



Manejo de las queratosis actínicas

Leyre Palau Salas R3 MFyC C.S.Rafalafena
Tutora: Anna Sola Sandtner



¿QUÉ SON LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS O SOLARES?

Son lesiones cutáneas producidas por la proliferación anormal de queratinocitos epidérmicos atípicos como consecuencia de la exposición prolongada a la radiación de la luz ultravioleta.

La queratosis actínica es ...




La lesión precancerosa más frecuente.



Afecta casi al 100% de la población que vive en áreas soleadas.



Aparece en zonas fotoexpuestas ya que se asocia al daño solar crónico.



La QA es una lesión precancerosa que puede evolucionar hacia a un carcinoma de células escamosas (CCE) invasivo en un 10% de los casos.

El 60% de los carcinomas de células escamosas surgen de una queratosis actínica preexistente.

“La queratosis actínica sería al carcinoma espinocelular como el lentigo maligno es al melanoma”.





QA

Muchas persisten sin cambios durante largos periodos

Otras involucionan espontáneamente

Algunas evolucionan a carcinoma de células escamosas

Algunos expertos las consideran un carcinoma escamoso in situ al compartir la atipia de los queratinocitos y la alteración genética (mutación del p53).



Campo de cancerización

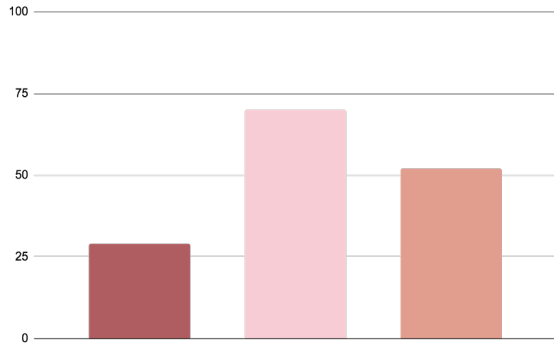
Hace referencia al tejido adyacente a la queratosis actínica donde también ha incidido la radiación ultravioleta.

Este nuevo concepto propone que existe riesgo de desarrollo de carcinoma epidermoide no sólo donde hay lesión visible sino también en todo el campo cutáneo que lo rodea y que también ha estado expuesto a la radiación ultravioleta.

Este campo también presenta cambios genéticos y moleculares que lo asocian a la iniciación, promoción y progresión de los tumores cutáneos.

Epidemiología

Es un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria como en consultas de dermatología.



Prevalencia en aumento. Principalmente ancianos con historia de exposición solar prolongada.

Más frecuente en hombres que en mujeres.

Geográfico: Mediterráneo (31.4%) > Sur (28.1%) > Norte (27.5%)

Ubicación: cara (77.3%) y cuero cabelludo (32%)

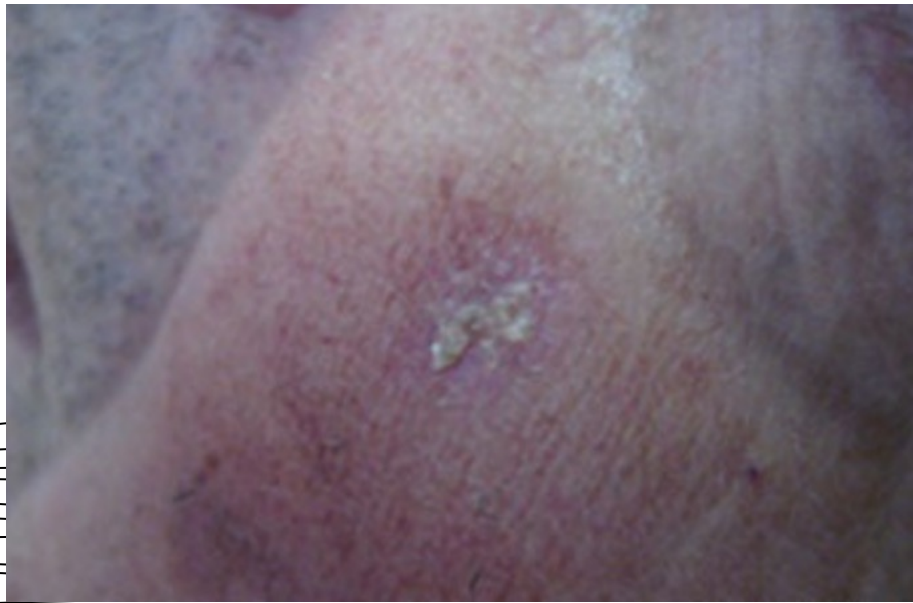
Es de 3-4 motivo de consulta más frecuente en la consulta de Dermatología.

Factores de riesgo

- 01** Radiación ultravioleta
- 02** Sexo masculino
- 03** Edad avanzada
- 04** Fototipo claro I-II
- 05** Profesión al aire libre
- 06** Inmunosupresión
- 07** Factores geográficos
- 08** Enfermedades genéticas
 - Albinismo
 - Xerodermia pigmentosa
- 09** Fármacos
- 10** VPH

Clínica

- Son placas de pequeño tamaño, eritematosas con descamación e hiperqueratosis en superficie, que aparecen en zonas expuestas al sol.
- Son lesiones solitarias o múltiples.
- Forma de máculas o pápulas de superficie seca y base eritematosa.
- Se caracterizan por ser rasposas al tacto. Efecto papel de lija.
- Muy adheridas a la dermis.
- Gran componente queratósico y escamoso. Se palpan mejor que se ven.
- Suelen ser menores de 1 cm, aunque pueden confluir.
- Se localizan en zonas expuestas al sol: cara (malar, dorso nariz, frente, labio inferior), cuero cabelludo, orejas, cuello, escote, dorso de manos, antebrazos y miembros inferiores.



Fernández-Montells Rodríguez, R.
Queratosis actínica. Fistera. 2022.

Diagnóstico

Exploración clínica

Principalmente observar la descamación e hiperqueratosis.

Otros signos de daño como arrugas, alteraciones de la pigmentación o piel atrófica lo apoyan.

Dermatoscopia

Patrón en fresa (fondo eritematoso con vasos desenfocados entre los folículos pilosos rodeados de halos blandos) o patrón vascular (vasos lineales y ondulados). Escamas superficiales, aperturas foliculares y pseudorretículo eritematoso.

Histológico

Se realiza si hay crecimiento rápido, falta de respuesta al tratamiento y lesiones infiltradas a la palpación.

Se observan queratinocitos desorganizados y atípicos en los estratos basales de la epidermis (displasia queratinocítica basal).



Formas clínicas:

- QA hipertrófica:** Importante queratosis con base eritematosa. Si la queratosis es muy exuberante se llama cuerno cutáneo.
- QA pigmentada:** Aspecto reticulado y pigmentado. Hay que diferenciarla del lentigo solar y melanoma.
- QA liquenoide:** Aspecto rosado y perlado. Se confunde con el carcinoma basocelular. Incluye a la queilitis actínica (QA en el labio).
- QA proliferativa:** Suele medir más de 1 cm y recidivar con frecuencia. Diferenciarlas de enfermedad de Bowen y carcinoma epidermoide.



Diagnóstico diferencial

QUERATOSIS SEBORREICAS

PSORIASIS

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE

VERRUGAS VÍRICAS

CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL

LENTIGO SOLAR

MELANOMA

CARCINOMA EPIDERMOIDE

POROQUERATOSIS



The background features several abstract elements: a large reddish-pink shape in the top-left corner; a white wavy line at the top; a white spiral and a dark red U-shape in the top-right; a light pink wavy line on the right side; a dark red circle and a pink rainbow-like shape at the bottom; and two stacked reddish-pink semi-circles on the bottom-right with a white wavy line passing through them.

Tratamiento

Recomendaciones generales:

Todos los pacientes se benefician de una estrategia continua de fotoprotección:

Protección solar. Sun Protection Factor ≥ 30 . Principalmente en cara, cuero cabelludo y pabellones auriculares.

Uso de sombreros o gorras para proteger cuero cabelludo.

Uso de gafas de sol.

Fotoprotectores combinados con fotoliasa. Excelente tratamiento preventivo con buen perfil de seguridad.

Tratamiento quirúrgico:



Crioterapia con nitrógeno líquido

Se aplica directamente sobre la lesión mediante un dispositivo específico (*Cry-ac*). Una de las técnicas más empleadas. Barata y efectiva. Se aconseja 10-15 segundos y un halo de congelación de 1 mm de extensión. Efectos adversos: infección, cicatrización e hipopigmentación.



Curetaje

Es un raspado de la lesión. Se aconseja en lesiones gruesas e hiperqueratósicas. Requiere de anestesia local previa y posterior técnica hemostática. Efecto adverso: cicatrización.



Láser y dermoabrasión

Se suele usar el láser de CO₂ y de erbio (YAG). Son tratamientos de 2 línea. Efectos adversos: hipopigmentación, eritema persistente y cicatrización. Requiere profilaxis antibiótica.

Tratamiento médico:

1. Fluorouracilo tópico (5-FU)

Agente citotóxico que interfiere en la síntesis de ADN y ARN.

Presentaciones: En España está comercializado el 5-FU al 4%. La formulación al 0,5% en combinación con el ácido salicílico al 10% permite mejor absorción y un perfil de seguridad mayor.

Aplicación: 1 o 2 veces al día un periodo de 2 a 4 semanas. Se usa en cara, orejas y cuero cabelludo. Evitar párpados, labios y mucosas.

Efectos secundarios: aumento de la sensibilidad cutánea a la luz solar y mayor irritación.

Tratamiento médico:

Fluorouracilo tópico (5-FU)

MODO DE EMPLEO PARA PACIENTES:

Lavar, aclarar y secar las zonas que deben ser tratadas.

Aplicar una fina capa de crema en las zonas que deban ser tratadas.

Evitar el contacto con otras zonas del cuerpo y con otras personas.

Lavarse bien las manos tras aplicar la crema.

ADVERTENCIAS PARA PACIENTES:

Durante el tratamiento es normal que la piel se enrojezca y se inflame.

Si la piel empeora mucho, siente dolor o le preocupa acuda a su médico.

Las reacciones desaparecen al cabo de 2-4 semanas de finalizar el tratamiento.

Antes del tratamiento



**A las 3 semanas de
tratamiento**



**4 semanas después de
finalizar el tratamiento**



**6 semanas después de
finalizar el tratamiento**



Tratamiento médico:

2. Imiquimod

Modulador de la respuesta inmunitaria.

Presentaciones:

Imiquimod 5%: 2-3 veces por semana durante 12 semanas (4 semanas de tto, 4 semanas de descanso y repetir pauta). Puede dar dermatitis grave.

Imiquimod 3.75%: 1 vez al día durante 2 semanas. Descanso durante 2 semanas. Y se repite la pauta. Permite aplicarlo en zonas extensas.

Efectos secundarios:

Suele dar picor, enrojecimiento, irritación, calor, costras.

Si se aplica en zona extensa puede dar fiebre, náuseas, diarrea.

Tratamiento médico:

Imiquimod

MODO DE EMPLEO PARA PACIENTES:

Lavarse las manos y la zona a tratar con agua y jabón, seque bien.
Aplicar una pequeña cantidad de crema en la zona afectada.
Extienda la crema hasta su absorción.
Después lávese las manos con agua y jabón.
Deje actuar durante 8 horas. Y posteriormente lave la zona con agua y jabón.

Tratamiento médico:

3. Tirbanibulina

Detención del ciclo celular. Inducción de la apoptosis celular.

Buena tolerancia. Buen perfil de seguridad.

Aplicación: Se aplica 1 vez al día durante 5 días consecutivos. Se presenta en sobres de dosis única.

Se usa principalmente en cara y cuero cabelludo.



Tratamiento médico:

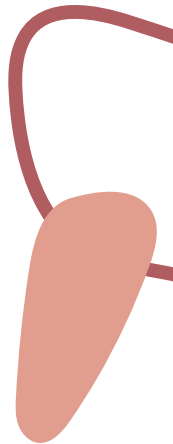
Tirbanibulina

MODO DE EMPLEO PARA PACIENTES:

Lavarse las manos y la zona afectada con agua y jabón.
Abrir un sobre nuevo cada vez que te apliques la pomada.
Aplicar la pomada de forma uniforme. Mantenerla durante 8 horas y luego lavar.
Lavarse las manos después de la aplicación.

PRECAUCIONES:

Evitar aplicar alrededor de los ojos, en fosas nasales o labios. Si contacta enjuagarse con agua.
No se recomienda cubrir la zona tratada con vendas.
No aplicarla en zona con heridas abiertas.
Evitar exposición solar en la medida de lo posible.



Tratamiento médico:

4. Otros tratamientos:

Diclofenaco al 3% en gel de ácido hialurónico al 2.5%:

Antiinflamatorio y antineoplásico. Menor eficacia que los anteriores.

Se aplica 2 veces al día durante un mínimo de 60-90 días.

Su perfil de tolerancia y seguridad es excelente. Puede dar xerosis, prurito y dermatitis de contacto.

Terapia fotodinámica.

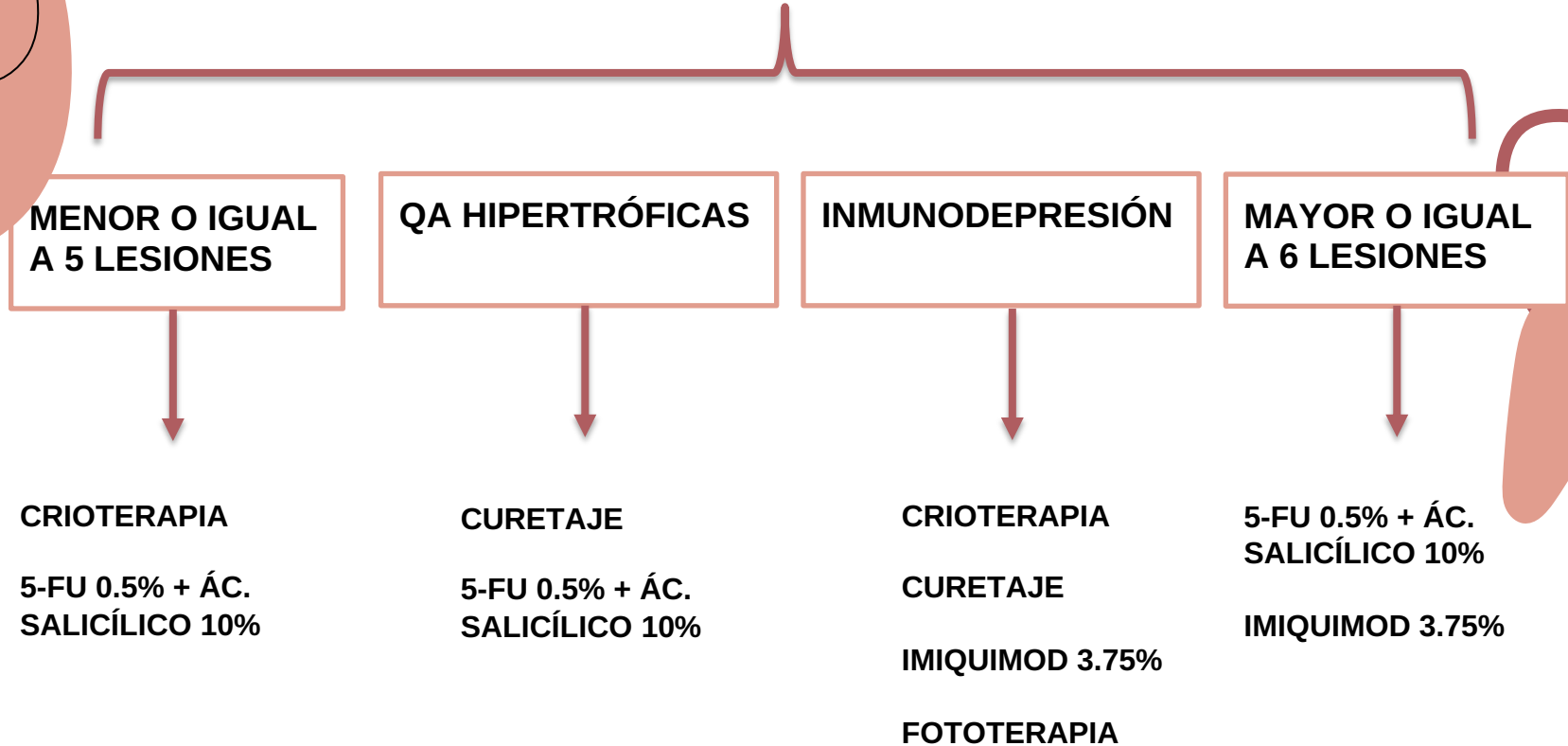
Consiste en la aplicación de un fotosensibilizante tópico, permanecer 2-3 h con la crema (ocluida con un apósito), retirarla y la posterior iluminación de la zona con una fuente de luz apropiada. Se usa anestesia local.

Retinoides sistémicos (acitretina):

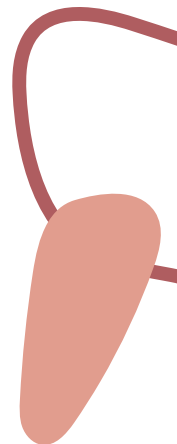
En pacientes con alto riesgo de evolucionar a carcinoma epidermoide.

Comorbilidad elevada y posible efecto rebote al suspenderlo.

¿Cómo se maneja?



TRATAMIENTOS LESIONES AISLADAS	TRATAMIENTO DE CAMPO
CRIOTERAPIA	5-FU
ELECTROCOAGULACIÓN	TERAPIA FOTODINÁMICA
CURETAJE	IMIQUIMOD
5-FU + ÁCIDO SALICÍLICO	DICLOFENACO 3% EN GEL DE ÁCIDO HIALURÓNICO 2.5%

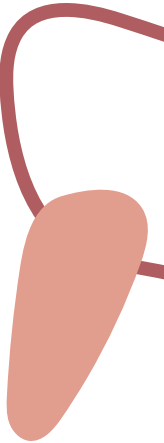


¿Cómo se maneja?

- Hoy en día, se considera de elección no solo tratar aquellas lesiones visibles, sino también el campo de cancerización.
- La mayoría se pueden manejar desde Atención Primaria.
- La elección del tratamiento dependerá de: la edad, el fototipo, la localización de la lesión, el tamaño, la extensión, cambios en el patrón de crecimiento, tratamientos previos, inmunosupresión y preferencias del paciente.
- Una posible estrategia terapéutica es la combinación de tratamientos. Bien pueden ser secuenciales o simultáneas.
- La derivación al dermatólogo suele realizarse cuando haya: ausencia de respuesta al tratamiento, queratosis reincidentes que supongan un desafío, pacientes inmunodeprimidos de larga evolución y alta sospecha de carcinoma epidermoide.

RESUMEN

PERFIL PACIENTE	Hombre anciano, alopécico, fototipo claro. Antecedente de exposición solar crónica.
CLÍNICA	Placas de pequeño tamaño eritemato-descamativas asintomáticas en zonas fotoexpuestas.
DIAGNÓSTICO	Clínico +/- Biopsia
TRATAMIENTO	Preventivo: fotoprotector +/- fotoliasa Dirigido a la lesión: crioterapia, curetaje, electrocoagulación o 5-FU + ácido salicílico Dirigido al campo: 5-FU, terapia fotodinámica, imiquimod, diclofenaco
DERIVACIÓN	Ausencia de respuesta al tratamiento, queratosis reincidentes, inmunodeprimidos y sospecha carcinoma epidermoide.
RECOMENDACIONES	Fotoprotección +/- Fotoliasa y reconsultar si nuevas lesiones



Bibliografía

- Fernández-Montells Rodríguez, R. Queratosis actínica. Fistera. 2022.
- Carmena- Ramón, R. Mateu- Puchades, A. Santos-Alarcón, S, et al. Queratosis actínica: nuevo concepto y actualización terapéutica. Atención Primaria. Volume 49, Issue 8, October 2017, Pages 492-497.
- Gupta AK, Paquet M, Villanueva E, Brintnell W. Interventions for actinic keratoses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD004415. DOI: 10.1002/14651858.CD004415.pub2. Accedida el 11 de noviembre de 2023.
- Pons Cuevas S. Cáncer cutáneo no melanoma y lesiones precursoras. AMF 2013; 9(1); ; ISSN (Papel): 1699-9029 | ISSN (Internet): 1885-2521
- Vañó S. Jaen P. Dermatología. FAES Farma. 2016.



The image features a central text element surrounded by abstract, organic shapes in shades of pink and red. A large, dark red circle is positioned at the top center, with a light pink, elongated shape extending from its left side and a thin black outline to its right. To the right of the central text, there is a light pink, irregular shape with a thin black outline. At the bottom right, a larger, light red shape is visible, with a small, dark red circle attached to its top edge. The bottom left corner shows a light pink shape and a thin black outline. The overall composition is minimalist and modern.

Muchas Gracias