

# Queratosis solar, diagnóstico y tratamiento en atención primaria

Aragón Jiménez, A.F.\*; Lorena Mongelli, M.\*\*; Brito Brito, P.J.\*\*\*

\* Médico de familia.

\*\* Médico Residente de Medicina Familiar y comunitaria.

\*\*\* DUE

## Resumen

La queratosis actínica, es una lesión premaligna, en la que es muy importante tener una actitud correcta en atención primaria; pues a veces evoluciona a un carcinoma espinocelular invasivo.

## Palabras Clave

Queratosis. Espinocelular. Atipia.

## Introducción

La queratosis solar, actínica o senil es una lesión hiperpigmentada de evolución crónica; es decir una lesión que el paciente presenta desde hace tiempo. Lesión precursora de cánceres no melanóticos que se desarrolla en la piel descubierta de los ancianos, a consecuencia de la exposición actínica prolongada(1). Representa una displasia intraepidérmica<sup>8</sup> (2).

Existen determinados cambios epidérmicos, como la queratosis actínica, que pueden ser importantes, pues si los dejamos sin tratar pueden transformarse en tumores malignos (lesiones premalignas). Las precancerosis son lesiones cutáneas caracterizadas por (2):

a) Presentar hallazgos histológicos similares a los encontrados en los procesos malignos, aunque sin mostrar invasión dérmica.

b) Presentar una tendencia a evolucionar espontáneamente a un tumor invasivo (cáncer).

La queratosis actínica es la precancerosis más frecuente, afectando al 50% de los individuos ancianos con piel clara, y que habitan en lugares soleados (2). Afecta en la mayoría de ocasiones a personas de piel clara, que se quema fácilmente y raramente se broncean (3). También hay una predisposición en personas que sufren exposiciones al sol directas y prolongadas, como agricultores, marinos y montañeros (3). La radiación ultravioleta interviene en su génesis, especialmente la UVB (280-320 nm), produciendo cambios epidérmicos hacia la atipia. Estas células atípicas van sustituyendo la estructura normal y produciendo alteraciones en la queratinización. Finalmente, cuando penetran a través de la membrana

a la dermis, se desarrolla un carcinoma espinocelular (3). En definitiva hay un infiltrado inflamatorio en la dermis subyacente; la desaparición o rotura de la membrana basal determina el estadio en el cual la lesión se transforma en un tumor maligno (3).

## Clínica (figuras 1-7)

Se presenta en forma de lesiones aisladas o agrupadas, localizadas preferentemente en cara (frente, nariz, mejillas y pabellones auriculares), dorso de las manos y cuero cabelludo en varones con alopecia (2). El diagnóstico se basará en el aspecto rugoso y la palpación similar a papel de lija (1). El cuadro clínico varía según el grado de desarrollo de la lesión (3):

1. El tipo eritematoso corresponde a los signos iniciales: pápulas o placas irregulares, eritematosas, con telangiectasias y superficie discretamente rugosa a la palpación, de apenas unos milímetros inicialmente, puede desarrollarse hasta 1-2 centímetros.
2. El tipo queratósico resulta de la progresión de la placa eritematosa en la producción de material córneo, apreciándose con una coloración marrónácea o negro-grisácea, duro, que en ocasiones deja ver un anillo eritematoso inflamatorio.
3. El tipo cuerno cutáneo se aprecia cuando la queratinización es

## Correspondencia

Antonio Fco. Aragón Jiménez.  
c/ Virgen de la Paz nº 27 segundo izquierda.  
38320. La Laguna. Tenerife.  
Teléfono: 619860353/922642432.  
Correo electrónico: jeafqueen@hotmail.com.



**Figura 1**

Lesión en cuero cabelludo en anciano alopecico.



**Figura 3**

Lesiones en zona opuesta a la anterior.



**Figura 2**

Lesiones en zona parietal y frontal.



**Figura 4**

Lesión en cuero cabelludo.



**Figura 5**

Lesiones en la mano derecha.

- muy prominente, sobre todo en pabellones auriculares y frente.
4. El tipo liquen plano ocurre en antebrazos y cara, diagnosticándose como infiltrado inflamatorio con hallazgos histológicos típicos que simulan un liquen plano.
  5. La forma de queratosis actínica pigmentada posee la apariencia de placas marronáceas que hay que diferenciar por su queratosis rugosa con la queratosis seborreica pigmentada.

Su curso clínico es lento. Años o décadas después puede ocurrir su transformación en un carcinoma espinocelular, aunque esto no es muy frecuente, y clínicamente se diferencia por la ulceración o infiltración (3).

### Histología

Es variable, y resultado de la proliferación de las capas más inferiores de la epidermis. De acuerdo con la extensión de los cambios pueden distinguirse los tipos hipertrófico, atrófico o bowenoide. Como en todas las alteraciones de la proliferación epidérmica, puede tener lugar una hiperqueratosis o paraqueratosis de una epidermis acantolítica o atrófica. La disposición celular está alterada y es irregular, mostrando atipia, a menudo con cambios disqueratósicos y ocasionalmente acantolíticos. En la dermis superior se hallan cambios de elastosis actínica y frecuentemente infiltrado inflamatorio crónico (3).

### Diagnóstico diferencial

Debe hacerse con la queratosis seborreica, la cual ocurre con más frecuencia en tronco y a la palpación es más grasosa. Siempre que haya dudas hay que confirmar mediante el examen histológico. La queratosis por arsénico se localiza preferentemente en palmas y plantas. Ocasionalmente el lupus discoide puede simular queratosis actínicas aisladas(3). Por



**Figura 6**  
Lesión en la mano izquierda.



**Figura 7**  
Lesiones en pabellones auriculares y hemicara.

otro lado debemos saber que la queratosis senil suele coexistir con el lentigo solar y las queratosis seborreicas(1).

### Tratamiento

Las lesiones aisladas por escisión simple, crioterapia, electrocoagulación superficial o aplicación tópica de 5-fluoruracilo 2 veces al día durante tres o cuatro semanas, tratamiento este preferible en el caso de lesiones múltiples. Es conveniente informar al paciente de los efectos secundarios producibles por esta medicación, recomendar la aplicación de un corticoide tópico si precisa y evitar la exposición solar. Mención especial merece la aparición de queratosis actínicas ya

en la infancia, que se pueden transformar rápidamente en un carcinoma espinocelular de curso fatal a menudo en pacientes con xeroderma pigmentoso. Esta forma de fotodermatosis presenta alteraciones en los mecanismos de reparación del DNA tras la irradiación y, aunque la exposición solar sea escasa, presentan precozmente la aparición de queratosis actínicas(3).

### Evolución

Se calcula que el 12-20% de las queratosis actínicas no tratadas evolucionan, tras un período de latencia de al menos 10 años, a un carcinoma espinocelular invasivo con un potencial metastásico muy bajo(2).

### Actitud en atención primaria

Aunque su evolución a cáncer cutáneo es muy larga, la derivación al dermatólogo (sobre todo lesiones extensas y múltiples (2)) para tratamiento es recomendable, y obligatoria ante cualquier duda o signo de malignización (1). Hasta el 25% de estas lesiones involuciona espontáneamente con una fotoprotección extrema a lo largo de un año. La fotoprotección con pantallas solares es preceptiva en la prevención de nuevas lesiones, y puede reducir su número en los pacientes predispuestos. Debe considerarse a los pacientes con queratosis actínicas como población de riesgo para desarrollar melanomas y otros tumores cutáneos (2-7).

## BIBLIOGRAFÍA

1. García Domínguez S, Vitoria Lapeña A, Blasco Valle M. *Actitud del médico de familia ante las lesiones pigmentadas de la piel*. FMC 1994; 1(6): 348.
2. De Argila Fernández-Durán. *Tumores cutáneos no melánicos (II)*. Precancerosis y tumores malignos. JANO 1999; 57: 39.
3. De Pablo Martín P, Gil Martín R. Tumores epidérmicos. En: Iglesias Díez L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero PL. *Tratado de dermatología*. 1 ed. Madrid: Luzan 5, S.A. de Ediciones; 1994. p. 873-888.
4. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Winkelmann RR, eds. Precancerosis. En: *Dermatology* (3.a ed.) Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1991.
5. Swartz RA, Stoll HL. Epithelial precancerous lesions. En: Fitzpatrick ThB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KE. *Dermatology in general medicine*, eds. (4.a ed.). Nueva York: McGraw-Hill, 1993.
6. De Argila D, Ortiz PL, Guerra A, Iglesias L. *Tumores epidérmicos y metástasis cutáneas*. En: *Dermatología geriátrica*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1997.
7. Sober AJ, Burstein JM. *Precursors to skin cancer*. *Cancer* 1995; 75 (Supl 2): 645-650.