

Qué hacer y qué no hacer para mejorar el control de la queratosis actínica

medifichas

✓ Qué hacer

- 

1 Diagnosticar la QA explorando la piel —especialmente las áreas expuestas al sol, como la cabeza, el cuello y el dorso de las manos—, ya sea en atención primaria o especializada, de forma oportunista o durante la evaluación de daño solar, de lesiones focales queratósicas o de cáncer de piel¹.
- 

2 Anotar la localización de las lesiones para facilitar el seguimiento y evaluar la respuesta al tratamiento¹.
- 

3 Valorar la zona afectada en conjunto en lugar de valorar las lesiones de forma individual. Se recomienda evaluar el daño actínico y utilizar herramientas para cuantificar la gravedad de la QA en toda la zona (p. ej., el índice AKASI para la QA de la cabeza)².
- 

4 Derivar al especialista en las siguientes situaciones¹:

 - Falta de respuesta al tratamiento habitual.
 - QA múltiples o recurrentes difíciles de tratar.
 - QA en pacientes inmunodeprimidos.
 - Lesiones con características que podrían indicar CCE (p. ej., sangrado, dolor o engrosamiento al palpar la lesión entre el dedo y el pulgar).
- 

5 Informar al paciente sobre el riesgo de CCE y aconsejarle que acuda de forma inmediata si observa lesiones que sangran, duelen, crecen mucho o se vuelven protuberantes¹.
- 

6 Aconsejar a todos los pacientes que se protejan del sol¹, de modo que eviten la exposición solar (especialmente entre las 10 a. m. y las 2 p. m.), utilicen ropa que cubra la piel y apliquen protector solar de amplio espectro con FPS 30 o superior³.
- 

7 Utilizar tratamientos dirigidos a la lesión para las lesiones escasas o aisladas⁴. La crioterapia es el tratamiento de elección en los pacientes que tienen entre 1 y 5 lesiones aisladas en una zona determinada del cuerpo³.
- 

8 Tratar las lesiones múltiples y el campo de cancerización con terapias dirigidas al campo, como los medicamentos tópicos (5-fluorouracilo, imiquimod, tirbanibulina o diclofenaco) o la terapia fotodinámica³⁻⁵.
- 


9 Valorar el tratamiento combinado con terapias dirigidas a la lesión y terapias dirigidas al campo⁶, especialmente en pacientes con lesiones hiperqueratósicas⁷. Se puede tratar una lesión hiperqueratósica gruesa con un procedimiento ablativo y después aplicar tratamiento dirigido al campo. Asimismo, después de tratar el campo debe tratarse, mediante un tratamiento dirigido a la lesión, cualquier QA que persista⁶.
- 

10 Individualizar el intervalo de seguimiento en función del riesgo de CCE. Los pacientes de alto riesgo (p.ej., receptores de trasplante de órgano sólido) pueden necesitar controles en tan solo unas semanas, mientras que el seguimiento anual puede ser suficiente en los pacientes de bajo riesgo⁴.


Características de daño actínico²:

- Alteraciones de la pigmentación
- Atrofia
- Telangiectasia
- Textura de papel de lija

✗ Qué no hacer

- 

1 No se debe hacer una biopsia si las manifestaciones clínicas son típicas de QA⁶, aunque el estudio anatomopatológico sí está recomendado en los siguientes casos³:

 - Diagnóstico clínico poco claro con respecto a la enfermedad subyacente.
 - Diagnóstico clínico poco claro con respecto al comportamiento biológico de la lesión. Los parámetros clínicos que pueden ser indicadores de progresión de QA a CCE invasivo son:
 - Criterios mayores: ulceración, induración, sangrado, diámetro >1 cm, crecimiento rápido o eritema.
 - Criterios menores: dolor, palpabilidad, hiperqueratosis, prurito o pigmentación.
 - Lesiones de QA que no responden al tratamiento.
- 

2 No se debe mantener conducta expectante sin evaluar de forma crítica los factores de riesgo (p. ej., inmunosupresión, antecedentes de cáncer de piel no melanocítico, exposición crónica a la radiación UV, número de lesiones)⁶. Algunos expertos recomiendan tratar todas las lesiones, ya que consideran que la QA es un carcinoma *in situ* y no es posible saber qué lesiones van a progresar a CCE^{8,9}.

CCE: carcinoma de células escamosas, FPS: factor de protección solar, QA: queratosis actínica, UV: ultravioleta.

descárgate más medifichas en www.almirallmed.es

1. 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(1):20-43. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.15107>. 2. Schmitz L, Broganelli P, Boada A. Classifying Actinic Keratosis: What the Reality of Everyday Clinical Practice Shows Us. J Drugs Dermatol JDD 2022;21(8):845-9. Disponible en: <https://jddonline.com/articles/classifying-actinic-keratosis-what-the-reality-of-everyday-clinical-practice-shows-us-S1545961622P0845X/>. 3. 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(11):2069-79. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.13180>. 4. 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;85(4):e209-33. Disponible en: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(21\)00502-8/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(21)00502-8/fulltext). 5. 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;87(2):373-374.e5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S090962222006120>. 6. Heptt MV, Leiter U, Steeb T, Amaral T, Bauer A, Becker JC, et al. S3 guideline for actinic keratosis and cutaneous squamous cell carcinoma - short version, part 1: diagnosis, interventions for actinic keratoses, care structures and quality-of-care indicators. J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG. 2020;18(3):275-94. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ddg.14048>. 7. Steeb T, Wessely A, Leiter U, French LE, Berking C, Heptt MV. The more the better? An appraisal of combination therapies for actinic keratosis. J Eur Acad Dermatol Venereol J EADV 2020;34(4):727-32. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.15998>. 8. Dianzani C, Conforti C, Giuffrida R, Neroni P, di Meo N, Farinazzo E, et al. Current therapies for actinic keratosis. Int J Dermatol. 2020;59(6):677-84. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijd.14767>. 9. Huang A, Nguyen JK, Austin E, Mamalis A, Jagdeo J. Updates on Treatment Approaches for Cutaneous Field Cancerization. Curr Dermatol Rep 2019;8(3):122-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6716609/>.