

QUERATOSIS ACTINICA. CASO CLINICO

Rafael FLORIT LLUCH

Medico de Atención Primaria del Sector de Salud de Calatayud. Centro de Salud de Morata de Jalón Servicio Aragonés de la Salud

INTRODUCCION

También llamado queratosis, solar, queratosis senil y queratosis precancerosa.

La queratosis actínica aparece como resultado del efecto acumulativo de la radiación solar sobre la piel expuesta en individuos sensibles. Aparece en edades avanzadas generalmente después de los 65 años, aunque en regiones muy soleadas pueden aparecer en edades más tempranas.

Los sujetos de piel clara y que por su trabajo están más expuestos a las radiaciones solares son más propensos a desarrollar esta enfermedad.

Son lesiones epidérmicas bien definidas, que empiezan como una mácula rugosa, de pequeño tamaño, y de un color que varía de un amarillo grisáceo a rojizo, con una superficie de aspecto queratósico que presenta una escama en la parte superior, en algunas ocasiones puede producirse un crecimiento en forma de cuerno (cuerno cutáneo) de varios centímetros de longitud.

La aparición de un halo eritematoso y el engrosamiento de la lesión nos harán sospechar de la malignización del proceso hacia un epiteloma espinocelular o basocelular.

La evolución es generalmente crónica, la proporción de queratosis que evolucionan hacia una lesión carcinomatosa es pequeña, menos del 10%.

El diagnóstico diferencial se hace con la queratosis seborreica, enfermedad de Bowen, lupus eritematoso y carcinoma epidermoide.

Las claves para realizar un correcto diagnóstico son: Edad del paciente, individuos de piel clara, vida laboral con trabajos que supongan muchas horas de exposición solar.

Las áreas de localización de estas lesiones son preferentemente cara y zonas del cuero cabelludo no pilosas.

Caso Clínico.

Anamnesis.

Paciente varón de 82 años de edad que ha trabajado durante toda su vida laboral en tareas agrícolas con la consiguiente exposición solar durante muchas horas.

Antecedentes patológicos: EPOC, coleditiasis, adenoma de próstata y gonartrosis bilateral.

Exploración.

Inspección. Normocoloración de piel y mucosas, no se observan en cara ni en manos lesiones eritemoparduzcas. No alopecia.

Se aprecia en la parte superior del pabellón auricular derecho una excrecencia córnea de 0,5 cm. de color rosado blanquecino, aspecto escamoso de bordes bien definidos, no se observa halo periférico ni engrosamiento.

Palpación. No se aprecia infiltración.

Resto de la exploración general sin importancia.

Analítica normal.

Diagnóstico.

Dadas las características de la lesión, se llega a la conclusión de que se trata de una queratosis actínica "cuerno cutáneo".

El diagnóstico diferencial se planteó con:

La queratosis seborreica. Color parduzco y aspecto untoso.

Enfermedad de Bowen (carcinoma epidermoide intraepidérmico). Mácula, pápula o placa escamosa, hiperqueratósica, en ocasiones de aspecto verrugoso (membranas mucosas). El carcinoma se extiende por todo el espesor de la epidermis.

Léntigo. Pigmentado de color pardo o negruzco, aspecto rugoso, bordes bien definidos.

Tratamiento.

Existen diversos medios para el tratamiento de dichas lesiones:

Fulguración. Crioterapia (dióxido de carbono o nitrógeno líquido).

Biopsia-rebanado más electrodesecación.

Uno de los últimos avances en el tratamiento de la queratosis actínica es la terapia fotodinámica, que consiste en aplicar una crema de ácido delta-5-aminolevulínico al 20% sobre la lesión durante 3 o 4 horas, transcurrido este tiempo, se retira la crema y se somete a la lesión a una luz roja (585 - 720 nm) a una potencia de 140 nw/cm durante 15 minutos.

Con esta técnica se ha conseguido la completa curación en un 63% una remisión parcial del 33% y ninguna respuesta en el 2%.

Dadas las características de la lesión que nos ocupa y el material disponible en nuestro medio, optamos por el tratamiento de BR+EDS, consistente en rebanar la lesión para posterior biopsia y electrodesecación del lecho sangrante.

Para ello disponemos de un área quirúrgica provista del material necesario para ello, consistente en: Camilla articulada. Lámpara articulada con lupa. Mesa auxiliar con ruedas. Bisturí eléctrico. Material quirúrgico.

Tras la firma de correspondiente consentimiento informado y dispuesto el material quirúrgico necesario.

Se prepara al paciente, en nuestro caso en decúbito prono, se prepara el campo estéril, con un campo fenestrado, separando la oreja con esparadrapo, para mayor comodidad y eficacia durante la intervención.

Procedemos a la anestesia de la zona por infiltración, utilizando mepivacaína al 2% sin adrenalina con una jeringuilla de insulina, para causar al paciente las menores molestias posibles.

El cirujano se prepara con un cuidadoso lavado de manos utilizando una solución jabonosa de povidona yodada, secado con gasas estériles y guantes y resto de vestimenta estéril.

Una vez nos hemos cerciorado de la insensibilidad de la zona, procedemos al rebanado de la lesión con una hoja de bisturí del nº 11 (figura 2). La pieza extirpada se guardará en un frasco preparado previamente con una solución de formol al 20% para remitirlo posteriormente al servicio de Anatomía Patológica.

Se procede a la electrodesecación del lecho mediante la utilización del bisturí eléctrico (figuras 3 y 4). Quedando una escara de color negruzco que cubriremos con un apósito estéril.

El seguimiento lo hacemos a las 48 horas para ver la evolución de la intervención y controlar posibles infecciones.

A los ocho días presenta el siguiente aspecto (figura 5) de cicatrización normal.

En todos los casos en que hemos realizado dicha intervención la evolución de las lesiones ha sido satisfactoria. Tan sólo en un caso la Anatomía Patológica puso de manifiesto que la lesión de queratosis actínica había degenerado en un epiteloma espinocelular, que controlado por el dermatólogo de zona, no requirió ninguna intervención ulterior.

Preparado el paciente y el campo quirúrgico y preparado el equipo médico, procedemos a la extirpación de la lesión.

Caso clínico.



Fig.1 Queratoma actinico



Fig.2 Rebanado de la lesión



Fig.3 Sangrado post extirpación



Fig.4 Desección post exeresis



Fig.5 Resultado

BIBLIOGRAFIA

Dermatología Clínica Ilustrada (John. R.T. Reeves)

Dermatología (Olga Olías. Pilar Martín)

Dermatology Medic Journal. (Frank. O. Weidman)

Terapia fotodinámica (A. Escudero)

Diario Médico (Francisco Camacho. Hospital Virgen Macarena. Sevilla)

Curso Taller de Cirugía Menor en Atención Primaria.