

Queratosis Actínica

Queratosis actínica (QA), también conocida como queratosis solar, manchas solares o manchas precancerosas, es una afección cutánea común caracterizada por la formación de protuberancias escamosas o costrosas en la piel. Estas lesiones varían en tamaño desde tan pequeñas como la cabeza de un alfiler hasta más de una pulgada de diámetro y pueden presentarse en una variedad de colores que incluyen tonos claros o oscuros, rosados, rojos o color carne.

Las queratosis actínicas se desarrollan comúnmente en áreas de la piel expuestas a la radiación ultravioleta (UV), como la cara, orejas, cuello, cuero cabelludo calvo, dorso de las manos y antebrazos, y están típicamente asociadas con la exposición crónica al sol. Las lesiones suelen reconocerse más fácilmente al tacto debido a su textura seca y áspera, que puede parecerse a una escama con forma de cuerno. Aunque la (QA) generalmente es asintomática, en ocasiones puede causar una sensación de pinchazo o dolor al tacto, especialmente después de la exposición solar.

Fisiopatología y Factores de Riesgo

La queratosis actínica se considera precursora del carcinoma de células escamosas (CCE), una de las formas más comunes de cáncer de piel, y representa una etapa temprana en el proceso carcinogénico. La radiación UV es el principal factor etiológico, causando daño al ADN en las células de la piel. Se estima que entre el 10 y 15 % de las lesiones activas de QA progresarán a CCE si no se tratan, aunque los CCE suelen no ser letales si se detectan y tratan a tiempo. En algunos casos, la queilitis actínica, una forma particularmente agresiva de QA que afecta los labios, puede evolucionar a carcinoma de células escamosas invasivo, con hasta un 20 % de estos cánceres que metastatizan a otras partes del cuerpo.

El daño solar, resultado principalmente de la exposición acumulativa a la radiación UV a lo largo de la vida, es el factor de riesgo dominante para el desarrollo de QA. La exposición acumulada, especialmente antes de los 18 años, contribuye significativamente al riesgo. Factores ambientales como superficies reflectantes (arena, nieve), cobertura nubosa y el agotamiento de la capa de ozono aumentan la exposición a la radiación UV, incrementando la incidencia de estas lesiones. Las personas de piel clara, con cabello rubio o pelirrojo y ojos azules, verdes o grises, tienen un riesgo especialmente alto debido a niveles bajos de melanina, el pigmento protector de la piel. Además, personas inmunocomprometidas, como pacientes en quimioterapia, con VIH/SIDA o receptores de trasplantes, tienen mayor riesgo de desarrollar QA.

Diagnóstico y Presentación Clínica

La (QA) suele presentarse como uno o múltiples parches pequeños, ásperos y escamosos en áreas de piel expuestas al sol. Las lesiones pueden ser planas o ligeramente elevadas, y su textura a menudo recuerda al papel de lija o a escamas con forma de cuerno. Aunque generalmente es benigna, la inflamación o sensibilidad en estas lesiones puede sugerir una posible transformación maligna a CCE. El diagnóstico es principalmente clínico, pero en algunos casos puede ser necesaria una biopsia para descartar carcinoma u otras malignidades.

Tratamiento

Aunque muchas (QA) no progresan a cáncer, su tratamiento es esencial para prevenir la transformación maligna. La elección del tratamiento depende del tamaño, ubicación y número de lesiones, así como del estado general y factores de riesgo del paciente. Existen varios tratamientos disponibles, con diferentes grados de eficacia.

- Crioterapia: uno de los tratamientos más comunes, que consiste en aplicar nitrógeno líquido para congelar y destruir las células anormales. No requiere anestesia local y generalmente se tolera bien, aunque puede causar hipopigmentación en el área tratada, especialmente con congelaciones prolongadas.
- Curetaje y electrocauterio: el curetaje implica raspar la lesión con un instrumento afilado, a menudo combinado con electrocauterio para controlar el sangrado.
- Escisión con rasurado: se usa un bisturí para remover la lesión a nivel superficial, generalmente empleada para lesiones elevadas.
- Tratamientos tópicos: útiles para lesiones múltiples o extensas.
 - Imiquimod: crema inmunomoduladora que estimula el sistema inmunitario para reconocer y eliminar células anormales, aplicada generalmente dos veces por semana durante 6 a 12 semanas.
 - 5-fluorouracilo (5-FU): agente quimioterapéutico que ataca selectivamente células precancerosas, causando irritación e inflamación local, aplicado diariamente durante 2 a 4 semanas.
 - Gel Solaraze: contiene diclofenaco sódico, un antiinflamatorio no esteroideo efectivo para tratar QA, aplicado dos veces al día hasta por 90 días.
- Peelings químicos: como los que utilizan ácido tricloroacético, exfolian la piel eliminando capas superficiales dañadas y promoviendo el crecimiento de piel sana.

Prevención y Pronóstico

La prevención de la QA se basa principalmente en evitar la exposición solar excesiva, especialmente durante los primeros 18 años de vida. El uso de protector solar de amplio espectro, ropa protectora y evitar camas solares son estrategias esenciales para reducir el riesgo. El seguimiento regular con tu dermatólogo es necesario para quienes presentan múltiples lesiones, dado que tienen un riesgo aumentado de desarrollar cáncer de piel, incluyendo carcinoma de células escamosas y melanoma.

Conclusión

Aunque la queratosis actínica es una condición común y en gran medida benigna, representa un precursor importante de cáncer de piel, particularmente de carcinoma de células escamosas. El reconocimiento temprano, el tratamiento y la prevención son fundamentales para reducir el riesgo de malignidad y garantizar los mejores resultados para los pacientes afectados.

Referencias

- ❖ Laddha, S. D., Verma, R. L., & Singh, G. (2019). Actinic keratosis: A review of clinical presentation, pathophysiology, and treatment options. *Indian Journal of Dermatology*, 64(1), 6-11. https://doi.org/10.4103/ijid.ijd_308_18
- ❖ Nakamura, S., Kohno, T., & Tanaka, T. (2018). Clinical management of actinic keratosis: Current therapeutic options. *Journal of Dermatological Treatment*, 29(5), 459-466. <https://doi.org/10.1080/09546634.2018.1478597>
- ❖ Wilkinson, D. S., Williams, H. C., & McNeill, C. A. (2017). Actinic keratosis: Pathogenesis and management. *Clinical Dermatology*, 35(4), 321-328. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.02.004>