

Queratosis actínica

Tratamiento en
localizaciones
especiales



Introducción



El dorso de las manos, antebrazos, piernas, área periorbitaria, párpados, orejas y labios se consideran zonas de riesgo, ya que los carcinomas escamosos (CE) en estas áreas generalmente se originan a partir de queratosis actínicas (QA) (figura 1) y pueden comportarse de manera más agresiva¹.



Figura 1. Dermatoscopia de queratosis actínicas. Fuente [Him Rios et al.](#)². Licencia CC BY-NC-ND 4.0.

- Las lesiones fuera del cuero cabelludo y la cara a menudo son difíciles de tratar, con tasas de eliminación más bajas³.
- El tratamiento con fármacos tópicos es más adecuado para el tratamiento de campo de lesiones múltiples o agrupadas³.
- La criocirugía es preferible para QA únicas o poco numerosas³.
- La fotoprotección se olvida más a menudo en las extremidades que en la cara y el cuello¹.

Introducción

Áreas del cuerpo
de alto riesgo



Antebrazos y dorso de las manos

Piernas

Región periorbitaria y párpados

Orejas

Labios

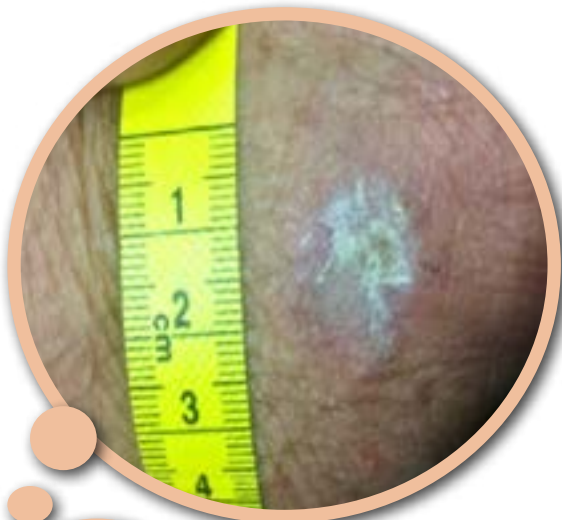


Figura 2. Queratosis actínica en el dorso de la mano
Fuente [Mane et al.](#)⁶.
Licencia CC BY 4.0.



- En los antebrazos, la presencia de numerosas lesiones dispersas en una gran superficie puede dificultar el tratamiento¹.
- En el dorso de las manos (figura 2):
 - Las QA suelen ser múltiples e hiperqueratósicas⁴.
 - Las QA son difíciles de tratar debido a la delgadez de la piel¹.
 - La piel del dorso de las manos puede ser más resistente al tratamiento que la de la cabeza y el cuello y requiere periodos prolongados de terapia tópica⁴.
 - Las QA hipertróficas a menudo tienen una respuesta subóptima al tratamiento tópico debido a su grosor y deben tratarse de manera más agresiva y con un seguimiento más regular¹.
- El tratamiento debe realizarse de forma precoz con fármacos tópicos o terapia fotodinámica (TFD), ya que podría reducir la necesidad de escisión quirúrgica futura⁴.
- La combinación de dosis bajas de 5-fluorouracilo (5-FU) con ácido salicílico fue eficaz y bien tolerada en el tratamiento de QA en manos y antebrazos en un estudio no intervencionista con 649 pacientes^{1,5}.
- Puede utilizarse el 5-fluorouracilo (5-FU) combinado con ácido salicílico para tratar las QA de grado 3⁴.
- En dos pequeños estudios, el tratamiento secuencial con criocirugía seguida de tratamiento tópico ha mostrado mayor eficacia que la crioterapia sola para tratar la QA hipertrófica en el dorso de las manos y antebrazos¹.





Figura 3. Queratosis actínicas en las piernas
Fuente [Kong et al.](#)⁷.
Licencia CC BY 4.0.

- Las QA en las piernas (figura 3) ocurren con menos frecuencia que en los miembros superiores¹. Son características de las piernas expuestas al sol de las personas mayores⁴.
- Las QA debajo de la rodilla con frecuencia coexisten con CE *in situ* y tienen una mayor predisposición a desarrollar cáncer de piel diferente del melanoma⁴.
- En casos de QA recurrente o hipertrófica se recomienda que las biopsias se realicen antes y con más frecuencia para detectar tempranamente la transformación a CE¹.
- Al ser una zona con tendencia a curar peor, debe buscarse el equilibrio entre la necesidad de tratar y los riesgos de hacerlo (incluidas la falta de curación y la infección)⁴.
- Una opción es el tratamiento intermitente, de baja intensidad y crónico, como la aplicación de 5-FU al 5 % en tratamiento oclusivo una vez a la semana durante 4 a 8 semanas⁴.
- Otra alternativa con menos efectos secundarios es el diclofenaco al 3 % en gel de ácido hialurónico, aunque su efectividad puede ser menor⁴.
- La TFD es especialmente útil cuando puede haber problemas de cicatrización⁴.



Antebrazos y dorso
de las manos

Piernas

Región periorbitaria
y párpados

Orejas

Labios

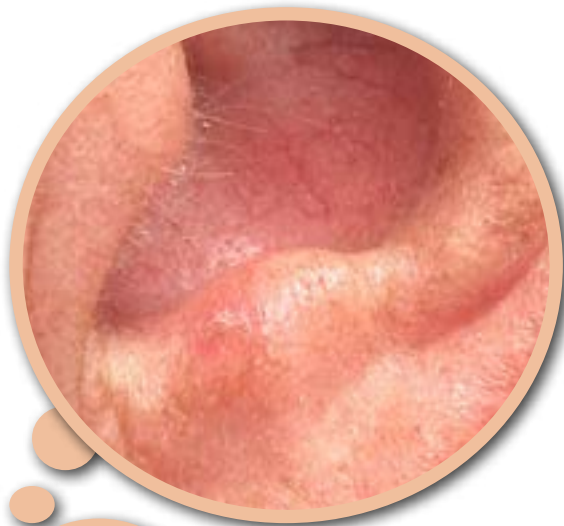


- La QA representa un desafío terapéutico debido a las dificultades anatómicas y funcionales relacionadas con el tratamiento en esta zona¹.
- Habitualmente se intenta la extirpación quirúrgica, pero debe tenerse cuidado, (especialmente en el párpado inferior) debido al riesgo de ectropión y desviación de la nariz y los labios¹.
- Existen opciones de tratamiento alternativas (5-FU tópico, gel de diclofenaco tópico, imiquimod y TFD), que han mostrado ser efectivos y seguros en estudios observacionales pequeños, aunque se requieren más investigaciones¹.



Figura 4. Placas eritematosas descamativas sobre el párpado superior izquierdo compatibles con queratosis actínica.

Fuente [Al-Hage J et al.](#)⁸. Licencia CC BY 4.0.



- La QA en las orejas (figura 5) se considera de alto riesgo debido a la posibilidad de invasión tisular local y transformación maligna a CE, así como por la proximidad de numerosos ganglios linfáticos¹.
- Se recomienda el diagnóstico histológico temprano de las QA gruesas (grado 3), mediante biopsia por rasurado o escisión, para diferenciarlas de los CE invasivos y evitar la falta de diagnóstico precoz del CE⁴.
- La cirugía es muy delicada y plantea riesgos para la apariencia y funcionalidad de la oreja¹.

Figura 5. Queratosis actínica en la oreja

Fuente [Mane et al.](#)⁹.

Licencia CC BY-SA 4.0.





Figura 6.

Queilitis actínica

Fuente [Muse et al.](#)¹⁰.

Licencia CC BY-NC-ND 4.0.



- La queilitis actínica (figura 6), un tipo de QA, se considera la principal lesión premaligna del labio¹. Es más frecuente en el borde libre del labio inferior¹⁰.
- El tratamiento temprano es esencial para el pronóstico, ya que la tasa de transformación maligna es del 10 % al 30 % y la tasa de metástasis del CE del labio inferior es cuatro veces mayor que la del CE cutáneo¹¹.
- El tratamiento es difícil, debido a sus características anatómicas e histológicas, así como a la importancia del resultado estético, y no hay un consenso general sobre el mejor enfoque terapéutico^{1,11}.
- Las opciones de tratamiento incluyen procedimientos quirúrgicos (resección completa de la mucosa labial, crioterapia, ablación con láser y cirugía de Mohs), tratamiento tópico (con imiquimod, 5-fluorouracilo, diclofenaco) y TFD¹¹.



Antebrazos y dorso
de las manos

Piernas

Región periorbitaria
y párpados

Orejas

Labios



El **sitio anatómico** es un factor importante que se debe considerar para la toma de decisiones clínicas, y la efectividad del tratamiento podría depender de la localización de la QA¹².

Sin embargo, se necesita una investigación más amplia y de mayor calidad para evaluar las intervenciones para QA ubicadas en sitios que no sean la cara o el cuero cabelludo³.

Referencias

1. Richard MA, Amici JM, Basset-Seguín N, Claudel J p., Cribier B, Dreno B. Management of actinic keratosis at specific body sites in patients at high risk of carcinoma lesions: expert consensus from the AKTeam™ of expert clinicians. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(3):339–46.
2. Rios GEH, Francisco Alonso Campos Herrera. La queratosis actínica y sus tratamientos en los últimos 4 años: una revisión. *Rev Méd Científica*. 33(1):89–96.
3. Steeb T, Wessely A, Schmitz L, Heppt F, Kirchberger MC, Berking C, et al. Interventions for Actinic Keratosis in Nonscalp and Nonface Localizations: Results from a Systematic Review with Network Meta-Analysis. *J Invest Dermatol*. 2021 Feb;141(2):345-354.e8.
4. 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 Jan;176(1):20–43.
5. Reinhold U, Hadshiew I, Melzer A, Prechtl A. Low-dose 5-fluorouracil in combination with salicylic acid for the treatment of actinic keratoses on the hands and/or forearms - results of a non-interventional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2017 Mar;31(3):455–62.
6. Mane S, Singer J, Corin A, Semprini A. Successful Treatment of Actinic Keratosis with Kanuka Honey. *Case Rep Dermatol Med*. 2018;2018:4628971.
7. Kong F, Moreira Lucas TS, Kaminski A, Spelman L. Management of disseminated superficial actinic porokeratosis and intraepidermal squamous cell carcinoma with low dose radiation therapy. *Australas J Dermatol*. 2021 Aug;62(3):410–2.
8. AL-HAGE J, MASLIAH-PLANCHON J, SOHIER P, LUMBROSO-ROUIC L, BIECHE I, ARACTINGI S. Unusually Aggressive Actinic Keratosis of the Eyelid and Conjunctiva. *Acta Derm Venereol*. 2023 Aug 22;103:4500.
9. Actinic keratosis on ear [Internet]. [citado 3 de julio de 2024]. Disponible en: <https://openverse.org/image/Oe5b86d4-76a2-4fa3-834f-5443b7cefaf2>
10. Muse ME, Crane JS. Actinic Cheilitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551553/>
11. Vasilovici A, Ungureanu L, Grigore L, Cojocaru E, Șenilă S. Actinic Cheilitis - From Risk Factors to Therapy. *Front Med*. 2022;9:805425.
12. Mosterd K, Nelemans PJ, Kelleners-Smeets NWJ. Treatment of Actinic Keratosis: Does Effectiveness Depend on the Location? *J Invest Dermatol*. 2021 Feb 1;141(2):248–9.

