

# I Cheloidi di Alibert

**A volte una ferita anche apparentemente banale, guarisce lasciando una cicatrice voluminosa, rossastra e soprattutto antiestetica.**



I cheloidi sono cicatrici abnormi che possono far seguito a un trauma cutaneo, come piercing, ferite chirurgiche, lesioni acneiche e ustioni.

Di questa patologia vi sono ampie descrizioni già nei papiri egiziani, ma il termine "cheloide" (dal greco = simile alle chele del granchio) fu coniato nel 1806 dal dermatologo francese Jean Louis Alibert.

Inizialmente il cheloide si presenta come una normale cicatrice, ma in seguito si rileva e si estende, superando i limiti della lesione iniziale. Questa patologia è causata da un'eccessiva proliferazione di fibroblasti nel derma profondo, con produzione di grosse quantità di collagene, che gli conferiscono una consistenza dura.

**I cheloidi** presentano una superficie liscia, traslucida e priva di peli. Nella fase iniziale sono molto vascolarizzati (colorito rosso intenso), poi diventano rosa pallido.

Le forme più frequenti in dermatologia, sono quelli da piercing all'orecchio, quelli che fanno seguito al parto chirurgico (taglio

cesareo) e quelli sovra-  
sternali multipli, spesso causati da manifestazioni acneiche localizzate in queste aree (cheloidosi).

Una variante rara è l'acne cheloidea della nuca, nella quale le normali pustole dell'acne causano in questa zona dei cheloidi più o meno grandi.

Alcune persone hanno una naturale predisposizione a sviluppare cheloidi dopo un



intervento chirurgico (es: tiroide, mammella, etc) e questo non dipende dal medico o dalla qualità dell'intervento, ma dal tipo di pelle.

Ciò si verifica perché il trauma cutaneo induce in quel soggetto predisposto, una cicatrizzazione abnorme.

L'asportazione di tale lesione, con buona probabilità indurrebbe un nuovo trauma, innescando un nuovo ed abnorme processo cicatriziale, con formazione di un cheloide più grande di prima.

Per questo motivo la gestione del paziente affetto da cheloidi è prevalentemente di tipo conservativo. Il medico presuntuoso che attribuisce il cheloide alle errate tecniche chirurgiche utilizzate dal suo predecessore spesso produce con un nuovo intervento un cheloide più grande di prima.

L'impatto estetico e soprattutto psicologico del paziente è enorme, davanti ai risultati deludenti della maggior parte dei trattamenti disponibili. Non vi sono al momento tecniche in grado di "cancellare" per sempre i cheloidi, ma ciò nonostante vi è la possibilità, sotto la guida del proprio dermatologo di migliorarne l'aspetto (es: riduzione del volume, appiattimento e schiarimento della lesione e raramente anche scomparsa della placca).

**E' più facile ottenere un miglioramento** su un cheloide di recente insorgenza piuttosto che su uno di vecchia data. Tra le tecniche utilizzate vi sono la crioterapia con azoto liquido e l'applicazione domiciliare di lamine autoadesive di poliuretano. Il Dermatologo al momento della visita può suggerire a seconda dei casi l'applicazione di prodotti specifici (es: creme a base di allantoina, cerotti medicati al cortisone, spray, medicazioni e gel di silicone).

Le infiltrazioni intralesionali di triamcinolone praticate dal dermatologo con la tecnica della **microtunnelizzazione**, possono talora ridurre le dimensioni del cheloide, soprattutto se precedute da crioterapia.

L'impiego di farmaci topici come tacrolimus, pimecrolimus, ginpent e imiquimod è ancora in fase sperimentale. La luce pulsata a 560 nm, può avere un'azione solo sulla componente vascolare (parziale schiarimento della placca).

La semplice asportazione chirurgica può essere seguita invece da recidive di maggiori dimensioni e sono allo studio protocolli che fanno seguire al trattamento ablativo, la radioterapia. Rischi, benefici ed alternative ad ogni trattamento vanno chiariti con il proprio medico al momento della visita specialistica.

