



PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE CICATRICI PATOLOGICHE

M. Pierleoni

U.O. di Dermatologia, Ospedale Infermi, Rimini

Il processo di cicatrizzazione di una ferita cutanea conduce alla neoformazione di epidermide atrofica e di sclerosi connettivale dermica. Questo processo può talvolta evolvere in modo sfavorevole con formazione di una cicatrice patologica. Si definiscono patologiche la cicatrice ipertrofica, la cicatrice cheloidea (cheloide) e la cicatrice ipertrofico-retraente.

La cicatrice ipertrofica si presenta rilevata sul piano cutaneo, di consistenza duro-fibrosa, spesso di forma irregolare, con bordi netti, superficie liscia e di colorito rosso-roseo, a volte pruriginosa. Dopo 15-20 mesi si assiste ad una spontanea e lenta riduzione della sua massa fibrosa, con scomparsa totale o sub-totale della componente cicatriziale rilevata. La cicatrice cheloidea si caratterizza per la facile tendenza ad una lenta estensione dei suoi confini verso la superficie cutanea sana circostante, anche per mesi o anni. I suoi bordi assumono pertanto un decorso sempre più irregolare e, non di rado, si configurano immagini a tipo "chela" di granchio. Questa cicatrice non regredisce mai spontaneamente e tende facilmente alla recidiva dopo il trattamento chirurgico di asportazione. La cicatrice ipertrofico-retraente origina di solito sulla cute flessoria delle articolazioni. La si osserva con frequenza minore rispetto alle precedenti cicatrici patologiche. Si tratta di una cicatrizzazione ipertrofica in cui si verificano anche fenomeni di retrazione e coartazione dei tessuti sani adiacenti. Infatti, la cicatrice tende a ritirarsi in modo centripeto attirando la cute e altri tessuti circostanti, provocando importanti disturbi funzionali delle articolazioni; tipico è l'atteggiamento "ad artiglio" delle dita delle mani, quando queste cicatrici originano nella parte flessoria delle dita, in particolare dopo una ferita da ustione.

Da alcuni anni si sono intensificati gli sforzi per prevenire e per trattare le cicatrici patologiche, soprattutto per quanto concerne la cicatrice ipertrofica e quella cheloidea.

Sono ben noti i principali fattori di rischio e/o predittivi di cicatrizzazione ipertrofica e cheloidea (Tab. 1), ovviamente da tenere in costante considerazione nel corso della medicazione delle ferite cutanee ed anche nella fase preparatoria ed operativa di un intervento dermochirurgico. La prevenzione delle cicatrici patologiche si deve mettere in atto

tempestivamente, già nel momento in cui si inizia la cura delle ferite cutanee, con medicazioni appropriate nei modi e nei tempi, perseguendo l'obiettivo di una rapida e ottimale riparazione cicatriziale.

Tabella 1. I principali fattori di rischio e/o predittivi di cicatrizzazione patologica

Sesso femminile
Età pediatrica
Familiarità
Razza (neri e asiatici)
Sede anatomica (regione mediosternale, spalle, lobo auricolari, dorso superiore e pieghe articolari)
Causa della ferita (ustione, intervento chirurgico, trauma stradale, acne)
Ritardo della guarigione della ferita (complicanza infettiva, altre cause locali o sistemiche)

Appena si è completata la riepitelizzazione di una ferita cutanea si rende necessaria la messa in atto di tutti i provvedimenti utili a contrastare la possibile tendenza verso l'ipertrofia cicatriziale (Tab. 2). A tal fine sono impiegati soprattutto i topici cortisonici, la presso-terapia ed eventuali materiali siliconici.

Tabella 2. Prevenzione delle cicatrici ipertrofiche e cheloidee

Individuare i fattori e le condizioni di rischio per cicatrizzazione patologica
Favorire la rapida e ottimale riparazione cicatriziale
Corticoterapia topica o intralesionale
Elasto-compressione
Materiali siliconici (gel e lamine)
Plesioterapia
Acido retinoico, allantoina, estratto di cipolla, eparina, ecc.

Qualora dovessero presentarsi cicatrici ipertrofiche o cheloidee, più o meno consolidate, occorrerà scegliere di caso in caso il miglior trattamento da adottare. Fra le principali opzioni terapeutiche (Tab. 3) sono spesso utilizzate con vantaggio la corticoterapia intralesionale, la crioterapia, il trattamento chirurgico e la laser-terapia, anche con possibilità di combinare una o più opzioni, contemporaneamente o in sequenza temporale.

Tabella 3. Trattamento delle cicatrici ipertrofiche e cheloidee

Trattamento chirurgico
Crioterapia
Corticoterapia intralesionale
Laserterapia
Ultrasuoni
Radioterapia
Antiblastici

Bibliografia

- 1) Atiyeh BS, Costagliola M, Hayek SN. Keloid and hypertrophic scars: the controversy. Review of the literature. *Ann Plast Surg* 2005; 54(6):676-80.
- 2) Manuskiatti W, Fitzpatrick RE. Treatment response of keloidal and hypertrophic scars: comparison among intralesional corticosteroid, 5-fluorouracil and 585-nm flash-lamp-pumped pulsed-dye laser treatments. *Arch Dermatol* 2002; 138(9):1149-55.
- 3) Pierleoni M. Prevenzione e terapia delle cicatrici ipertrofiche e cheloidee. *Dermotime* 2000; 10:13-18.
- 4) Saray Y, Gulec AT. Treatment of keloids and hypertrophic scars with dermojet injections of bleomycin: a preliminary study. *Int J Dermatol* 2005; 44(9):777-84.