

Revisión bibliográfica

Compendio
de artículos
comentados

Queratosis actínica

Abordaje en los distintos niveles asistenciales,
con énfasis en atención primaria

© 2019 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.

ÍNDICE

Introducción	05
1. La percepción del proceso asistencial de los pacientes con queratosis actínica	07
2. Guía de la Asociación Británica de Dermatólogos para el cuidado de los pacientes con queratosis actínica 2017	09
3. Perspectivas actuales de la queratosis actínica: una revisión	13
4. Guía basada en la evidencia y el consenso (S3) para el tratamiento de la queratosis actínica. Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas en cooperación con el Foro Europeo de Dermatología. Versión corta	15
5. Adaptación española de la <i>Guía europea para la evaluación y tratamiento de la queratosis actínica</i>	17
6. Nuevos tratamientos tópicos para la queratosis actínica: una revisión sistemática	19

Introducción

La queratosis actínica es una patología crónica consecuencia de la radiación solar sobre la piel. Además de las implicaciones cosméticas, tiene el potencial de evolucionar a carcinoma de células escamosas. Por eso, su diagnóstico y tratamiento son importantes.

Diversas guías coinciden en que la atención primaria es el nivel asistencial adecuado para tratar la mayoría de las queratosis actínicas. Existen varios tratamientos tópicos eficaces que pueden utilizarse en este nivel. Son fármacos seguros cuyos efectos secundarios (eritema, inflamación) son manejables y que, con la debida información al paciente, se pueden utilizar en atención primaria.

A pesar de ello, la queratosis actínica es una enfermedad infradiagnosticada e infratratada en atención primaria. El objetivo de esta revisión es revisar las diferentes opciones terapéuticas de la queratosis actínica. Las guías clínicas y artículos incluidos son válidos para todos los niveles asistenciales. No obstante, ponemos énfasis en las recomendaciones dirigidas a atención primaria, con el fin de acercar esta patología a los médicos de este nivel asistencial.

La percepción del proceso asistencial de los pacientes con queratosis actínica

Salido-Vallejo R, González-Velasco M, Guilabert M, García EI, Mira JJ

Puntos clave

- Estudio observacional para identificar las principales barreras asistenciales de los pacientes con queratosis actínica.
- El infradiagnóstico en atención primaria, la falta de conocimiento de la enfermedad por parte del médico de atención primaria, las listas de espera en dermatología y las molestias y baja efectividad de los tratamientos (por las recidivas) son algunas de las barreras.

RESUMEN

En España, la prevalencia de la queratosis actínica (QA) es del 28 % de los pacientes atendidos en las consultas de Dermatología, y más de un tercio de los pacientes ignoran que la tienen cuando acuden al dermatólogo por cualquier motivo de consulta. La QA aumenta el riesgo de desarrollar carcinoma de células escamosas, por lo que es importante analizar la ruta asistencial que siguen estos pacientes, con el fin de mejorar la capacidad de prevención secundaria y terciaria.

En este artículo, los autores analizaron el papel de la atención primaria (AP) y la atención especializada en el tratamiento de la QA, mediante estudios cualitativos y cuantitativos. Los resultados indican que los pacientes confían en los profesionales. Quienes les informan de que padecen QA son los dermatólogos, ya que existe un infradiagnóstico en atención primaria. Los pacientes consideran que los tratamientos que reciben no son muy eficaces. A la vista de los resultados, es necesario reforzar el papel del médico de AP para evitar la progresión de QA a carcinoma.

COMENTARIO

El estudio combinó técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas.

- **Estudio cualitativo.** En esta parte del estudio, se condujeron dos grupos focales con 9 clínicos especialistas en Dermatología, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería, Gestión Sanitaria y Farmacia; y un grupo focal con 10 pacientes con QA. Especialistas y pacientes analizaron el proceso asistencial, identificando sus barreras y limitaciones. En atención primaria, una de las principales barreras es el infradiagnóstico y, a juicio de los pacientes, la actitud y cualificación en QA del médico de atención primaria resulta crucial en el curso del proceso asistencial. Otras barreras que se identificaron en relación con la atención primaria fue el poco tiempo de consulta y la escasa información que se le proporciona al paciente. La demora de las consultas de dermatología y la pobre coordinación entre los dos niveles asistenciales suponen también barreras.
- **Estudio cuantitativo.** Para esta parte del estudio, se aplicó un cuestionario a 225 pacientes, con el objetivo de evaluar la percepción del paciente con QA. El cuestionario se diseñó tomando en cuenta la información obtenida de los grupos focales y se validó mediante numerosas pruebas estadísticas. El 80 % de los pacientes recibía las instrucciones sobre el tratamiento y autocuidado del dermatólogo, y solo el 12,4 % y el 4,9 % recibía esta información del médico de familia y del farmacéutico, respectivamente. Su grado de confianza en el profesional fue de 8,8 puntos sobre 10. En cuanto a las barreras y dificultades en el tratamiento de la QA, los pacientes se centraron, entre otras, en las molestias y el dolor asociado a los tratamientos y la baja efectividad de estos

(por la recidiva); la pobre cualificación del médico de AP para identificar la QA (no conoce bien la enfermedad); las dificultades para el autocuidado; las dudas sobre el pronóstico; la escasa información que proporciona el farmacéutico al retirar la medicación en la oficina de farmacia; y la insuficiente información sobre la enfermedad.

Estos resultados confirman el infradiagnóstico de la QA en atención primaria. Hay que revisar y priorizar la cualificación de los profesionales de AP en el diagnóstico de la QA y asegurar la continuidad asistencial, involucrando a familiares o cuidadores en sesiones de educación sanitaria. Asimismo, se deben establecer pautas para desarrollar campañas educativas y de sensibilización para prevenir la QA.

Artículo original: Salido-Vallejo R, González-Velasco M, Guilabert M, García EI, Mira JJ. La percepción del proceso asistencial de pacientes con queratosis actínica. J Healthc Qual Res. 2018;33(6):309-372.

Idioma original: Español

Tipo de acceso: suscripción

Link de acceso online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647918300976?via%3Dihub>

Conflicto de intereses: Financiación no restrictiva de Almirall para la realización del estudio.

Guía de la Asociación Británica de Dermatólogos para el cuidado de los pacientes con queratosis actínica 2017

De Berker D, McGregor JM, Mohd Mustapa MF, Exton LS, Hughes BR

Puntos clave

- Actualización de las recomendaciones basadas en la evidencia para el abordaje de la queratosis actínica.
- La guía hace un recorrido completo por la patología, desde los antecedentes a las previsiones futuras, revisando todo el tratamiento actual y proponiendo recomendaciones.
- La mayoría de las queratosis actínicas pueden tratarse en atención primaria.
- Existen diversos tratamientos tópicos. Debe advertirse a los pacientes de los posibles efectos secundarios (eritema, inflamación, costras) y la forma de manejarlos, para aumentar la adherencia al tratamiento.

RESUMEN

La queratosis actínica (QA) es una manifestación focal del daño causado por la exposición a la luz solar. La presencia de una sola lesión es un marcador de una exposición solar excesiva y predice la aparición futura de nuevas lesiones. Son lesiones premalignas, aunque con bajo riesgo de malignizar. La QA se considera una enfermedad crónica con recaídas y remisiones, y la mayoría de los pacientes pueden diagnosticarse y tratarse en atención primaria. Esta guía establece recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de la queratosis actínica.

COMENTARIO

La guía recorre múltiples aspectos de la QA. Tras una introducción detallada donde se explican la metodología, los antecedentes y las limitaciones del trabajo de creación de la guía, pasa a comentar en profundidad el abordaje de la enfermedad y los tratamientos disponibles.

Respecto al tratamiento, puede estar dirigido a lesiones individuales (tratamiento de la lesión) o a áreas más extensas (tratamiento de campo).

La guía hace referencia a diversas **estrategias de tratamiento**:

- 1. No tratar.** Esta estrategia se basa en el potencial de regresión de las lesiones, el bajo riesgo de malignizar y la cronicidad de la enfermedad, con recidivas a pesar del tratamiento. Sin embargo, el hecho de que muchas QA remitan no quita de que exista riesgo de desarrollo de melanoma, carcinoma de células escamosas o cáncer de piel diferente del melanoma. Por tanto, la estrategia expectante debe evaluarse individualmente y debatirse con el paciente en función de los riesgos, comorbilidades y preferencias. Todos los pacientes necesitan información clara sobre los riesgos y alternativas.
- 2. Tratamiento en atención primaria.** La gran mayoría de las QA pueden diagnosticarse y tratarse en atención primaria. La exploración oportunista de las áreas expuestas es una buena estrategia de detección de las lesiones. La teledermatología puede ayudar al diagnóstico y al tratamiento si es preciso. La derivación al especialista puede darse en caso de ausencia de respuesta al tratamiento, queratosis reincidentes que supongan un problema mayor, pacientes inmunodeprimidos o si hay sospecha de carcinoma de células escamosas.

- 3. Tratamiento en dermatología.** La derivación se hace cuando la lesión puede representar un carcinoma de células escamosas, el paciente está inmunodeprimido o el tratamiento en atención primaria no da resultado. Una vez diagnosticado y tratado, debe informarse al paciente sobre el autocuidado y el seguimiento en colaboración con el médico de atención primaria.
- 4. Autocuidado.** La QA es una enfermedad crónica, y el paciente puede experimentar nuevas lesiones y recaídas. La educación es importante para establecer el autocuidado, el autodiagnóstico temprano y la minimización del riesgo de desarrollar cáncer. El paciente debe consultar con el médico de atención primaria ante la aparición de nuevas lesiones, para corroborar el diagnóstico y pautar el tratamiento.
- 5. Prevención.** La protección solar en pacientes con QA disminuye ligeramente la incidencia de nuevas lesiones y de carcinoma de células escamosas. El tratamiento de campo con 5-fluorouracilo (5-FU) al 5 % dos veces al día también parece reducir la aparición de nuevas lesiones.

En cuanto a los **tratamientos** disponibles, los más importantes son los siguientes:

- 1. 5-fluorouracilo.** Los tratamientos con 5-FU y derivados son muy utilizados. La mayoría de los estudios se han realizado con la concentración del 5 %. Son fármacos poco costosos y permiten flexibilidad en cuanto a su aplicación. Pueden aplicarse para el tratamiento de las lesiones y como parte del tratamiento de campo. Un amplio ensayo clínico aleatorizado y controlado con placebo mostró que el 5-FU al 5 % era más efectivo que el placebo en la remisión de las QA y la reducción del tratamiento posterior con criocirugía a los 6 meses. En 2013, una revisión Cochrane con metanálisis determinó que el 5-FU era el más efectivo de los tratamientos locales. Recientemente, se ha evaluado el 5-FU al 0,5 % con ácido salicílico al 10 % (5-FU/SA), con buenos resultados. El ácido salicílico tiene efecto queratolítico, por lo que potencia la acción del 5-FU.
- 2. Imiquimod.** Se usa al 5 % y al 3,75 %. El imiquimod es un modulador de la respuesta inmunitaria. Un metanálisis mostró una tasa de remisión completa del 50 % con imiquimod al 5 %, 2 o 3 veces al día, durante 12-16 semanas. Los efectos adversos son parecidos a los del 5-FU.
- 3. Diclofenaco.** El gel de diclofenaco al 3 % en ácido hialurónico al 2,5 % puede usarse tanto para tratar lesiones aisladas como para el tratamiento de campo. Ha mostrado menor eficacia que los anteriores, pero también tiene menos efectos secundarios. La satisfacción de los pacientes es muy parecida con diclofenaco y con 5-FU (73 % y 77 %, respectivamente).
- 4. Ingenol mebutato.** Está indicado para la queratosis actínica no hipertrófica y no hiperqueratósica. Se presenta en dos concentraciones diferentes: 150 y 500 $\mu\text{g g}^{-1}$. En un ensayo clínico, la presentación de 150 $\mu\text{g g}^{-1}$ aplicada en la cara y el cuero cabelludo durante 3 días obtuvo a los 60 días una tasa de curación completa del 40 %, frente al 11 % de los tratados con placebo. Otro estudio similar encontró una tasa de curación completa del 42,2 % frente al 3,7 %. Una actualización de la FDA de 2015 advierte del riesgo de efectos secundarios potencialmente graves, como alergias e infecciones por herpes zóster.
- 5. Retinoides tópicos.** Poseen una eficacia modesta.
- 6. Crioterapia.** La eficacia varía en función del nivel de frío, la duración de la aplicación y el intervalo entre sesiones.
- 7. Terapia fotodinámica.** Ha demostrado su efectividad en diversos estudios.
- 8. Otros tratamientos.** La cirugía y los tratamientos sistémicos, como los retinoides, se usan solo en pacientes seleccionados. También pueden combinarse algunos tratamientos.

De todos estos tratamientos, los más apropiados para usar en **atención primaria** —aparte de conducta expectante con emolientes y protección solar— son el **diclofenaco al 3 % en gel** y la combinación de **5-FU 0,5 % y ácido salicílico 10 %**.

Siempre debe advertirse de la posibilidad de efectos secundarios con el tratamiento y cómo actuar. La mayoría causan enrojecimiento, inflamación y, a veces, costras, lo cual puede llevar al abandono del tratamiento si no se está advertido. Las estrategias para minimizarlos incluyen usar emolientes, aumentar el intervalo de aplicación, hacer breves descansos en el tratamiento y, en algunos casos, aplicar corticoides tópicos.

Otros puntos de la guía mencionan consideraciones especiales, como el tratamiento más apropiado en función del número de lesiones y de la localización de la lesión, o el tratamiento en pacientes inmunodeprimidos.

Para finalizar, la guía tiene en cuenta cuestiones económicas y consideraciones futuras en el abordaje de la QA.

Artículo original: De Berker D, McGregor JM, Mohd Mustapa MF, Exton LS, Hughes BR. British Association of Dermatologists' guidelines for the care of patients with actinic keratosis 2017. Br J Dermatol. 2017;176:20-43.

Idioma original: inglés

Tipo de acceso: libre

Enlace de acceso online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjd.15107>

Perspectivas actuales de la queratosis actínica: una revisión

Siegel JA, Korgavkar K, Weinstock MA

Puntos clave

- La queratosis actínica es un problema de salud pública debido a su prevalencia, costes y riesgo de evolucionar a carcinoma de células escamosas.
- Es necesaria una mayor colaboración entre especialistas de la salud para definir y clasificar la queratosis actínica, con el objetivo de mejorar el cuidado.
- También se necesitan más estudios comparativos entre diferentes tratamientos para determinar la mejor opción.
- El 5-fluorouracilo (5-FU) ha mostrado su eficacia tanto en el tratamiento como en la prevención de la QA. La fototerapia y el imiquimod son, tal vez, los que mejores resultados cosméticos proporcionan.

RESUMEN

La queratosis actínica (QA) se origina por la exposición crónica a la luz solar. Las razones para tratarla son tanto cosméticas como la potencial progresión a carcinoma de células escamosas. No existe un consenso acerca del mejor tratamiento para la QA, pero el 5-fluorouracilo (5-FU) ha mostrado su eficacia tanto el tratamiento como en la prevención de la QA. Desde un punto de vista cosmético, es posible que el imiquimod y la fototerapia ofrezcan los mejores resultados.

COMENTARIO

Esta revisión explica el diagnóstico de la QA y la clasificación de la enfermedad, así como la frecuencia y la evolución. Destaca que no hay consenso entre especialistas a la hora de establecer una definición universal para la QA. A continuación, pasa a describir la prevención y a analizar los tratamientos.

El objetivo principal del tratamiento de la QA es destruir las lesiones y/o tratar el área para evitar la progresión, así como para mejorar la apariencia y aliviar los síntomas. El artículo analiza todas las terapias y efectos secundarios.

Según un metanálisis de 2013, el más eficaz es el 5-FU al 5 %, seguido del 5-FU al 0,5 %. Le siguen, en este orden, la fototerapia con ácido aminolevulínico (ALA); el imiquimod; el ingenol mebutato y la fototerapia con metil-aminolevulinato (MAL-PDT); la crioterapia; el diclofenaco con ácido hialurónico, y el placebo. Sin embargo, una revisión Cochrane de 2012 encontró que la terapia de campo con diclofenaco, 5-FU, imiquimod o ingenol mebutato tenía eficacia similar.

Por su parte, la combinación de tratamientos parece ser más efectiva que el tratamiento aislado. Por ejemplo, un estudio que comparó el tratamiento con 5-FU al 0,5 % combinado con crioterapia frente a placebo combinado con crioterapia encontró que el primer grupo obtenía resultados significativamente mejores a los 6 meses. Otro estudio mostró que la crioterapia combinada con imiquimod era más efectiva en tratar las lesiones aisladas y en reducir el número total de lesiones que la crioterapia combinada con placebo.

Para finalizar, el artículo recomienda realizar más estudios comparando diferentes tratamientos, así como llegar a acuerdos entre los profesionales sanitarios para definir y clasificar la QA.

Artículo original: Siegel J, Korgavkar K, Weinstock M. Current perspective on actinic keratosis: a review. Br J Dermatol. 2017;177:350-358.

Idioma original: inglés

Tipo de acceso: libre

Enlace de acceso online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/bjd.14852>

Guía basada en la evidencia y el consenso (S3) para el tratamiento de la queratosis actínica. Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas en cooperación con el Foro Europeo de Dermatología. Versión corta

Werner RN, Stockfleth E, Connolly SM, Correia O, Erdmann R, Foley P, Gupta AK, Jacobs A, Kerl H, Lim HW, Martin G, Paquet M, Pariser DM, Rosumeck S, Rowert- Huber HJ, Sahota A, Sanguenza OP, Shumack S, Sporbeck B, Swanson NA, Torezan L, Nast A

Puntos clave

- El objetivo de esta guía es desarrollar recomendaciones apropiadas para el tratamiento de la queratosis actínica en diferentes grupos de pacientes.
- La crioterapia es el tratamiento de elección en pacientes con pocas lesiones y el 5-FU al 0,5 %, el imiquimod al 3,75 %, el ingenol mebutato y la fototerapia son el tratamiento de elección en pacientes con múltiples lesiones o sospecha de campo de cancerización.

RESUMEN

Mediante una revisión de la literatura científica, un panel de expertos (dermatólogos, médicos generales e histopatólogos) ha desarrollado recomendaciones para el tratamiento de la queratosis actínica (QA). Dichas pautas no sustituyen los conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios, por lo que cada caso debe ser tratado individualmente.

De todos los tratamientos analizados, la crioterapia y el 5-fluorouracilo (5-FU) en todas sus variantes son los más recomendados y con mayor consenso alcanzado. Los autores enfatizan la necesidad de realizar ensayos clínicos a largo plazo para comprobar la eficacia de los tratamientos en un periodo de tiempo más amplio.

COMENTARIO

En este artículo se repasan los principales tratamientos de la QA, con recursos adicionales como son la forma de llegar a las conclusiones, la fortaleza de los análisis y el porcentaje de consenso alcanzado. Una vez definidos los objetivos, la naturaleza de la enfermedad y los métodos, el artículo pasa a las recomendaciones sobre el asesoramiento y la clasificación de la QA por medio de tablas resumen. A continuación, se analizan los tratamientos que el panel de expertos consideró como relevantes debido a su mención en la literatura científica y a su propio consenso (>75 %).

La crioterapia es el tratamiento físico más recomendado (máximo grado y mayor consenso) en los **pacientes con pocas lesiones** (5 o menos).

El 5-FU al 0,5 %, el imiquimod al 3,75 %, el ingenol mebutato y la fototerapia son los tratamientos que adquieren igualmente este rango de consenso y recomendación en los **pacientes con múltiples lesiones** (6 o más) de QA o para tratar el **campo de cancerización**.

En los **pacientes inmunodeprimidos**, se recomiendan tratamientos físicos (crioterapia y curetaje), 5-FU al 5 %, imiquimod al 5 % y fototerapia.

En el material suplementario se mencionan las posibles combinaciones de tratamientos disponibles. La protección contra la radiación solar por varios métodos también se menciona como clave en la prevención de la QA. Para finalizar, los autores resaltan la importancia de diseñar ensayos clínicos a largo plazo.

Artículo original: Werner RN, Stockfleth E, Connolly SM, Correia O, Erdmann R, Foley P, et al. Evidence— and consensus—based (S3) Guidelines for the Treatment of Actinic Keratosis – International League of Dermatological Societies in cooperation with the European Dermatology Forum – Short version. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29:2069-2079.

Idioma original: inglés

Tipo de acceso: libre

Enlace de acceso online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jdv.13180>

Adaptación española de la *Guía europea para la evaluación y tratamiento de la queratosis actínica*

Ferrándiz C, Fonseca-Capdevila E, García-Diez A, Guillén-Barona C, Belinchón-Romero I, Redondo-Bellón P, Moreno-Giménez JC, Senán R

Puntos clave

- Adaptación de la guía europea (2011) sobre el manejo de la queratosis actínica al sistema de salud español.
- La disponibilidad de nuevos medicamentos para el tratamiento de la QA hace necesaria una revisión de los métodos para optimizar el diagnóstico y establecer un consenso sobre la patología.
- El papel de la atención primaria debe ser más relevante, debido a que es el primer contacto del paciente con queratosis actínica con el sistema sanitario.

RESUMEN

Los datos epidemiológicos muestran que la incidencia de la queratosis actínica (QA) va en aumento. Actualmente existen una gran variedad de abordajes, pero enfocados sobre todo a la destrucción de las lesiones y no al posible campo de cancerización. Por ello, se necesitan criterios de homogeneización para que los pacientes dispongan de la mejor opción. En esta guía se lleva a cabo un consenso de expertos a partir de una revisión de las evidencias científicas en cuanto al tratamiento y diagnóstico de la QA.

COMENTARIO

El objetivo principal de esta guía fue adaptar, mediante la traducción técnica de una edición europea, los aspectos y objetivos que se detallaban y establecer las recomendaciones al ámbito asistencial en España. A diferencia de otras guías, el grupo de expertos llegó a un consenso sobre la definición de la QA y su clasificación. También introduce el concepto de campo de cancerización, un término creado para explicar el desarrollo de múltiples tumores primarios en un área de células genéticamente alteradas por un agente carcinógeno común. En el caso de las QA correspondería al área de piel con daño actínico.

Tras mencionar la clasificación, el diagnóstico y la prevención, la guía presenta un algoritmo terapéutico en el que se recomienda tratar todas las QA¹. Siempre que sea posible, se debe tratar, además de las lesiones, el campo de cancerización, con el objetivo de evitar que lesiones subclínicas progresen. El algoritmo contempla los tratamientos locales. La elección debe ser individualizada y dependerá de diferentes factores relacionados tanto como con el paciente como con el tratamiento y el propio médico.

Para tratar las **lesiones**, se dispone de tratamientos destructivos (cirugía, crioterapia) y tópicos (diclofenaco al 3 % en ácido hialurónico al 2,5 %; 5-fluorouracilo (5-FU) al 0,5 % con ácido salicílico al 10 %; imiquimod al 3,75 % y al 5 %; ingenol mebutato; fototerapia y 5-FU al 5 %).

Para tratar el **campo de cancerización**, el algoritmo recomienda el diclofenaco al 3 % en ácido hialurónico al 2,5 %; el imiquimod al 3,75 % y al 5 %; la fototerapia y el 5-FU al 5 %.

En relación con los nuevos tratamientos², los autores destacan la efectividad del tratamiento combinado con 5-FU al 0,5 % y ácido salicílico al 10 % (>77 % de las lesiones eliminadas por completo), con una mayor seguridad que el 5-FU al 5 %. Del imiquimod al 3,75 %, destaca su mayor seguridad frente a la formulación del 5 %.

Cada uno de estos tratamientos se analiza y resume en varias tablas a lo largo de la guía. En síntesis:

- **5-FU.** Se puede aplicar en múltiples lesiones 2 veces al día durante 2 a 4 semanas. Tiene una tasa de eliminación inicial alta, pero las recidivas a los 12 meses también son altas. Su formulación al 0,5 % en combinación con ácido salicílico al 10 % presenta mejor perfil de seguridad.
- **Imiquimod.** Al 5 % presenta una menor tasa de recidivas que el 5-FU al 5 %. Además, mantiene la calidad cutánea al final del tratamiento. Sin embargo, algunos pacientes desarrollan dermatitis graves. Al 3,75 % se puede aplicar en zonas más extensas.
- **Diclofenaco al 3 % en gel de ácido hialurónico al 2,5 %.** Se puede aplicar en zonas extensas. El tratamiento es más largo (60-90 días), pero su perfil de tolerancia es excelente.
- **Ingenol mebutato.** Se administra tan solo durante 3 días, aunque hay que esperar 8 semanas antes de evaluar los resultados.
- **Fototerapia.** Es una opción excelente, pero costosa, además de que obliga a desplazarse.

Los autores mencionan también que en España el tratamiento de la QA recae principalmente en el dermatólogo, quien suele tratar las lesiones con técnicas ablativas sin tener en cuenta el campo de cancerización. Con el incremento de la incidencia y prevalencia del cáncer cutáneo, incluyendo la QA, el papel del **médico de atención primaria** adquirirá más peso en el diagnóstico y tratamiento, especialmente en el reconocimiento de las lesiones por QA, aunque el motivo de la consulta sea otro.

Con estas recomendaciones se pretende reducir la variabilidad en la práctica clínica interespecialista y también aumentar la eficacia en el uso de recursos sanitarios, así como optimizar en la medida de lo posible el rápido acceso del paciente al punto diagnóstico-terapéutico más apropiado.

Artículo original: Ferrándiz C, Fonseca-Capdevila E, García-Diez 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;105:378-93.

Idioma original: español

Tipo de acceso: libre

Enlace de acceso online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731014000416?via%3Dihub>

Conflicto de intereses: todos los autores han sido consultores esporádicos de Laboratorios Almirall y de otros laboratorios. Laboratorios Almirall S.A. ha promovido la elaboración de este documento sin interferir en las decisiones del grupo de expertos.

¹ Diferencia con la guía británica comentada anteriormente.

² En esas fechas, el tratamiento combinado con 5-FU al 0,5 % y ácido salicílico al 10 % ya estaba aprobado en Europa, pero no en España. El imiquimod al 3,75 % tampoco estaba comercializado.

Nuevos tratamientos tópicos para la queratosis actínica: una revisión sistemática

Stockfleth E, Sibbring GC, Alarcon I

Puntos clave

- Revisión sistemática de la eficacia relativa entre el 5-fluorouracilo al 0,5 % en ácido salicílico al 10 % (5-FU/SA), el ingenol mebutato (IMB) y el imiquimod (IMI) 2,5 %/3,75 % en el tratamiento de la queratosis actínica.
- La comparación cualitativa entre todos los estudios que cumplían los criterios de inclusión mostró una mayor tasa de remisión completa del 5-FU/SA (55,4 %) frente al IMB (42,2) y al IMI (25,0 30,6/34,0 35,6 %), aunque el efecto placebo también fue mayor.
- No obstante, se necesitan ensayos clínicos para comparar los tratamientos para la queratosis actínica.

RESUMEN

En esta revisión se hizo una búsqueda estructurada con el formato de pregunta PICO sobre el tratamiento de la queratosis actínica (QA), con el objetivo de comparar los diferentes tratamientos tópicos. Once estudios cumplían todos los criterios de inclusión. A pesar de tener varias limitaciones para analizar los resultados conjuntamente, el análisis cualitativo mostró que el tratamiento con 5-FU/SA es más eficaz que los otros medicamentos. Los autores señalan la importancia de diseñar un estudio clínico para comparar los diferentes tratamientos tópicos para la QA.

COMENTARIO

En la revisión se analizaron los resultados de 11 publicaciones que cumplían los criterios de inclusión; de ellas, 7 eran ensayos clínicos. De los 11 estudios, 2 analizaban el 5-FU/SA, 7 el IMB y 2 el IMI. Las concentraciones y el régimen de tratamiento variaban de un estudio a otro, al igual que los excipientes. En los estudios de 5-FU/SA o IMB el área estudiada en el tratamiento era de 25 cm², mientras que el IMI abarcaba un área mayor. Los ensayos analizados evaluaban en general la remisión completa de las lesiones, pero con algunas diferencias de definición; no obstante, se encontraron criterios comunes para comparar.

Debido a las limitaciones metodológicas, no se pudo hacer un análisis estadístico indirecto de los resultados para comparar la remisión de las lesiones. Sin embargo, se hicieron comparaciones cualitativas entre los tres tratamientos para evaluar la remisión completa y la recurrencia de las lesiones. El 5-FU/SA y el IMB demostraron tener mayor éxito en las remisiones completas que el IMI, y comparando entre ambos el 5-FU/SA mostró mayor efecto que el IMB.

En cuanto a las recurrencias, solo pudo compararse el 5-FU/SA con el IMB. Los resultados sugieren que el 5-FU/SA tiene una tasa de recurrencia menor (32,7 %) que el IMB (53,9 %) a los 12 meses.

Un importante número de artículos y revisiones se mencionan y referencian en el resto del artículo, con el objetivo de recalcar la importancia de diseñar estudios clínicos específicos para comparar los diferentes tratamientos. Los autores concluyen que ese tipo de estudios ayudaría a escoger el mejor tratamiento y a clarificar los resultados encontrados en esta revisión.

Artículo original: Stockfleth E, Sibbring GC, Alarcon I. New Topical Treatment Options for Actinic Keratosis: A Systematic Review. Acta Derm Venereol. 2016; 96:17-22. Erratum en: Acta Derm Venereol. 2016;96:431.

Idioma original: inglés

Tipo de acceso: libre

Enlace de acceso online: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-2167>

Conflicto de intereses: Los autores y expertos consultados han recibido honorarios de Almirall, que encargó y financió la realización de este estudio.

