survival, since it is a refined defense mechanism. The continuous restoration of epithelial tissue in the skin allows cell regeneration and ensures its morphological and functional integrity. The keloid is an exclusively human phenomenon, and occurs when there is a failure in the remodeling of the scars caused by the imbalance between the formation and degradation of collagen, as well as changes in the alteration in its spatial organization, which generates the exuberant scar. The lesion is elevated, shiny, itchy and/or painful, located in the dermis, with continuous growth, in addition to exceeding the limits of the original wound. The report presented here is that of a 56 years old male patient who visited the general surgery outpatient clinic for excision of a hypertrophic structure in the right earlobe. The procedure was carried out without any complications and the patient was discharged on the same day with a prescription for painkillers.

Keywords: Keloid. Cicatrix, Hypertrophic. General Surgery.

INTRODUÇÃO

A cicatrização é extremamente importante para a sobrevivência do ser humano, visto que configura um mecanismo de defesa refinado. A contínua restauração do tecido epitelial na pele, permite a regeneração celular e assegura sua integridade morfológica e funcional. Distintivamente desse processo natural de renovação *ad integrum*, o processo de cicatrização que abrange camadas mais profundas resulta em modificações da morfologia original do tecido com consecutiva mudança da função, gerando uma cicatriz¹.

A cicatrização anormal foi descrita, primeiramente, nos Papiros de Smith em 1.700 a.C.²⁻⁴. Contudo, quem primeiro relatou o queiloide foi Alibert, em 1806, chamando-as por “cancróide”, sendo em 1816 substituído por “queiloide” (do grego: kelth = tumor + eidos = forma), para que não ocorresse confusão com o câncer e suas conotações^{3,5,6}.

Um desenvolvimento normal das fases de cicatrização em uma pessoa sadia na maioria das vezes produz uma cicatriz final de bom aspecto estético e funcional. Contudo, qualquer alteração dos componentes básicos do processo de reparo, pode gerar complicações na cura da ferida. Dentre os distúrbios cicatriciais, destacam-se a cicatriz hipertrófica e o queiloide^{3,7}.

O queiloide é um fenômeno exclusivamente humano, e ocorre quando há falha na remodelação das cicatrizes provocadas pelo desequilíbrio entre a formação e a degradação de colágeno, assim como modificação na alteração em sua organização espacial, o que gera a cicatriz exuberante^{4,7,8}. A lesão é elevada, brilhante, pruriginosa e/ou dolorosa, se localiza na derme, com crescimento contínuo, além de ultrapassar os limites da ferida original. Esses dois últimos aspectos são os que mais diferem da cicatriz hipertrófica^{1,2,7}.

Os fatores que podem predispor ao queiloide são: tensão nas margens de ferida fechada por primeira intenção, cicatrizações por segunda intenção, feridas infectadas, lesões formadas contra as linhas de menor tensão da pele, suturas onde a pele é espessa ou em que há maior presença de melanina e suturas com presença de hematoma⁹.

As principais lesões que podem levar a formação do queiloide são: o ferimento acidental (50%), intervenção cirúrgica prévia (22,9%), referência a infecção em ferida (13,4%), sequela de queimadura (11%), e outros fatores não identificáveis (2,4%)¹⁰. Os principais locais em que se encontra o queiloide são a área pré-esternal, dorso, região cervical posterior, região de deltoide, e pavilhão auricular^{1,11,12}.

Estudos nos Estados Unidos revelaram que 1,5% da sua população possuem queiloide. Já na África as pesquisas demonstram alta prevalência do queiloide variando de 6% a 16%^{13,14}. Entretanto, apesar de no Brasil o queiloide estar presente, não há estudos que quantificam a prevalência⁶.

A frequência maior dessa anormalidade cicatricial se encontra, principalmente, entre 10 e 30 anos, com risco mais acentuado na segunda e terceira década de vida. Contudo, pode ocorrer em qualquer idade^{8,15-17}.

O queiloide não demonstra relação com gênero, sendo descrito com a mesma incidência^{8,15,16,19,20}. Conquanto, alguns estudos mostraram maior predisposição para

indivíduos do sexo feminino, sendo relatado uma incidência de quase que o dobro (1,8/1) em relação ao sexo masculino^{6,10,21}.

Já com relação a raça, cor e etnia as pesquisas evidenciam que africanos, asiáticos e indivíduos com a pele escura em geral têm maior predisposição. Ao se comparar a suscetibilidade entre africanos e caucasianos a proporção pode variar de 6:1 a 19:1^{1,2,13}.

A doença tem também uma característica familiar, visto que pacientes com queiloide, geralmente, relata histórico familiar. Apesar de pouco esclarecida, tem sido proposta herança autossômica recessiva^{17,20,22}.

Esse artigo tem como objetivo apresentar um relato de caso de um paciente com um queiloide extenso pós acidente de motocicleta.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 56 anos, moreno, solteiro, autônomo, natural do Maranhão, residente e procedente de Palmas/Tocantins, portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 20 anos em uso de Losartana 50 mg 1xdia. Paciente procurou o ambulatório de Cirurgia Geral para exérese de estrutura hipertrófica no lóbulo auricular da orelha direita. Ao exame físico paciente estava em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, acianótico, anictérico, afebril, hidratado, corado e hemodinamicamente estável com pulso de 93 b.p.m. e PA 120 x 90 mmHg. O aparelho cardiovascular estava com ritmo cardíaco regular, em dois tempos, sem sopros. O aparelho respiratório estava com murmúrio vesicular presente com diminuição em terço inferior do pulmão esquerdo sem ruídos adventícios. O abdome era plano, indolor a palpação superficial ou profunda, sem visceromegalias, sem sinais de peritonite, ruídos hidroaéreos presentes.

Na orelha externa havia presença de uma estrutura hipertrófica de 3 x 3 cm² de área apoiada sendo sustentada pelo lóbulo auricular direito (Figura 1).



Figura 1: Presença de lesão hipertrófica ocupando lobo auricular direito. A: visão lateral direita, B: visão anterior direita e C: visão posterior direita.

Paciente foi submetido a exérese de massa hipertrófica em decúbito lateral esquerdo com bloqueio anestésico utilizando 5 mL de cloridrato de lidocaína, sendo monitorizado com oxímetro de pulso e esfigmomanômetro durante todo o procedimento. Foi utilizado campo cirúrgico fenestrado e utilizado um eletrocautério bipolar (coagulação e corte em 30) (Figura 2). O procedimento teve duração total de 18 minutos e a sutura foi realizada com fio nylon 6-0, sem nenhuma intercorrência. Paciente teve alta após o procedimento cirúrgico com prescrição de dipirona 1g de 6/6h se dor e foi orientado a procurar o Centro de Saúde da Comunidade (CSC) para avaliação e retirada dos pontos de sutura.



Figura 2: Paciente em decúbito lateral esquerdo já preparado para realização de procedimento cirúrgico com campos cirúrgicos.

DISCUSSÃO

O paciente em questão não havia relatado nenhum quelóide anteriormente e que a mesma começou após um acidente motociclístico. Os quelóides são lesões benignas que podem se originar após trauma ou outras lesões da pele constituídas por hiperplasia excessiva de tecido conjuntivo diferenciado da derme^{23,24}.

O balanço entre a formação e a degradação na produção do colágeno é essencial ao processo de cicatrização normal, sendo o quelóide resultado da deposição excessiva de colágeno na matriz extracelular durante o processo de cicatrização^{23,24}.

O quelóide se apresenta como uma cicatriz lisa e espessa²⁵ que se apresenta além dos limites da ferida original e pode ter um relevo elevado na pele, levando a uma deformidade local²⁶. Em muitos casos, eles começam a crescer no primeiro ano após o trauma e raramente pode regredir²⁵. Quando os quelóides apresentam sintomas, os principais são

formigamento, ardência e prurido, levando a desconforto e alterações funcionais²⁷.

Geralmente a abordagem dos quelóides na região retroauricular é muito usada em otorrinolaringologia, tanto em cirurgias de orelha média (timpanoplastia, timpanomastoidetomia), como de orelha externa (otoplastia), funcionais ou meramente estéticas, sendo, portanto, uma área de alta tensão da pele, então local potencial de origem de quelóides²⁸.

Além do tratamento cirúrgico, o uso de corticoides como a injeção intralesional de triancinolona é eficaz e consiste na primeira linha de tratamento dos quelóides e segunda linha terapêutica para cicatrizes hipertróficas. Desde os anos de 1960, o triancinolona é utilizado no controle cicatricial, porém seu mecanismo de ação dos ainda permanece pouco esclarecido. O corticóide age inibindo a alfa-2-macroglobulina que, por sua vez, inibe a ação da colagenase²⁹.

Nesse relato de caso, a cirurgia inicialmente resolveu o problema do paciente. Não temos informações se houve recidiva do quelóide no paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GAMA-RODRIGUES, J.J.; MACHADO, M.C.C.; RASSLAN, S. Clínica cirúrgica. USP – Barueri – SP Editora Manole – 2008.
- FERREIRA, C.M.; D'ASSUMPÇÃO, E.A. Cicatrizes hipertróficas e quelóides. Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. v. 21, n.1, p. 40-8. 2006.
- ALIBERT, J.L.M. Description des maladies de la peau. Observées al'Hôpital St.Louis. Barrois L'aine et Fils. p. 413-46, 1806.
- BERMAN, B.; BIELEY, H.C. Keloids. J. Am. Acad. Dermatol. 1995, 33:117-23.
- ALIBERT, J.L.M. Quelques recherches sur la cheloide. Mem Soc Med d'Emul. p. 744, 1817.
- CANARY, P.C.V.; FILLIPO, R.; PINTO, L.H.P.; AIDAR, S. Papel da radioterapia no tratamento de quelóides: análise retrospectiva de 267 casos. Rev Bras Cir. v. 80, n. 5, p. 291-5, 1990.
- KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- SULLIVAN, S.T.O.; SHAUGHNESSY, M.O. Aetiology and management of hypertrophic scars and keloids. Ann R Coll Surg Engl. v. 78, p. 168-75, 1996.
- RUSSELL, J.D.; RUSSELL, S.B.; TRUPIN, K.M. The effect of histamine on the growth of cultured fibroblasts isolated from normal and keloid tissue. J Cell Physiol. v. 93, p. 389-94, 1977.
- COSMAN, B.; CRIKELAIR, G.F.; JU, D.M.C.; GAULIN, J.C.; LATTES, R. The surgical treatment of keloids. Plast Reconstr Surg. v. 27, n. 4, p. 335-58, 1961.
- BAYAT, A.; BOCK, O.; MROWIETZ, U.; OLLIER, W.E.; FERGUSSON, M.W. Genetic susceptibility to keloid disease and transforming growth factor β 2 polymorphisms. Br J Plast Surg. v. 55, n. 4, p. 283-6, 2002.
- KIM, D.Y.; KIM, E.S.; EO, S.R.; KIM, K.S.; LEE, S.Y.; CHO, B.H. A surgical approach for earlobe keloid: keloid fillet flap. Plast Reconstr Surg. v.113, n. 6, p. 1668-74, 2004.
- DUSTAN, H.P. Does keloid pathogenesis hold the key to understanding black/white differences in hypertension severity? Hypertension. v. 26, n. 6, p. 858-61, 1995.

14. NIESSEN, F.B.; SPAUWEN, P.H.; SCHALKWIJK, J.; KON, M. On the nature of hypertrophic scars and keloids: a review. *Plast. Reconstr. Surg.* v. 104, p. 1435–58, 1999.
15. OLUWASANMI, J.O. Keloids in the African. *Clin. Plast. Surg.* v. 1, p.179–95, 1974.
16. MOUSTAFA, M.F.; ABDEL-FATTAH, M.A.; ABDEL-FATTAH, D.C. Presumptive evidence of the effect of pregnancy estrogens on keloid growth: case report. *Plast. Reconstr. Surg.* v. 56, p. 450–3, 1975.
17. NEWSOME, R.E.; LANGSTON, K.; JANSEN, D. Wound healing, keloids. 2003. Disponível em: <http://www.emedicine.com/plastic/topic404.htm>. Acesso em 29/11/2018.
18. PLACIK, O.J.; LEWIS, V.L. Immunologic associations of keloids. *Surg Gynecol Obstet.* v. 175, p. 185-93, 1992.
19. BERMAN, B.; BIELEY, H.C. Adjunct therapies to surgical management of keloids. *Dermatol Surg.* v. 22, p. 126-30,1996.
20. RAGOOWANSI, R.; CORNES, P.G.; MOSS, A.L.; GLEES, J.P. Treatment of keloids by surgical excision and immediate postoperative single-fraction radiotherapy. *Plast Reconstr Surg.* v. 111, n. 6, p. 1853-9, 2003.
21. KELLY, A.P. Medical and surgical therapies for keloids. *Dermatol Ther.* v. 17, n. 2, p. 212-8, 2004.
22. GAUGLITZ, G.G.; HANS, C.K.; TATIANA, P.; THOMAS, R.; MARC, G.J. Hypertrophic Scarring and Keloids: Pathomechanisms and Current and Emerging Treatment Strategies. *Mol Med.* v. 17, n. 1-2, p. 113-125, 2011.
23. Arcot R. Keloids - a frustrating hurdle in wound healing. *Int Wound J* 2004; 1(2):145-8.
24. Alster TS. Hypertrophic scars and keloids: etiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(4):235-43.
25. Froelich K, Staudenmaier R, Leinsasse N, Hagen R. Therapy of auricular keloids: review of different treatment modalities and proposal for a therapeutic algorithm. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2007, 264:1497–1508.
26. Correspondence and Communication. Use of colchicine to prevent recurrence of ear keloids. A new approach. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery.* 2010, 63: e650-e652.
27. Viani GA, Stefano EJ, Afonso SL, De Fendi LI. Postoperative strontium-90 brachytherapy in the prevention of keloids: results and prognostic factors. *Int J Radiation Oncology Biol Phys.* 2009, 73(5):1510–1516.
28. Carvalho B, Ballin, AC, Becker RV, Ribeiro TB, Cavichiolo JB, Ballin CR, Mocellin M. Tratamento de queleide retroauricular: Revisão dos casos tratados no serviço de otorrinolaringologia do HC/UFPR. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* 2012;16(2):195-200.
29. Kelly AP. Medical and surgical therapies for keloids. *Dermatol Ther.* 2004;17(2):212-8.