

# ACTUALIZACIÓN EN QUERATOSIS ACTÍNICA

**Idaira Damas**  
GdT Dermatologia CAMFiC

# INTRODUCCIÓN

Se trata de un motivo de consulta frecuente en AP y en Dermatología.

Supone el *tercer motivo* más frecuente de consulta dermatológica en AP, después de la *queratosis seborreica* y el *nevus melanocítico*<sup>1</sup>.



*Pápulas o placas eritematosas, descamativas y en algunos casos hiperqueratósicas únicas o múltiples, en zonas de la piel con fotoexposición crónica.*

Considerado el tipo más frecuente de carcinoma escamoso *in situ*. Frecuentemente coexisten con lesiones subclínicas constituyendo en conjunto el denominado **campo de cancerización**<sup>2</sup>, donde el número de QA a tratar suele ser mucho mayor que solo las lesiones visibles<sup>3</sup>.

Existe una **elevada incidencia** en poblaciones con **fototipo cutáneo I-III** y un incremento en todo el mundo en las últimas décadas. Esta prevalencia ha **aumentado** en los últimos 10 años y se prevé que **seguirá aumentando debido a la exposición solar y el aumento de longevidad de la población.**

En España, la prevalencia estimada de QA es del 28,6 % y hasta del 60,4 % en personas de edad avanzada<sup>4</sup>.



# ETIOPATOGENIA

## (patología asociada y FR)

*Exposició crònica acumulada a la RUV (principal factor de risc)*

Edad avanzada (sobre todo en mayores de 60 años)

Fototipo cutáneo (fototipos I y II)

Sexo masculino

Antecedentes personales de neoplasia cutánea

Fuentes artificiales de RUV

Inmunosupresión iatrogénica crónica (receptores de trasplante de órgano sólido...)

Síndromes genéticos caracterizados por alteraciones en los mecanismos de reparación del ADN, inestabilidad cromosómica

Fotosensibilidad (susceptibilidad individual a la RUV)

Tóxicos o fármacos fotosensibles que alteran el ciclo celular

# CLÍNICA. CLASIFICACIÓN DE OLSEN

Lesiones habitualmente **asintomáticas**.

En ocasiones, son pigmentadas.

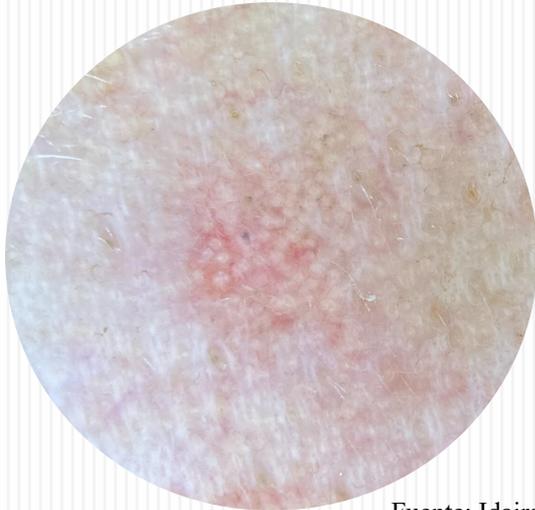
QA GRADO I	QA GRADO II	QA GRADO III
Lesión eritematoescamosa, se palpa más que se ve	Placa o pápula visible a simple vista	Placa indurada o nódulo con hiperqueratosis pronunciada, o cuerno cutáneo
		

# DIAGNÓSTICO. EVOLUCIÓN

El diagnóstico es clínico.



En la dermatoscopia presenta un patrón “en fresa” (fondo rojo/rosa con aperturas foliculares y/o rosetas, vasos lineales ondulados y superficie descamativa).



No se puede predecir qué lesiones se transformarán en un carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) independientemente de su grado clínico, por lo que está indicado tratar todas las QA<sup>2</sup>.

En AP, donde son esenciales las actividades de **prevención**:

- Conductas de **evitación a la exposición solar**, sobre todo en aquellas horas con mayor incidencia de RUV.
- Uso continuado de **medidas de prevención físicas**: gorros, manga larga, pantalones y gafas de sol, aplicación de fotoprotectores, ya que han demostrado disminuir su incidencia<sup>2</sup>.



## **CRIOTERAPIA:**

Es el tratamiento *más utilizado* por médicos de Atención Primaria y dermatólogos.

Es *económico, fácil de aplicar*, con tasas de *curación aceptables* (del 75-98%, recurrencia de 1,2-50%), *escasas contraindicaciones y pocos efectos secundarios* (eritema, edema, quemazón, prurito, dolor y trastorno de pigmentación residual).

## **LEGRADO, CURETAJE O EXÉRESIS POR AFEITADO:**

Es útil en casos dudosos o sospecha de **CEC**, ya que permite obtener una muestra para estudio histológico.

**5-FLUOROURACILO 0,5 % + ÁCIDO SALICÍLICO 10 %**

# Tratamientos del campo de cancerización

## 5-fluoracilo

En estudios comparativos y guías actuales, el 5-FU 5% es muy eficaz y económico<sup>5</sup> para las QA y campo de cancerización de la cara y el cuero cabelludo, siendo la primera línea de tratamiento<sup>5,6</sup> y con el riesgo de desarrollar un CEC más bajo<sup>7</sup>.

En la actualidad existe la formulación de 5-FU en crema al 4% indicada para QA de grado Olsen I y II localizadas tanto en cuero cabelludo, cara y orejas como en el contexto de un campo de cancerización en estas zonas en un área máxima de 961cm<sup>2</sup>. Esta presentación ha demostrado una eficacia similar a las formulaciones al 5 %, pero con una mayor tolerancia. Se aplica una vez al día (preferiblemente por la noche) durante 4 semanas<sup>8</sup>.

Indicado para QA localizada en la cara o el cuero cabelludo en pacientes adultos **inmunocompetentes**.

La concentración al **5%** se utiliza para las QA en escaso número y un área  $\leq 25\text{cm}^2$ . Se puede repetir el ciclo si quedan lesiones al acabar<sup>9</sup>.

Las cremas de formulación al **3,75%** presentan una *eficacia similar con menos efectos adversos que al 5 %*, *aplicación en áreas más extensas* (siendo útiles y estando indicadas para el tratamiento de campo) y durante *menos tiempo*<sup>10</sup>.

# Diclofenaco en gel de ácido hialurónico

Disponible una formulación única de gel de diclofenaco al 3% en ácido hialurónico al 2,5% para el tratamiento de la QA en la cara/cuero cabelludo, dirigida a lesiones agrupadas y campo de cancerización<sup>11</sup>.

Es un fármaco bien tolerado, con menor tasa de efectos adversos (eritema y edema local). Debe **evitarse en pacientes con asma exacerbada por AINE**.

Como puntos débiles, presenta la pauta de tratamiento *más larga, que puede dificultar la adherencia terapéutica, y una eficacia menor* respecto al resto.



Indicada en QA de grado I de cara o cuero cabelludo<sup>12</sup> hasta un campo de 25 cm<sup>2</sup>.

Se recomienda evitar el contacto con los ojos, ya que puede provocar irritación ocular, y no emplearse en el interior de las fosas nasales, oídos o labios.

5 días de tratamiento.

# Terapia fotodinámica (TFD)

Es un procedimiento físico empleado para las QA y el campo de cancerización. Se aplica un fotosensibilizante y posteriormente se practica una fotoexposición (al sol durante 2h en días soleados con  $T^a > 10^{\circ}\text{C}$ ), con una eficacia similar a la del resto de tratamientos<sup>14</sup>.

# PAUTA, INDICACIONES Y ADVERTENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS TÓPICOS

Principio activo	Indicación	Pauta	Advertencias
<b>5-fluorouracilo (5-FU) 5 %</b>	QA grados I y II	1-2/24 h, 2 a 4 semanas	Reacción inflamatoria severa típica, sobre todo en la segunda semana de tratamiento
<b>5-fluorouracilo (5-FU) 4 %</b>	QA grados I y II	1/24 h, 4 semanas	Reacción inflamatoria local. No aplicar directamente sobre mucosas ni heridas
<b>5-FU 0,5 % + ácido salicílico 10 %</b>	QA grados I y II (dirigido solo a la lesión)	1/24 h, 6-12 semanas	Aplicar con cepillo y eliminar la descamación suprayacente
<b>Imiquimod 5 %</b>	QA	Aplicar 3 días/semana, 4 semanas. Control tras 4 semanas de descanso y reaplicar si precisa	Reacción inflamatoria local, que puede ser severa. Puede ocasionar síntomas gripales
<b>Imiquimod 3,75 %</b>	QA grados I y II en cara y cuello cabelludo	Se aplica un total de 4 semanas, con descanso de 2 semanas a la mitad del tratamiento	Reacción inflamatoria local, que puede ser severa. Puede ocasionar síntomas gripales

# TABLA COMPARATIVA TERAPÉUTICA

Principio activo	Dirigido a	Ventajas	Inconvenientes
<b>Crioterapia</b>	Destruir la lesión	Buena tolerancia Rápido	Doloroso, reacción local, requiere visita presencial
<b>Diclofenaco 3 % + ácido hialurónico</b>	Actuar sobre el campo de cancerización	Buena tolerancia	Baja eficacia Pauta larga
<b>5-fluorouracilo</b>	Útil para tratamiento dirigido y también para el campo de cancerización	Económico Mayor eficacia según estudios <sup>5</sup>	Reacción local y molestias asociadas
<b>Imiquimod</b>	Útil para tratamiento dirigido y también para el campo de cancerización	Eficacia	Reacción local y molestias asociadas
<b>Tirbanibulina</b>	Tratamiento de hasta un área de 25 cm <sup>2</sup>	Pauta corta Efectos secundarios tras finalizar la pauta	Reacción local y molestias asociadas

# RAM DE TERAPIAS DE CAMPO

Si los efectos secundarios son insoportables, suspender unos días el tratamiento

Lavar con agua y jabón las lesiones costrosas

Aplicar fomentos cada 8-6 horas mientras exuden

Aplicar pomada antibiótica (p. ej., mupirocina) cada 12 horas durante 7 días si se presentan signos de sobreinfección

— — — — —

Es conveniente informar al paciente de las reacciones adversas y posibles complicaciones de cada uno de los tratamientos con el fin de *evitar tratamientos incompletos e ineficaces.*



Imagen 1: pre-tto tópico de campo de cancerización;

Imagen 2: reacción esperable durante el tto tópico;

Imagen 3: post-tto. Fuente: Lucía Martínez Casimiro.



Actuación  
terapéutica en  
**Queratosis Actínica (QA)**  
y **Carcinoma Basocelular (CBC)**

Autoras:

**Idaira Damas Pérez**

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria  
Centro de Atención Primaria Llefà, Badalona  
GdT de Dermatología de la CAMFiC

**María Rosa Senan Sanz**

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria  
Centro de Atención Primaria el Clot, Barcelona  
GdT de Dermatología de la semFYC y de la CAMFiC

Revisor:

**Carlos González-Cruz**

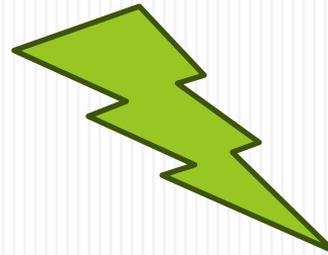
Dermatólogo, profesor asociado en la Universitat de Vic  
Universitat Central de Catalunya  
Hospital Universitari de Vic i Hospital de Campdevànol



**FAP**  
Fundación de Atención Primaria



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



Documento digital

# Bibliografía

1. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. Análisis de la demanda derivada. *Actas Dermo-Sifiliogr.* 2014;105(3):271-275.
2. Carmena-Ramón R, Mateu-Puchades A, Santos- Alarcón S, Lucas-Truyols S. Queratosis actínica: nuevo concepto y actualización terapéutica. *Aten Primaria.* 2017; 49(8):492-497.
3. Stockfleth E, Bégeault N, Delarue A. The Overall Number of Actinic Keratosis Lesions Is Not Predictable by the Number of Visible Lesions: Consequences for Field-Directed Therapies. *Curr Ther Res Clin Exp.* 2022;96:100661.
4. Ferrándiz-Pulido C, Lera-Imbuluzqueta M, Ferrándiz C, Plazas-Fernandez MJ; on behalf to EPIQA Study Group. Prevalence of Actinic Keratosis in Different Regions of Spain: The EPIQA Study. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(1):83-86.
5. Jansen MHE, Kessels JPHM, Nelemans PJ, Kouloubis N, Arits AHMM, van Pelt HPA, et al. Randomized Trial of Four Treatment Approaches for Actinic Keratosis. *N Engl J Med.* 2019;380(10):935-946.
6. Eisen DB, Asgari MM, Bennett DD, Connolly SM, Dellavalle RP, Freeman EE, et al. Guidelines of care for the management of actinic keratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2021 Oct;85(4):e209-e233.
7. Ahmady S, Jansen MHE, Nelemans PJ, Kessels JPHM, Arits AHMM, de Rooij MJM, et al. Risk of Invasive Cutaneous Squamous Cell Carcinoma After Different Treatments for Actinic Keratosis: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol.* 2022 Jun 1;158(6):634-640.
8. Ficha técnica de Tolak. Disponible en: [https:// cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/84849/84849\\_ ft.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/84849/84849_ft.pdf) (acceso: enero de 2024).
9. Jorizzo J, Dinehart S, Matheson R, Moore JK, Ling M, Fox TL, et al. Vehicle-controlled, double-blind, randomized study of imiquimod 5% cream applied 3 days per week in one or two courses of treatment for actinic keratoses on the head. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(2):265-268.
10. Swanson N, Smith CC, Kaur M, Goldenberg G. Imiquimod 2.5% and 3.75% for the treatment of actinic keratoses: two phase 3, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *J Drugs Dermatol.* 2014;13(2):166-169.
11. Ferrándiz C, Fonseca-Capdevila E, García-Díez A, Guillén-Barona C, Belinchón-Romero I, Redondo- Bellón P, et al. Adaptación española de la Guía europea para la evaluación y tratamiento de la queratosis actínica. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(4):378-393.
12. Kempers S, DuBois J, Forman S, Poon A, Cutler E, Wang H, et al. Tirbanibulin Ointment 1% as a Novel Treatment for Actinic Keratosis: Phase 1 and 2 Results. *J Drugs Dermatol.* 2020 Nov 1;19(11):1093-1100.
13. Eisen DB, Dellavalle RP, Frazer-Green L, Schlesinger TE, Shive M, Wu PA. Focused update: Guidelines of care for the management of actinic keratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2022 Aug; 87(2):374.e1-374.e5.
14. Salas-García T, López-Gómez A, Dorado- Fernández M, Ruiz-Martínez J. Daylight photodynamic therapy. *Actas Dermosifiliogr.* 2015 Oct;106(8):672-673.

Muchas gracias