

Título: *Actualización sobre el manejo de la queratosis actínica en España. Consenso*

Delphi multidisciplinar entre atención primaria y dermatología

Lara Ferrández¹, Julio Antonio Heras-Hitos², Paula Casas Rodríguez³, Alfonso Valcarcel-Leonisio⁴, Onofre San Martín⁵, Ricardo Ruiz-Villaverde⁶

Afilaciones:

¹ Hospital Universitario Virgen Macarena, 41009 Sevilla, España

² Centro de Salud Villarejo de Salvanés-DASE, 28590 Madrid, España

³ Centro de Salud Laguna de Duero, 47140 Valladolid, España

⁴ Centro de Salud Polanco, 39313 Cantabria, España

⁵ Instituto Valenciano de Oncología, 46009 Valencia, España

⁶ Hospital Universitario San Cecilio, 18007 Granada, España.

Agradecimientos:

Los autores desean agradecer a todos los profesionales que han participado en la consulta Delphi por su valiosa colaboración en el desarrollo de este estudio. Asimismo, agradecen a Outcomes'10 por la asistencia metodológica brindada, así como por los servicios de redacción del manuscrito.

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Fuente de financiación:

Este estudio ha sido financiado por Almirall, en el marco de un acuerdo para el fomento de la investigación independiente. La entidad financiadora no tuvo participación en el diseño, ejecución, análisis ni interpretación de los resultados del estudio.

Autor para la correspondencia:

Dr. Ricardo Ruiz-Villaverde MD, PhD

Hospital Universitario San Cecilio, Avda. del Conocimiento s/n, 18007 Granada, España.

e-mail: ismenios@hotmail.com

1 **Título:** Actualización sobre el manejo de la queratosis actínica en España. Consenso Delphi
1
2 multidisciplinar entre atención primaria y dermatología
3

4 **Título en inglés:** *Updated management of actinic keratosis in Spain: A multidisciplinary*
5
6 *Delphi Consensus between primary care and dermatology*
7

8 **RESUMEN:**

9 La queratosis actínica (QA) es una enfermedad cutánea con potencial de progresión a
10 carcinoma cutáneo escamoso (CCE), lo que hace crucial su tratamiento. Sin embargo, la
11 última actualización de la guía europea adaptada a España data de 2014. El presente
12 documento recoge las recomendaciones consensuadas por 75 médicos de atención
13 primaria y dermatología para el manejo óptimo de pacientes con QA. De manera general,
14 se recomienda el diagnóstico temprano y detallado de la QA mediante dermatoscopia y la
15 derivación a dermatología especialmente en casos de riesgo. En cuanto al tratamiento, los
16 expertos aconsejan el uso de tratamientos adaptados al grado y extensión de las lesiones,
17 destacando el uso de moléculas como 5-fluorouracilo para lesiones aisladas y en campo,
18 así como tirbanibulina para lesiones aisladas o en campo de grado 1 y 2. Estas
19 recomendaciones consensuadas buscan servir como guía para la práctica clínica habitual
20 de los pacientes con QA.

21 **Palabras Clave:** Queratosis Actínica, Consenso Delphi, Recomendaciones.

22 **ABSTRACT:**

23 Actinic keratosis is a skin disease with the potential for progression to squamous cutaneous
24 carcinoma, which makes its treatment crucial. However, the last update of the Spanish
25 adaptation of the European guideline dates back to 2014. This document includes the
26 recommendations agreed upon by 75 primary care and dermatology experts for the optimal
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 management of patients with actinic keratosis. In general, early and detailed diagnosis of
1
2 actinic keratosis using dermoscopy and referral to dermatology is recommended, especially
3
4 in high-risk patients. Regarding treatment, experts advise the use of treatments adapted to
5
6 the degree and extent of the injuries, highlighting the use of molecules such as 5-fluorouracil
7
8 for isolated and field of cancerization injuries, as well as tirbanibulin for grade 1 and 2
9
10 isolated and field of cancerization injuries. These consensual recommendations seek to
11
12 serve as a clinical guide for the routine clinical practice of patients with actinic keratosis.
13
14
15

16 **Keywords:** Actinic Keratosis, Delphi Consensus, Recommendations.
17
18
19
20
21
22
23
24
25

26 **INTRODUCCIÓN:** 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65

30 La queratosis actínica (QA) es una enfermedad dermatológica crónica causada por la
31 proliferación intradérmica de queratinocitos atípicos tras la exposición prolongada a los
32 rayos ultravioleta¹. Los pacientes presentan lesiones eritematosas, de color variable que
33
34 pueden ser claras, rojizas o pigmentadas y rugosas al tacto en localizaciones
35
36 frecuentemente expuestas al sol como el rostro, el cuello y el dorso de las manos². La
37
38 prevalencia de la QA en España es difícil de determinar debido a la variabilidad entre
39
40 regiones³ pero se sitúa superior al 15% al igual que en otras regiones europeas⁴.
41
42

43 La QA es más frecuente en hombres, con edad avanzada, piel clara y antecedentes de
44 exposición solar prolongada⁵. Cabe destacar que las células afectadas tienen el potencial
45
46 de transformarse en carcinoma cutáneo escamoso (CCE), el segundo cáncer cutáneo con
47
48 mayor prevalencia en el mundo⁶. Este riesgo varía dependiendo del tiempo, el número de
49
50 lesiones y el estado inmune del paciente⁷. Sin embargo, la ausencia de tratamiento de QA
51
52 conlleva un progreso a CCE en el 20% de los casos. Además, el 60% de los CCE se
53
54 desarrollan en áreas de QA^{8,9}. Su diagnóstico consiste en una exploración clínica, a veces
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64

1 acompañada de un análisis histopatológico que permite diferenciar la QA de otras lesiones,
1
2 como CCE invasivo, y distinguir entre QA pigmentada y lentigo maligno^{10,11}. Aunque este
3
4 diagnóstico se puede efectuar en atención primaria, en España se realiza mayoritariamente
5
6 en dermatología especializada^{3,12}, representando el 28.6% de las consultas
7
8 dermatológicas¹³. En el perfil patológico del paciente se distinguen pacientes con lesiones
9
10 aisladas o que presentan afectación en campo. Además, los pacientes se clasifican en 3
11
12 niveles de gravedad, con grados 1 y 2 si los queratinocitos atípicos se encuentran en el
13
14 primer y los dos primeros tercios de epidermis respectivamente, y de grado 3 si presentan
15
16 placas hiperqueratósicas gruesas en más de dos tercios, con mayor probabilidad de
17
18 progresión a CCE. No obstante, todas las QA, desde el grado 1 al 3, pueden evolucionar a
19
20 CCE^{2,14}.

21 El objetivo principal del tratamiento de la QA es eliminar las lesiones clínicas para evitar
22
23 que evolucionen a un CCE y evitar que se desarrollen nuevas lesiones en el campo de
24
25 cancerización^{15,16}. Cuando las lesiones son poco numerosas y/o se encuentran aisladas,
26
27 se suelen emplear tratamientos ablativos, siendo más frecuente la criocirugía o crioterapia
28
29 que el curetaje combinado con electrocoagulación. Por otro lado, en pacientes con
30
31 afectación extensa, se recomienda terapia fotodinámica dinámica y tratamientos tópicos
32
33 como 5-fluorouracilo (5-FU), imiquimod, diclofenaco o tirbanibulina^{17,18}. Sin embargo, el
34
35 éxito de la terapia depende de las características individuales del paciente y del carácter
36
37 crónico de la enfermedad, lo que conlleva terapias a largo plazo que pueden afectar a la
38
39 adherencia y dificultar el control de la QA¹⁸.

40 La última adaptación española de la guía europea para el manejo de pacientes con QA data
41
42 de 2014¹⁹. Recientemente, un consenso multidisciplinar de expertos pertenecientes a
43
44 diferentes asociaciones europeas de dermatología emitió una serie de recomendaciones
45
46 para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con QA. Entre ellas destaca el uso de
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 estrategias personalizadas, especialmente en pacientes con mayor riesgo de desarrollo de
1
2 CCE como los pacientes inmunosuprimidos.²⁰ Por este motivo, el presente estudio tuvo
3
4 como objetivo actualizar las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo
5
6 óptimo de los pacientes con QA.
7
8
9
10
11
12 **MATERIALES Y MÉTODOS:**
13
14 7 El estudio se dividió en varias fases: revisión de la literatura, grupo focal y consulta Delphi.
15
16
17 8
18
19 9 **Revisión de la literatura**
20
21
22 10 Mediante una revisión ordenada de la literatura se identificó la evidencia disponible sobre
23
24 11 el manejo de la QA en la base de datos internacional Medline/Pubmed empleando filtros de
25
26 12 búsqueda y términos *Medical Subject Headings* (MeSH) y términos abiertos combinados
27
28 13 con los conectores booleanos “OR” y “AND”. Adicionalmente se realizó una búsqueda
29
30 14 manual y ordenada de la literatura gris disponible en páginas web de las principales
31
32 15 sociedades científicas (Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), la
33
34 16 Sociedad Española de Médicos de atención primaria (SEMERGEN) y la *European*
35
36 17 *Association of Dermato-Oncology*, entre otras). Se incluyeron artículos en inglés o español
37
38 18 de los últimos 10 años (2014-2024), excluyendo comentarios, cartas al editor, editoriales,
39
40 19 capítulos de libros y publicaciones no relacionadas con QA.
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

21 **Grupo focal**

22 Un total de 6 expertos en el manejo de la QA (3 en dermatología y 3 en atención primaria)
23
24 constituyó el comité científico y grupo focal del estudio. Con la ayuda de un moderador, el
25
26 grupo focal evaluó la evidencia recopilada para la elaboración del cuestionario utilizado en
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

¹ la consulta Delphi. Además, el grupo focal elaboró la lista final de recomendaciones con las
² afirmaciones consensuadas.

74 Consulta Delphi

5 Cuestionario

126 El cuestionario se estructuró en 4 secciones: 1) características sociodemográficas y
127 profesionales (6 ítems); 2) diagnóstico de la QA (21 afirmaciones); 3) criterios y circuitos de
128 derivación (13 afirmaciones); y 4) manejo terapéutico (66 afirmaciones).

10 Consulta y panelistas

241 La consulta Delphi estuvo dirigida a médicos de atención primaria y dermatología con al
242 menos dos años de experiencia en el manejo de la QA dentro del Sistema Nacional de
243 Salud público. La consulta se llevó a cabo en dos rondas consecutivas, donde los panelistas
244 evaluaron su grado de acuerdo con las afirmaciones dadas utilizando una escala Likert de
245 7 puntos (donde 1= totalmente en desacuerdo; y 7= totalmente de acuerdo). Se estableció
246 como criterio de consenso un 70% de acuerdo (Likert 6-7) o de desacuerdo (Likert 1-2).
247 Las afirmaciones que no alcanzaron este umbral en primera ronda fueron presentadas
248 nuevamente en segunda ronda.

43
44 Los panelistas fueron identificados e invitados a participar por SEMERGEN y AEDV y
45
46 aquellos que aceptaron la participación recibieron el cuestionario en formato electrónico.

522 RESULTADOS:

53 23 Un total de 75 expertos completó la primera ronda y 68 la segunda (tasa de respuesta del
54 24 90,7%). Sus características se detallan en la Tabla 1.
55 24

1
2 **Tabla 1** Características sociodemográficas y profesionales de los panelistas
3

4	Edad en años; media (DE)	44,9 (10,2)
5	Sexo; n (%)	
6	<i>Hombre</i>	28 (37,3)
7	<i>Mujer</i>	47 (62,7)
8	Perfil profesional; n (%)	
9	<i>Medicina Familiar y Comunitaria</i>	16 (21,3)
10	<i>Dermatología</i>	30 (40)
11	<i>Dermatología Oncológica</i>	29 (38,7)
12	Años de experiencia en el manejo del paciente con QA; media (DE)	16,8 (9,6)
13	Número de pacientes atendidos mensualmente; media (DE)	90,1 (91,6)
14	Comunidad autónoma donde ejerce su profesión; n (%)	
15	<i>Andalucía</i>	9 (12)
16	<i>Aragón</i>	6 (8)
17	<i>Asturias</i>	1 (1,3)
18	<i>Baleares</i>	2 (2,7)
19	<i>Canarias</i>	4 (5,3)
20	<i>Cantabria</i>	1 (1,3)
21	<i>Castilla-La Mancha</i>	3 (4)
22	<i>Castilla y León</i>	6 (8)
23	<i>Cataluña</i>	14 (18,7)
24	<i>Comunidad Valenciana</i>	6 (8)
25	<i>Galicia</i>	1 (1,3)
26	<i>Madrid</i>	21 (28)
27	<i>Navarra</i>	1 (1,3)

48 DE, desviación estándar; QA, queratosis actínica.
49

50
51 **3**
52
53 **4** En la consulta Delphi, 70 afirmaciones de las 100 presentadas (70%) alcanzaron el
54
55 consenso. Todas las afirmaciones propuestas sobre el diagnóstico de la QA (21) y los
56
57 criterios y circuitos de derivación (13) alcanzaron consenso (Tablas Suplementarias 1 y 2).
58
59

1 Asimismo, de las 66 afirmaciones propuestas sobre el manejo terapéutico, 36 (54,5%)
1
2 alcanzaron consenso (4 de ellas en desacuerdo) (Tablas Suplementarias 3-8). El listado
3
4 final de recomendaciones se detalla en la Tabla 2.
5
6
7 4
8
9 5

10 **Tabla 2** Listado de recomendaciones

11 **DIAGNÓSTICO**

12 *Se recomienda, siempre que sea posible, el uso de dermatoscopios en atención primaria con el objetivo de ayudar a*
13 *precisar el diagnóstico y facilitar información relevante para la correcta derivación del paciente a dermatología,*
14 *especialmente si la derivación es por teleconsulta.*

15 *En general, el diagnóstico de QA se debe de realizar mediante exploración física, siendo recomendable el diagnóstico*
16 *histológico únicamente en los siguientes casos: 1) caso de hallazgos clínicos poco claros; 2) presencia de signos*
17 *clínicos de progresión a carcinoma cutáneo escamoso; y/o 3) resistencia a la terapia.*

18 *Durante el diagnóstico, se recomienda evaluar factores de riesgo moduladores (edad, fototipo cutáneo, calvicie, estilo*
19 *de vida, ocupación, localización geográfica, antecedentes de cáncer de piel o inmunosupresión) y detallar la*
20 *localización, número y gravedad de las lesiones de QA.*

21 *Los siguientes signos clínicos son indicativos de una posible progresión de QA a carcinoma escamoso cutáneo: 1)*
22 *engrosamiento o endurecimiento; 2) dolor a la palpación, sangrado o ulceración; 3) crecimiento rápido; 4) cambios en*
23 *la superficie de lesión; 5) resistencia a la terapia; y/o 6) rápida recurrencia tras el tratamiento inicialmente exitoso.*

24 *Se considera que un paciente presenta un campo de cancerización si tiene al menos 6 lesiones de QA por región del*
25 *cuerpo o campo y evidencia de daño actínico en la piel con hiperqueratosis en áreas contiguas.*

26 *Se recomienda, especialmente en atención primaria, el uso de la regla de las 5 R +R (lesiones Rojizas, Rugosas,*
27 *Recurrentes, en Región cefálica y expuestas a Radiación + Riesgo de transformación maligna) para el diagnóstico de*
28 *la QA.*

29 *Se recomienda realizar formaciones sobre el diagnóstico y manejo del paciente con QA, especialmente dirigidas a*
30 *profesionales de atención primaria.*

31 *Se recomienda, siempre que sea posible, el uso de teledermatología para proporcionar un diagnóstico y seguimiento*
32 *adecuados y ágiles.*

33 **CRITERIOS DE DERIVACIÓN**

34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 *Para la adecuada derivación de un paciente con QA mediante teleconsulta, siempre que sea posible, se recomienda*
2 *que la historia clínica recoja una foto clínica, una foto dermatoscópica, los tratamientos previos del paciente y los*
3 *factores de riesgo.*

4

5 *Se recomienda la derivación del paciente con QA a dermatología en los siguientes casos:*

6

- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- *pacientes inmunosuprimidos y receptores de trasplante de órganos sólido*
 - *pacientes con signos clínicos de posible progresión a carcinoma escamoso cutáneo*
 - *con gran evidencia de daño solar*
 - *diagnóstico de xeroderma pigmentoso*
 - *múltiples lesiones de QA en zonas de mayor susceptibilidad como cara, cuero cabelludo o manos*
 - *lesiones de QA localizadas en regiones de mayor riesgo (periocular, pabellones auriculares y labios)*
 - *diagnóstico dudoso que requiera confirmación especializada*
 - *fallo en la respuesta al tratamiento*
 - *lesiones de QA múltiples o recurrentes difíciles de tratar*

25 **MANEJO TERAPÉUTICO**

26

27

28 *El uso de los siguientes tratamientos para el manejo de las lesiones de QA se recomienda (verde) o se desaconseja*
29 *(rojo) según el tipo y grado de la lesión:*

30

	Lesiones aisladas	Lesiones con campo de cancerización
Grado 1-2	<input checked="" type="checkbox"/> Criocirugía <input checked="" type="checkbox"/> 5-fluorouracilo al 4% <input checked="" type="checkbox"/> 5-fluorouracilo al 0,5% con ácido salicílico al 10% <input checked="" type="checkbox"/> Tirbanibulina al 1%	<input checked="" type="checkbox"/> 5-fluorouracilo al 4% <input checked="" type="checkbox"/> Imiquimod al 5% <input checked="" type="checkbox"/> Imiquimod al 3,75% <input checked="" type="checkbox"/> Diclofenaco sódico al 3% con ácido hialurónico al 2,5 % <input checked="" type="checkbox"/> Tirbanibulina al 1% <input checked="" type="checkbox"/> Terapia fotodinámica convencional <input checked="" type="checkbox"/> Terapia fotodinámica de luz de día <input checked="" type="checkbox"/> Curetaje/electrocoagulación
Grado 3	<input checked="" type="checkbox"/> Criocirugía <input checked="" type="checkbox"/> Curetaje/electrocoagulación <input checked="" type="checkbox"/> 5-fluorouracilo al 0,5% con ácido salicílico al 10%	<input checked="" type="checkbox"/> 5-fluorouracilo al 4% <input checked="" type="checkbox"/> Imiquimod al 5% <input checked="" type="checkbox"/> Imiquimod al 3,75% <input checked="" type="checkbox"/> Terapia fotodinámica convencional <input checked="" type="checkbox"/> Curetaje/electrocoagulación <input checked="" type="checkbox"/> Diclofenaco sódico al 3% con ácido hialurónico al 2,5 %

50 *En el caso del uso de tratamientos en combinación, se recomiendan los siguientes tratamientos tanto para lesiones*
51 *aisladas como lesiones con campo de cancerización: 5-FU seguido de criocirugía, criocirugía seguida de Imiquimod o*
52 *criocirugía seguida de 5-FU.*

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

En pacientes inmunodeprimidos e inmunosuprimidos con lesiones de QA, en general, se recomienda el uso de criocirugía, curetaje, 5-fluorouracilo (al 4% y 0,5%) y terapia fotodinámica, tanto convencional como con luz de día.

1 Se recomienda tener en cuenta la capacidad del paciente para autoadministrarse el tratamiento o la disponibilidad de
2 cuidadores/familiares para hacerlo en su lugar, al elegir el tratamiento más adecuado para las lesiones de QA.

3 Tras el diagnóstico de QA, se recomienda promover en los pacientes medidas de fotoprotección, que incluyen cambios
4 en la conducta de exposición solar, el uso de protección solar y ropa protectora, así como fomentar la autoexploración.

5 Se recomienda seguir al paciente con QA con periodicidad, ajustando los intervalos de seguimiento según el número
6 de lesiones, el perfil del paciente y los factores de riesgo asociados, especialmente en aquellos pacientes
7 inmunodeprimidos e inmunosuprimidos.

8 Se recomienda el desarrollo de campañas educativas y de sensibilización sobre el conocimiento y la prevención de la
9 QA, dirigidas a pacientes, familiares y cuidadores.

10 5-FU, 5-fluorouracilo. QA, queratosis actínica.

21 1 DISCUSIÓN:

23 2 Recomendaciones sobre el diagnóstico de pacientes con QA

24 3 Las guías española y europea enfatizan la necesidad de realizar análisis
25 4 anatopatológicos en el diagnóstico de lesiones sospechosas de evolucionar a CCE^{19,20}.
26 5 Esta recomendación es especialmente relevante en casos de queilitis actínica, ya que
27 6 presenta una tasa de transformación maligna entre el 10% y el 30%, y es responsable del
28 7 95% de los CCE originados en los labios²¹. Los panelistas consensuaron estos aspectos,
29 8 incluyendo el manejo de la queilitis actínica (aspecto que no recoge la última adaptación
30 9 española de la guía europea para el manejo del paciente con QA¹⁹).

31 10 Además, los panelistas recomendaron la caracterización sociodemográfica y del historial
32 11 médico de los pacientes. Esta recomendación se fundamenta en los hallazgos del análisis
33 12 de regresión del estudio Rotterdam, en el cual se identificaron como factores de riesgo
34 13 significativos para el desarrollo de la QA el sexo masculino, una edad superior a 70 años,
35 14 el fototipo cutáneo claro, los antecedentes de cáncer cutáneo o la residencia en regiones
36 15 con alta exposición solar⁵.

37 16 En concordancia con estos factores de riesgo, resulta fundamental considerar los síntomas
38 17 asociados y su impacto clínico. Un estudio prospectivo evidenció que manifestaciones como

1 prurito, dolor, sangrado o cambios en el tamaño de las lesiones se presentan en el 20-50%
1
2 de los pacientes con CCE ¹¹. En este contexto, se recomienda evaluar estos signos y
3
4 síntomas mediante la metodología de las 5R + R propuesta por Domínguez-Cruz et al., la
5
6 cual facilita un abordaje sencillo y sistemático tanto para el diagnóstico de la QA como para
7
8 la detección de su potencial progresión a CCE ²². Asimismo, para identificar la existencia
9
10 de un campo de cancerización, los panelistas aconsejan evaluar el número de lesiones y el
11
12 daño cutáneo contiguo. Esta recomendación, se alinea con un consenso previo que destacó
13
14 la ambigüedad existente en la definición de este concepto en la literatura, abogando por el
15
16 uso de indicadores anatómicos como criterio de evaluación ²³.
17
18 De manera complementaria a lo expuesto, las herramientas de apoyo diagnóstico
19
20 desempeñan un papel fundamental. En este sentido, y en línea con las conclusiones del
21
22 consenso mencionado anteriormente (Figueras Nart *et al.*), los panelistas recomiendan el
23
24 uso del dermatoscopio en atención primaria, ya que facilita la diferenciación de la QA de
25
26 otras patologías como el carcinoma basocelular superficial ¹⁹. La combinación de esta
27
28 técnica con una formación adecuada optimiza el diagnóstico clínico y ayuda a determinar
29
30 la necesidad de una derivación temprana a dermatología ^{24,25}. Sin embargo, el uso
31
32 extendido del dermatoscopio aún enfrenta limitaciones, como la falta de disponibilidad de
33
34 los equipos ²⁶.
35
36 El uso de herramientas de telemedicina ha experimentado un crecimiento exponencial
37
38 especialmente en dermatología, debido al incremento de las consultas y el avance
39
40 tecnológico de los dispositivos ²⁷. En concreto, la teledermatoscopia es ampliamente
41
42 recomendada al lograr una mayor precisión diagnóstica (92,4% al emplearla frente al 62,4%
43
44 en su ausencia, $p < 0,001$ en atención primaria) ²⁸, acelerando el proceso diagnóstico ²⁹.
45
46 Los expertos aconsejan facilitar información relevante para la correcta derivación del
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 paciente especialmente mediante teleconsulta, como la inclusión de una foto
1
2 dermatoscópica además de la foto clínica y el historial del paciente ^{29,30}.
3
4
5
6

7 **4 Recomendaciones sobre los criterios y circuitos de derivación**
8

9 Los panelistas recomiendan que la historia clínica del paciente recoja de manera detallada
10 una foto clínica, una foto dermatoscópica, los tratamientos previos del paciente y los
11
12 factores de riesgo ^{2,30}. Esta recomendación ha sido propuesta anteriormente en guías
13 dermatológicas y del sistema nacional de salud de Reino Unido ^{31,32}. Los autores coinciden
14 en esta sugerencia debido a los estudios que evidencian la falta de criterios estandarizados
15 para la correcta derivación del paciente con QA a la especialidad dermatológica ^{26,29,33}. En
16 línea con las guías mencionadas, los panelistas aconsejan la derivación especialmente en
17 pacientes con factores de riesgo como xeroderma pigmentoso, antecedentes de daño solar
18 o lesiones en áreas complejas como perioculares o labios ^{31,32}, zonas que no sólo presentan
19 un mayor potencial maligno, sino también dificultades para el acceso terapéutico ^{31,32,34}.
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

45 Recomendaciones sobre el manejo terapéutico de los pacientes

37 Debido a que la QA se considera un carcinoma *in situ* con posibilidad de progresión a CCE,
38 las guías previas aconsejan el tratamiento de todas las QA, incluidas las incipientes ^{14,19}.
39 En este sentido, estas guías establecen que la elección del tratamiento debe basarse en
40 factores como la extensión y gravedad de las lesiones ^{19,32}, recomendando el uso de
41 crioterapia para lesiones aisladas, sobre todo en pacientes con menos de seis lesiones o
42 que no responden a tratamientos tópicos ¹⁵. Una revisión sistemática comunicó una tasa de
43 aclaramiento de la QA superior al 70% entre 1 y 12 meses tras el inicio de la crioterapia, y
44 su eficacia aumenta al combinarse con 5-FU al 0,5%, logrando una mejora promedio en la
45 tasa de respuesta del 13,3% ¹⁸. Igualmente, un ensayo clínico adicional evidenció que la
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 crioterapia seguida de imiquimod reduce significativamente el número de lesiones en
1
2 comparación con el grupo control (78 vs 116) ³⁵. Por este motivo, ambas combinaciones
3 terapéuticas han sido recomendadas por los panelistas.
6
7 El curetaje no sólo es efectivo en el tratamiento de lesiones aisladas de grado 3, sino que
8
9 también permite la obtención de muestras para análisis histopatológico ³⁶. Sin embargo, los
10 panelistas desaconsejaron su uso en pacientes con afectaciones extensas debido a que se
11
12 trata de un procedimiento doloroso que requiere anestesia local ^{15,37} y también a la limitada
13 evidencia de ensayos clínicos.
14
15 En el ámbito de los tratamientos tópicos, los panelistas recomendaron el uso del 5-FU tanto
16 para lesiones aisladas (al 0,5% con ácido salicílico al 10%) como para campos de
17 cancerización (al 4%). En este sentido, un metaanálisis de ensayos clínicos mostró una
18 reducción de hasta el 80,1% de las lesiones a los tres meses, y del 67,4% tras seis meses,
19 aunque la eficacia depende en gran medida de la adherencia al tratamiento, afectada por
20 efectos adversos como prurito y sensación de quemazón ³⁸. Cabe destacar que la
21 combinación de 5-FU al 0,5% con ácido salicílico al 10%, facilita la penetración del
22 compuesto y potencia su acción terapéutica ³⁹.
23
24 El uso de imiquimod, tanto al 3,75% como al 5% fue recomendado para pacientes con
25 afectación en campo, independientemente del nivel de gravedad. Las revisiones coinciden
26 en que su formulación y frecuencia deben adaptarse a cada caso específico ¹⁵. Formulado
27 al 5%, ha demostrado tasas de aclaramiento de lesiones del 85% ³⁸. Por su parte, la fórmula
28 al 3,75% ha mostrado eficacias similares, pero con una menor incidencia de efectos
29 adversos ⁴⁰.
30
31 En cuanto al diclofenaco sódico, los panelistas recomiendan su uso para lesiones de grado
32 1 y 2 tanto aisladas como en campo, destacando que su combinación con ácido hialurónico
33 mejora la penetración del fármaco ⁴¹. No obstante, se desaconsejó su uso para lesiones de
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 grado 3 ya que mostró menor eficacia en la reducción de lesiones (36%) en comparación
1
2 con otras terapias como la crioterapia (72.3%) o el 5-FU (80.1%)¹⁸. En cuanto a la
3
4 tirbanibulina, los ensayos clínicos han demostrado que formulada al 1% consigue el
5
6 aclaramiento completo en aproximadamente la mitad de los pacientes con afectaciones
7
8 leves y moderadas, con un buen perfil de seguridad ⁴². Por lo tanto, los panelistas
9
10 recomiendan su uso en pacientes con lesiones tanto aisladas como en campo de grado 1
11
12 y 2.
13
14

15
16 En línea con una revisión narrativa reciente ⁴³, los panelistas recomiendan la terapia
17
18 fotodinámica para pacientes con lesiones en campo de cancerización. Aunque la variante
19
20 estratégica empleando luz de día se ha descrito como menos dolorosa ⁴⁴, un metaanálisis
21
22 reciente evidenció que, si bien su eficacia en pacientes con lesiones aisladas de grado 1 y
23
24 2 es similar a la de la terapia fotodinámica convencional (RR: 0,97; IC 95%: 0,91-1,04; p =
25
26 0,41), su eficacia es menor en pacientes de grado 3 (RR: 0,87; IC 95%: 0,81-9,94; p <
27
28 0,001) ⁴⁵.
29
30
31

32 Asimismo, para pacientes inmunosuprimidos, los panelistas aconsejaron emplear terapias
33
34 convencionales como la crioterapia, el curetaje, el 5-FU y las terapias fotodinámicas. Esta
35
36 recomendación se debe a la reducida eficacia de otras alternativas en estos pacientes, su
37
38 mayor riesgo de desarrollar CCE y la falta de estudios de eficacia de nuevas moléculas en
39
40 esta población ^{46,47}.
41
42

43 Para finalizar, los panelistas subrayaron la importancia de incorporar la perspectiva del
44
45 paciente en el tratamiento, ya que su motivación y compromiso pueden influir decisivamente
46
47 en la adherencia al mismo ⁴⁸. En este sentido, un estudio transversal evidenció que los
48
49 pacientes prefieren evitar la progresión de QA a CCE, pero también dan importancia al
50
51 factor cosmético y la comodidad del tratamiento (especialmente relevante en pacientes de
52
53 edad avanzada) ⁴⁹. En línea con estas observaciones, los expertos recomiendan fomentar
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 la educación de los pacientes mediante formaciones en autoexploración y manejo del
1
2 tratamiento, además de realizar un seguimiento periódico de los pacientes, lo que podría
3
4 mejorar la adherencia y optimizar la eficacia de las intervenciones terapéuticas.
5
6
7
8
9

10 **CONCLUSIONES:**

11
12 Los panelistas han destacado la importancia de la optimización en el diagnóstico a nivel de
13
14 atención primaria para su correcta derivación a dermatología. Para el tratamiento, han
15
16 consensuado el uso de estrategias adaptadas a cada perfil y tipo de lesión, destacando el
17
18 5-FU en lesiones aisladas (al 0.5%) y en afectación en campo (al 4%), así como la
19
20 tirbanibulina en lesiones tanto aisladas como en campo de grado 1 y 2. Finalmente, los
21
22 expertos han destacado la importancia de la formación del paciente para optimizar el
23
24 manejo de la terapia. Este documento serviría como guía clínica, facilitando el diagnóstico,
25
26 derivación y tratamiento de pacientes con QA en la práctica clínica rutinaria. La
27
28 interpretación de los resultados obtenidos debe hacerse teniendo en cuenta las limitaciones
29
30 inherentes a este estudio y su contexto dentro del sistema sanitario español.
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41

42 **REFERENCIAS**

- 43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
- 1 Rossi R, Mori M, Lotti T. Actinic keratosis. *Int J Dermatol*. 2007;46(9):895-904.
 - 2 Puig S, Granger C, Garre A, Trullàs C, Sanmartin O, Argenziano G. Review of clinical evidence over 10 years on prevention and treatment of a film-forming medical device containing photolyase in the management of field cancerization in actinic keratosis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2019;9(2):259-70.
 - 3 Ferrández-Pulido C, Lera-Imbuluzqueta M, Ferrández C, Plazas-Fernandez MJ. Prevalence of actinic keratosis in different regions of spain: The epiqa study. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018;109(1):83-6.
 - 4 George CD, Lee T, Hollestein LM, Asgari MM, Nijsten T. Global epidemiology of actinic keratosis in the general population: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*. 2023;190(4):465-76.

- 1 5 Flohil SC, van der Leest RJ, Dowlatshahi EA, Hofman A, de Vries E, Nijsten T.
1 6 Prevalence of actinic keratosis and its risk factors in the general population: The rotterdam
2 7 study. *J Invest Dermatol.* 2013;133 8:1971-8.
3 8 Fania L, Didona D, Di Pietro FR, Verkhovskaia S, Morese R, Paolino G, et al.
4 9 Cutaneous squamous cell carcinoma: From pathophysiology to novel therapeutic
5 10 approaches. *Biomedicines.* 2021;9 2
6 11 Reinehr CPH, Bakos RM. Actinic keratoses: Review of clinical, dermoscopic, and
7 12 therapeutic aspects. *An Bras Dermatol.* 2019;94 6:637-57.
8 13 de Oliveira ECV, da Motta VRV, Pantoja PC, Ilha CSO, Magalhães RF, Galadari H,
9 14 et al. Actinic keratosis - review for clinical practice. *Int J Dermatol.* 2019;58 4:400-7.
10 15 Marks R, Rennie G, Selwood TS. Malignant transformation of solar keratoses to
11 16 squamous cell carcinoma. *Lancet.* 1988;1 8589:795-7.
12 17 Bagazgoitia L, Cuevas J, Juarranz A. Expression of p53 and p16 in actinic
13 18 keratosis, bowenoid actinic keratosis and bowen's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.*
14 19 2010;24 2:228-30.
15 20 Askari SK, Schram SE, Wenner RA, Bowers S, Liu A, Bangerter AK, et al.
16 21 Evaluation of prospectively collected presenting signs/symptoms of biopsy-proven
17 22 melanoma, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and seborrheic keratosis in an
18 23 elderly male population. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56 5:739-47.
19 24 Salido-Vallejo R, González-Velasco M, Guilabert M, García EI, Mira JJ. [the
20 25 perception of care received by patients with actinic keratosis]. *J Healthc Qual Res.*
21 26 2018;33 6:360-9.
22 27 28 Ferrández C, Plazas MJ, Sabaté M, Palomino R. Prevalence of actinic keratosis
23 29 among dermatology outpatients in spain. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107 8:674-80.
24 30 Werner RN, Stockfleth E, Connolly SM, Correia O, Erdmann R, Foley P, et al.
25 31 Evidence- and consensus-based (s3) guidelines for the treatment of actinic keratosis -
26 32 international league of dermatological societies in cooperation with the european
27 33 dermatology forum - short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29 11:2069-79.
28 34 Dianzani C, Conforti C, Giuffrida R, Corneli P, di Meo N, Farinazzo E, et al. Current
29 35 therapies for actinic keratosis. *Int J Dermatol.* 2020;59 6:677-84.
30 36 (NHS) NHS. Actinic keratosis prescribing guidelines for adults. 2023.
31 37 38 Del Regno L, Catapano S, Di Stefani A, Cappilli S, Peris K. A review of existing
39 40 therapies for actinic keratosis: Current status and future directions. *Am J Clin Dermatol.*
40 41 2022;23 3:339-52.
41 42 43 Worley B, Harikumar V, Reynolds K, Dirr MA, Christensen RE, Anvery N, et al.
42 44 Treatment of actinic keratosis: A systematic review. *Arch Dermatol Res.* 2023;315 5:1099-
43 45 108.
44 46 47 Ferrández C, Fonseca-Capdevila E, García-Diez A, Guillén-Barona C, Belinchón-
45 48 Romero I, Redondo-Bellón P, et al. Adaptación española de la guía europea para la
46 49 evaluación y tratamiento de la queratosis actínica [10.1016/j.ad.2013.11.013]. *Actas
47 49 Dermo-Sifiliográficas.* 2014;105 4:378-93.
48 50 Kandolf L, Peris K, Malvehy J, Mosterd K, Heppt MV, Farnoli MC, et al. European
50 51 consensus-based interdisciplinary guideline for diagnosis, treatment and prevention of
51 52 actinic keratoses, epithelial uv-induced dysplasia and field cancerization on behalf of
52 53 european association of dermato-oncology, european dermatology forum, european
53 54 academy of dermatology and venereology and union of medical specialists (union
54 55 européenne des médecins spécialistes). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2024;38 6:1024-
55 56 47.
56 57
57 58
58 59
59 60
60 61
61 62
62 63
63 64
64 65

- 1 21 Lai M, Pampena R, Cornacchia L, Pellacani G, Peris K, Longo C. Treatments of
2 actinic cheilitis: A systematic review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83 3:876-
3 87.
- 4 22 Dominguez-Cruz J, Ruiz-Villaverde R. The '5r + r' rule: A simple and comprehensive
5 method for diagnosis of actinic keratosis. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2019;19 1:e81-e2.
- 6 23 Figueras Nart I, Cerio R, Dirschka T, Dréno B, Lear JT, Pellacani G, et al. Defining
7 the actinic keratosis field: A literature review and discussion. *J Eur Acad Dermatol*
8 *Venereol*. 2018;32 4:544-63.
- 9 24 Palacios-Martínez D, Díaz-Alonso RA. Dermatoscopia para principiantes (<span
10 class="elsevierstylesmallcaps">i): Características generales
11 [10.1016/j.semerg.2015.11.009]. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2017;43 3:216-21.
- 12 25 Verhoeven C, Claessens Z, Lubeek SFK, Schers HJ. Needs and challenges among
13 general practitioners in the management of actinic keratosis: A qualitative study. *BMC*
14 *Primary Care*. 2023;24 1:260.
- 15 26 Salido-Vallejo R, González-Velasco M, Guilabert M, García EI, Mira JJ. La
16 percepción del proceso asistencial de pacientes con queratosis actínica
17 [10.1016/j.jhqr.2018.09.005]. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2018;33 6:360-9.
- 18 27 Romero G, Garrido JA, García-Arpa M. Telemedicina y teledermatología (i):
19 Concepto y aplicaciones [10.1016/S0001-7310(08)74735-5]. *Actas Dermo-Sifiliográficas*.
20 2008;99 7:506-22.
- 21 28 Sola-Ortigosa J, Muñoz-Santos C, Masat-Ticó T, Isidro-Ortega J, Guilabert A. The
22 role of teledermatology and teledermoscopy in the diagnosis of actinic keratosis and field
23 cancerization. *J Invest Dermatol*. 2020;140 10:1976-84.e4.
- 24 29 DE SE. Circuito asistencial y el rol de atención primaria y dermatología en la
25 queratosis actínica.
- 26 30 Ferrández L, Morales-Conde M, Fernández-Orland A, Martín-Gutiérrez FJ, Raya-
27 Maldonado J, Toledo-Pastrana T, et al. Teledermatology-driven topical therapy of actinic
28 keratosis: A comparative study of clinical effectiveness and compliance. *J Eur Acad*
29 *Dermatol Venereol*. 2018;32 12:2149-52.
- 30 31 (NHS) NHS. Actinic keratosis prescribing guidelines for adults. 2023
- 31 32 de Berker D, McGregor JM, Mohd Mustapa MF, Exton LS, Hughes BR. British
33 association of dermatologists' guidelines for the care of patients with actinic keratosis
34 2017. *Br J Dermatol*. 2017;176 1:20-43.
- 35 33 Pereyra-Rodríguez JJ, Monserrat-García MT, Corbí-Llopis R, Conejo-Mir Sánchez
36 J. Determinantes del tratamiento de las queratosis actínicas por médicos de atención
37 primaria [10.1016/j.ad.2018.10.032]. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2020;111 5:444-6.
- 38 34 Richard MA, Amici JM, Basset-Seguin N, Claudel JP, Cribier B, Dreno B.
39 Management of actinic keratosis at specific body sites in patients at high risk of carcinoma
40 lesions: Expert consensus from the akteam™ of expert clinicians. *J Eur Acad Dermatol*
41 *Venereol*. 2018;32 3:339-46.
- 42 35 Tan JK, Thomas DR, Poulin Y, Maddin F, Tang J. Efficacy of imiquimod as an
43 adjunct to cryotherapy for actinic keratoses. *J Cutan Med Surg*. 2007;11 6:195-201.
- 44 36 Berman B, Amini S. Pharmacotherapy of actinic keratosis: An update. *Expert Opin*
45 *Pharmacother*. 2012;13 13:1847-71.
- 46 37 Heppt MV, Leiter U, Steeb T, Alter M, Amaral T, Bauer A, et al. S3 guideline "actinic
47 keratosis and cutaneous squamous cell carcinoma"- update 2023, part 1: Treatment of
48 actinic keratosis, actinic cheilitis, cutaneous squamous cell carcinoma in situ (bowen's
49 disease), occupational disease and structures of care. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2023;21
50 10:1249-62.
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65

- 1 38 Samrao A, Cockerell CJ. Pharmacotherapeutic management of actinic keratoses:
2 Focus on newer topical agents. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14 4:273-7.
- 3 39 Garofalo V, Geraci F, Di Prete M, Lanna C, Lozzi F, Cosio T, et al. Early clinical
4 response to 5-fluorouracil 0.5% and salicylic acid 10% topical solution in the treatment of
5 actinic keratoses of the head: An observational study. *J Dermatolog Treat.* 2022;33
6 5:2664-9.
- 7 40 Tambone S, Farnoli MC, Capizzi R, Peris K. Clinical experience of imiquimod
8 3.75% for actinic keratosis: Results from a case series. *G Ital Dermatol Venereol.*
9 2018;153 3:333-7.
- 10 41 Nelson CG. Diclofenac gel in the treatment of actinic keratoses. *Ther Clin Risk
11 Manag.* 2011;7:207-11.
- 12 42 Blauvelt A, Kempers S, Lain E, Schlesinger T, Tyring S, Forman S, et al. Phase 3
13 trials of tirbanibulin ointment for actinic keratosis. *N Engl J Med.* 2021;384 6:512-20.
- 14 43 Farberg AS, Marson JW, Soleymani T. Advances in photodynamic therapy for the
15 treatment of actinic keratosis and nonmelanoma skin cancer: A narrative review. *Dermatol
16 Ther (Heidelb).* 2023;13 3:689-716.
- 17 44 Mei X, Wang L, Zhang R, Zhong S. Daylight versus conventional photodynamic
18 therapy for the treatment of actinic keratosis: A meta-analysis of randomized controlled
19 trials. *Photodiagnosis Photodyn Ther.* 2019;25:23-8.
- 20 45 Mei X, Wang L, Zhang R, Zhong S. Daylight versus conventional photodynamic
21 therapy for the treatment of actinic keratosis: A meta-analysis of randomized controlled
22 trials. *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy.* 2019;25:23-8.
- 23 46 Heppt MV, Steeb T, Niesert AC, Zacher M, Leiter U, Garbe C, et al. Local
24 interventions for actinic keratosis in organ transplant recipients: A systematic review. *Br J
25 Dermatol.* 2019;180 1:43-50.
- 26 47 Szeimies RM, Ulrich C, Ferrández-Pulido C, Hofbauer GFL, Lear JT, Lebbé C, et al.
27 The "personalising actinic keratosis treatment for immunocompromised patients" (im-pakt)
28 project: An expert panel opinion. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2024;14 7:1739-53.
- 29 48 Bridges JF, Hauber AB, Marshall D, Lloyd A, Prosser LA, Regier DA, et al. Conjoint
30 analysis applications in health--a checklist: A report of the ispor good research practices
31 for conjoint analysis task force. *Value Health.* 2011;14 4:403-13.
- 32 49 Steeb T, Wessely A, von Bubnoff D, Dirschka T, Drexler K, Falkenberg C, et al.
33 Treatment motivations and expectations in patients with actinic keratosis: A german-wide
404 multicenter, cross-sectional trial. *J Clin Med.* 2020;9 5
- 435
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65

Tabla 1 Características sociodemográficas y profesionales de los panelistas

Edad en años; media (DE)	44,9 (10,2)
Sexo; n (%)	
<i>Hombre</i>	28 (37,3)
<i>Mujer</i>	47 (62,7)
Perfil profesional; n (%)	
<i>Medicina Familiar y Comunitaria</i>	16 (21,3)
<i>Dermatología</i>	30 (40)
<i>Dermatología Oncológica</i>	29 (38,7)
Años de experiencia en el manejo del paciente con QA; media (DE)	16,8 (9,6)
Número de pacientes atendidos mensualmente; media (DE)	90,1 (91,6)
Comunidad autónoma donde ejerce su profesión; n (%)	
<i>Andalucía</i>	9 (12)
<i>Aragón</i>	6 (8)
<i>Asturias</i>	1 (1,3)
<i>Baleares</i>	2 (2,7)
<i>Canarias</i>	4 (5,3)
<i>Cantabria</i>	1 (1,3)
<i>Castilla-La Mancha</i>	3 (4)
<i>Castilla y León</i>	6 (8)
<i>Cataluña</i>	14 (18,7)
<i>Comunidad Valenciana</i>	6 (8)
<i>Galicia</i>	1 (1,3)
<i>Madrid</i>	21 (28)
<i>Navarra</i>	1 (1,3)

DE, desviación estándar; QA, queratosis actínica.

Tabla 2 Listado de recomendaciones**DIAGNÓSTICO**

Se recomienda, siempre que sea posible, el uso de dermatoscopios en atención primaria con el objetivo de ayudar a precisar el diagnóstico y facilitar información relevante para la correcta derivación del paciente a dermatología, especialmente si la derivación es por teleconsulta.

En general, el diagnóstico de QA se debe de realizar mediante exploración física, siendo recomendable el diagnóstico histológico únicamente en los siguientes casos: 1) caso de hallazgos clínicos poco claros; 2) presencia de signos clínicos de progresión a carcinoma cutáneo escamoso; y/o 3) resistencia a la terapia.

Durante el diagnóstico, se recomienda evaluar factores de riesgo moduladores (edad, fototipo cutáneo, calvicie, estilo de vida, ocupación, localización geográfica, antecedentes de cáncer de piel o inmunosupresión) y detallar la localización, número y gravedad de las lesiones de QA.

Los siguientes signos clínicos son indicativos de una posible progresión de QA a carcinoma escamoso cutáneo: 1) engrosamiento o endurecimiento; 2) dolor a la palpación, sangrado o ulceración; 3) crecimiento rápido; 4) cambios en la superficie de lesión; 5) resistencia a la terapia; y/o 6) rápida recurrencia tras el tratamiento inicialmente exitoso.

Se considera que un paciente presenta un campo de cancerización si tiene al menos 6 lesiones de QA por región del cuerpo o campo y evidencia de daño actínico en la piel con hiperqueratosis en áreas contiguas.

Se recomienda, especialmente en atención primaria, el uso de la regla de las 5 R +R (lesiones Rojizas, Rugosas, Recurrentes, en Región cefálica y expuestas a Radiación + Riesgo de transformación maligna) para el diagnóstico de la QA.

Se recomienda realizar formaciones sobre el diagnóstico y manejo del paciente con QA, especialmente dirigidas a profesionales de atención primaria.

Se recomienda, siempre que sea posible, el uso de teledermatología para proporcionar un diagnóstico y seguimiento adecuados y ágiles.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Para la adecuada derivación de un paciente con QA mediante teleconsulta, siempre que sea posible, se recomienda que la historia clínica recoja una foto clínica, una foto dermatoscópica, los tratamientos previos del paciente y los factores de riesgo.

Se recomienda la derivación del paciente con QA a dermatología en los siguientes casos:

- pacientes inmunosuprimidos y receptores de trasplante de órganos sólido
- pacientes con signos clínicos de posible progresión a carcinoma escamoso cutáneo

-
- *con gran evidencia de daño solar*
 - *diagnóstico de xeroderma pigmentoso*
 - *múltiples lesiones de QA en zonas de mayor susceptibilidad como cara, cuero cabelludo o manos*
 - *lesiones de QA localizadas en regiones de mayor riesgo (periocular, pabellones auriculares y labios)*
 - *diagnóstico dudoso que requiera confirmación especializada*
 - *fallo en la respuesta al tratamiento*
 - *lesiones de QA múltiples o recurrentes difíciles de tratar*
-

MANEJO TERAPÉUTICO

El uso de los siguientes tratamientos para el manejo de las lesiones de QA se recomienda (verde) o se desaconseja (rojo) según el tipo y grado de la lesión:

	Lesiones aisladas	Lesiones con campo de cancerización
Grado 1-2	<input checked="" type="checkbox"/> Criocirugía <input checked="" type="checkbox"/> 5-fluorouracilo al 4% <input checked="" type="checkbox"/> 5-fluorouracilo al 0,5% con ácido salicílico al 10% <input checked="" type="checkbox"/> Tirbanibulina al 1%	<input checked="" type="checkbox"/> 5-fluorouracilo al 4% <input checked="" type="checkbox"/> Imiquimod al 5% <input checked="" type="checkbox"/> Imiquimod al 3,75% <input checked="" type="checkbox"/> Diclofenaco sódico al 3% con ácido hialurónico al 2,5 % <input checked="" type="checkbox"/> Tirbanibulina al 1% <input checked="" type="checkbox"/> Terapia fotodinámica convencional <input checked="" type="checkbox"/> Terapia fotodinámica de luz de día <input type="checkbox"/> Curetaje/electrocoagulación
Grado 3	<input checked="" type="checkbox"/> Criocirugía <input checked="" type="checkbox"/> Curetaje/electrocoagulación <input checked="" type="checkbox"/> 5-fluorouracilo al 0,5% con ácido salicílico al 10%	<input checked="" type="checkbox"/> 5-fluorouracilo al 4% <input checked="" type="checkbox"/> Imiquimod al 5% <input checked="" type="checkbox"/> Imiquimod al 3,75% <input checked="" type="checkbox"/> Terapia fotodinámica convencional <input type="checkbox"/> Curetaje/electrocoagulación <input type="checkbox"/> Diclofenaco sódico al 3% con ácido hialurónico al 2,5 %

En el caso del uso de tratamientos en combinación, se recomiendan los siguientes tratamientos tanto para lesiones aisladas como lesiones con campo de cancerización: 5-FU seguido de criocirugía, criocirugía seguida de Imiquimod o criocirugía seguida de 5-FU.

En pacientes inmunodeprimidos e inmunosuprimidos con lesiones de QA, en general, se recomienda el uso de criocirugía, curetaje, 5-fluorouracilo (al 4% y 0,5%) y terapia fotodinámica, tanto convencional como con luz de día.

Se recomienda tener en cuenta la capacidad del paciente para autoadministrar el tratamiento o la disponibilidad de cuidadores/familiares para hacerlo en su lugar, al elegir el tratamiento más adecuado para las lesiones de QA.

Tras el diagnóstico de QA, se recomienda promover en los pacientes medidas de fotoprotección, que incluyen cambios en la conducta de exposición solar, el uso de protección solar y ropa protectora, así como fomentar la autoexploración.

Se recomienda seguir al paciente con QA con periodicidad, ajustando los intervalos de seguimiento según el número de lesiones, el perfil del paciente y los factores de riesgo asociados, especialmente en aquellos pacientes inmunodeprimidos e inmunosuprimidos.

Se recomienda el desarrollo de campañas educativas y de sensibilización sobre el conocimiento y la prevención de la QA, dirigidas a pacientes, familiares y cuidadores.

5-FU, 5-fluorouracilo. QA, queratosis actínica.