

¿Qué podemos aportar en el diagnóstico y tratamiento de las queratosis actínicas desde Atención Primaria?

Dra Rosa Senan
Médico de Familia
EAP El Clot
Barcelona



I Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria
La piel: contamos contigo

19 de mayo de 2016
Hotel Barceló Sants, Barcelona



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org

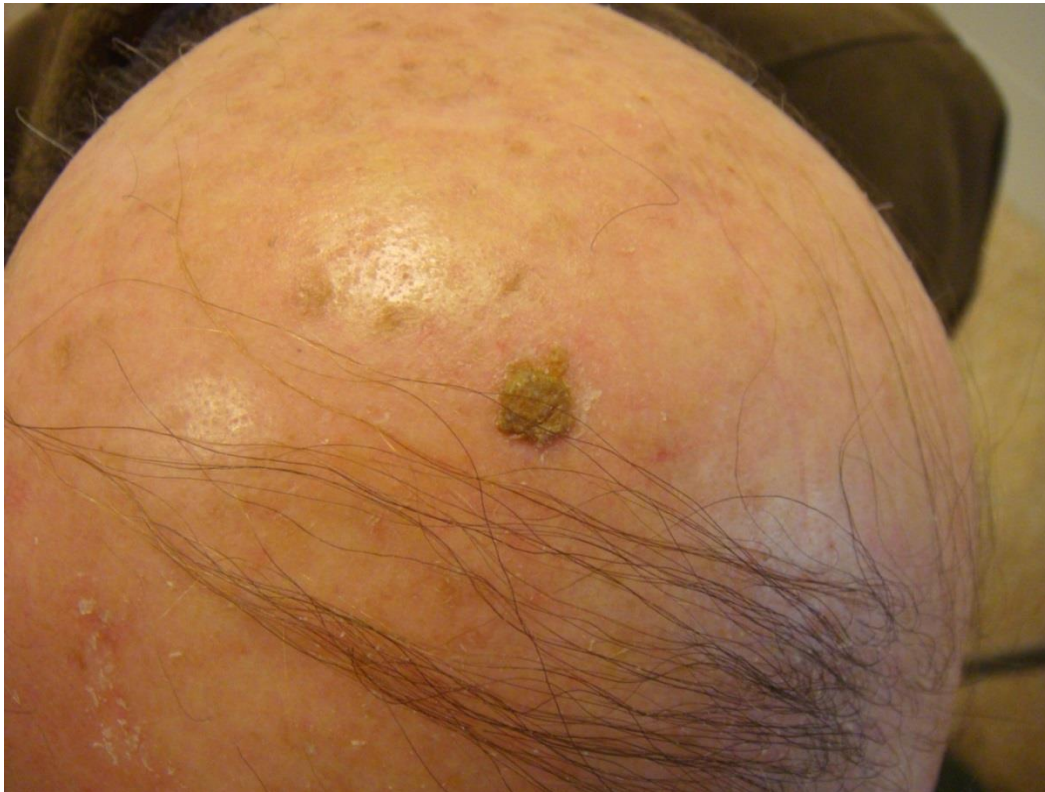


CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



¿Qué son las Queratosis actínicas (QA)?

✓ *Expresión clínica del campo de cancerización cutáneo*¹



✓ **carcinomas
escamosos *in situ*** con potencial
de evolución a
carcinoma
escamoso
invasor²

✓ *problema de salud
crónico y
progresivo*

1. Puig S. Tratamiento de las queratosis actínicas. Piel. 2015; 30 (6): 378-386.

2. Stockfleth et al. Development of a treatment algorithm for actinic keratoses: a European Consensus. Eur J Dermatol 2008;18:651-9



¿Cómo las detectaremos?

- **Clínica:** Máculas, pápulas o placas queratósicas secas sobre zonas fotoexpuestas crónicamente
- **En zonas con daño solar**





Localizaciones más frecuentes

- 80% en cabeza, cuello, escote, antebrazos³.



3. Harvey I, et al. Non-melanoma skin cancer and solar keratoses, I: methods and descriptive results of the South Wales skin cancer study. Br J Cancer 1996;74:1302-7.



Diagnóstico precoz

- **Principales barreras:**

- **Aparece en mayores de 60 años**
- **Son lesiones asintomáticas:**
 - En muchos casos, el paciente no acude a consultar por la QA
 - Las de grado I prácticamente no se ven
 - El MF no hace búsqueda activa de las QA en pacientes de alto riesgo, si no consulta por ello.

Diagnóstico precoz

■ Principales barreras:

- **Baja habilidad** del reconocimiento clínico.
- **Pocas herramientas** que ayuden a mejorar el diagnóstico.
- **Variabilidad clínica** puede generar diagnósticos incorrectos.

Necesidad de aumentar la alerta y los conocimientos sobre las QA y carcinomas cutáneos incluyendo síntomas y prevención, sobre todo en adultos de piel blanca



¿Cómo diagnosticarla en Atención Primaria?

- ✓ Por la **clínica**
(grados I, II, III)
- ✓ **Inspección y palpación del área circundante**
(Campo de cambios y Grados I)





¿Todas las KA son similares?





Ojo! Hay que distinguirlas de...





Y también de...





Y también de...





¿Las queratosis actínicas requieren tratamiento?



Opciones:

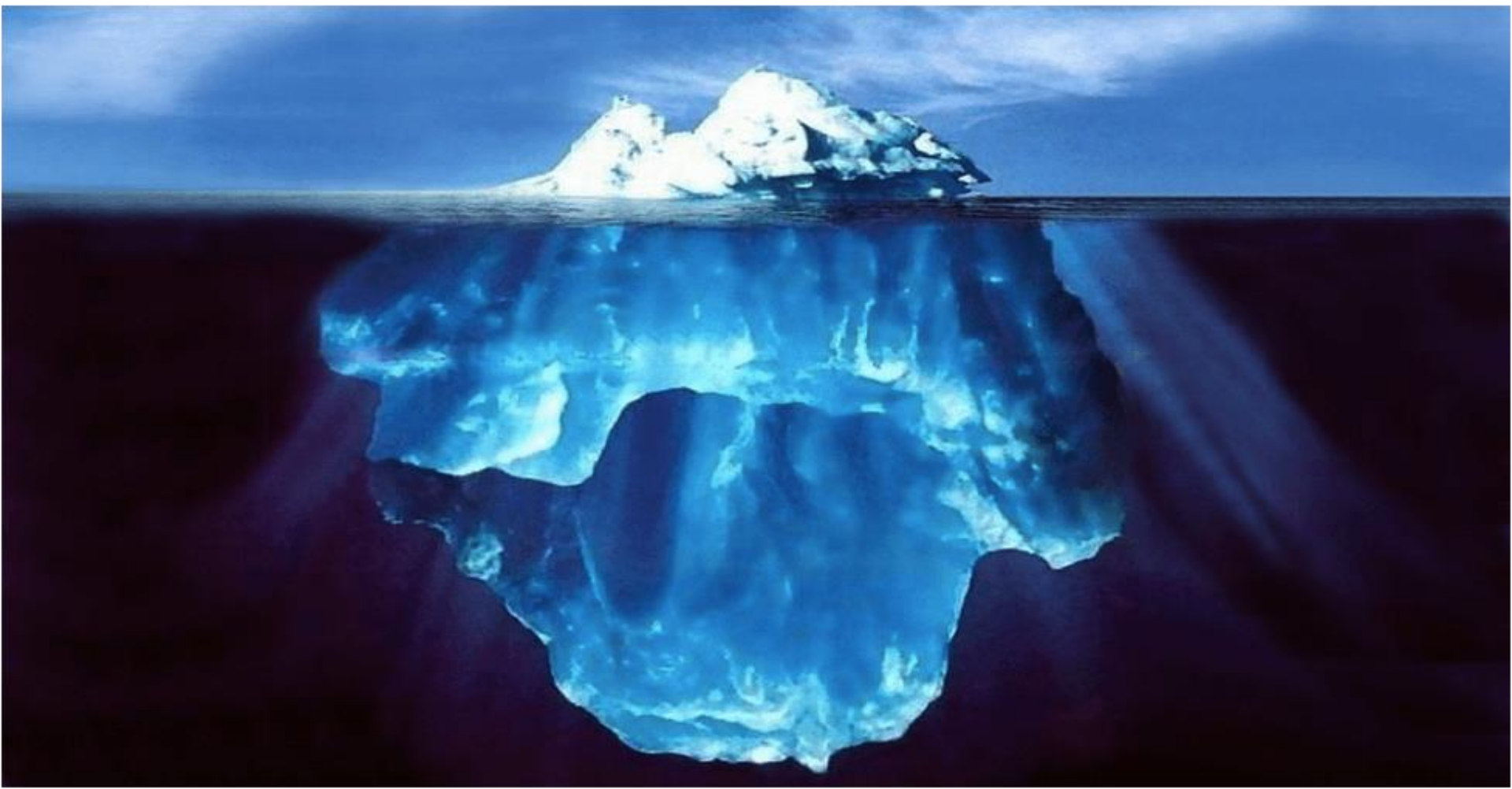
- ✓ **Históricamente...Abstención terapéutica**---- QA pequeñas y en escaso número (pueden desaparecer tras un tiempo indeterminado de fotoprotección)
- ✓ **Actualmente** hay consenso en **recomendar tratar todas las KA** por su potencial para desarrollar un CEC invasivo. Es imposible determinar qué QA regresarán y cuáles pueden evolucionar a CEC.





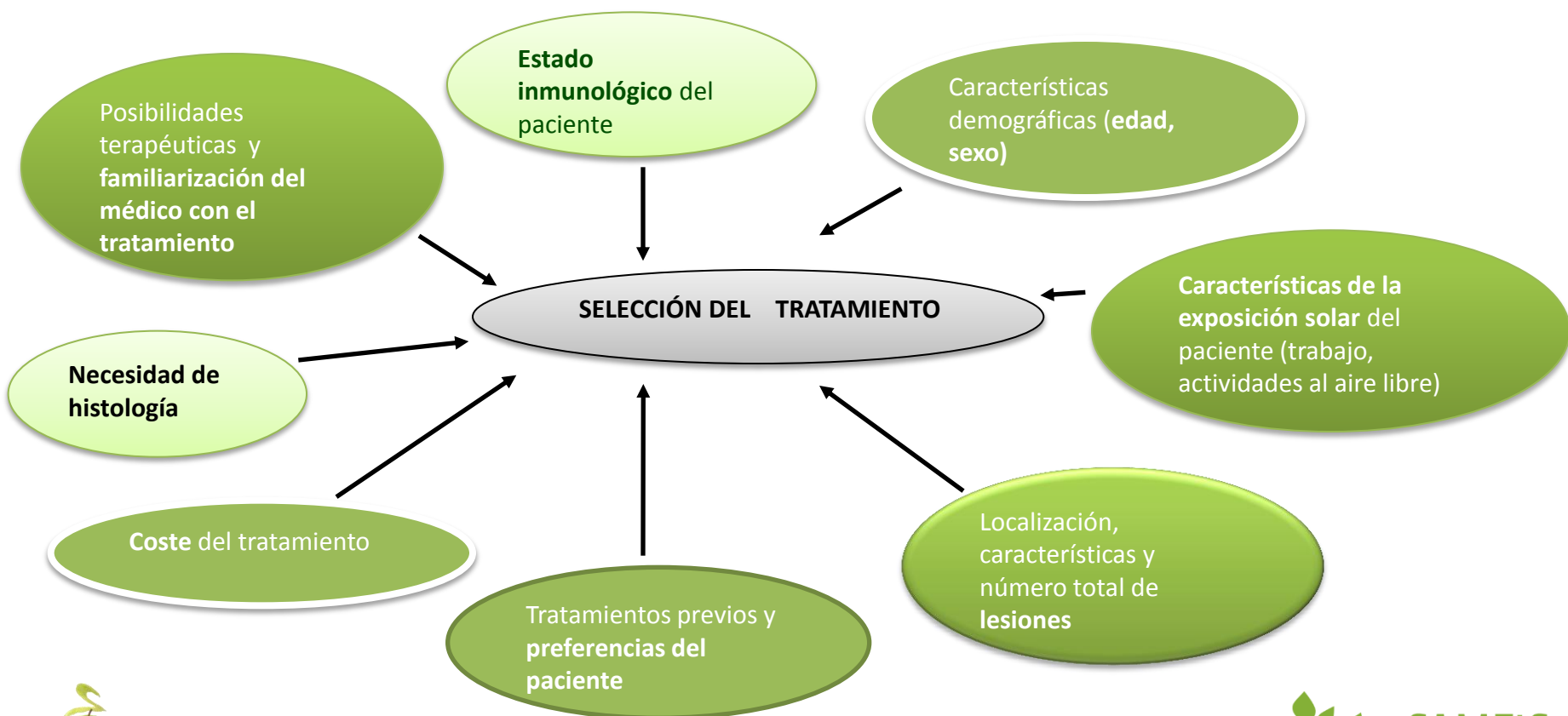
I Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria
La piel: contamos contigo

19 de mayo de 2016, Hotel Barceló Sants, Barcelona





¿Qué tratamiento decido?...Factores a considerar





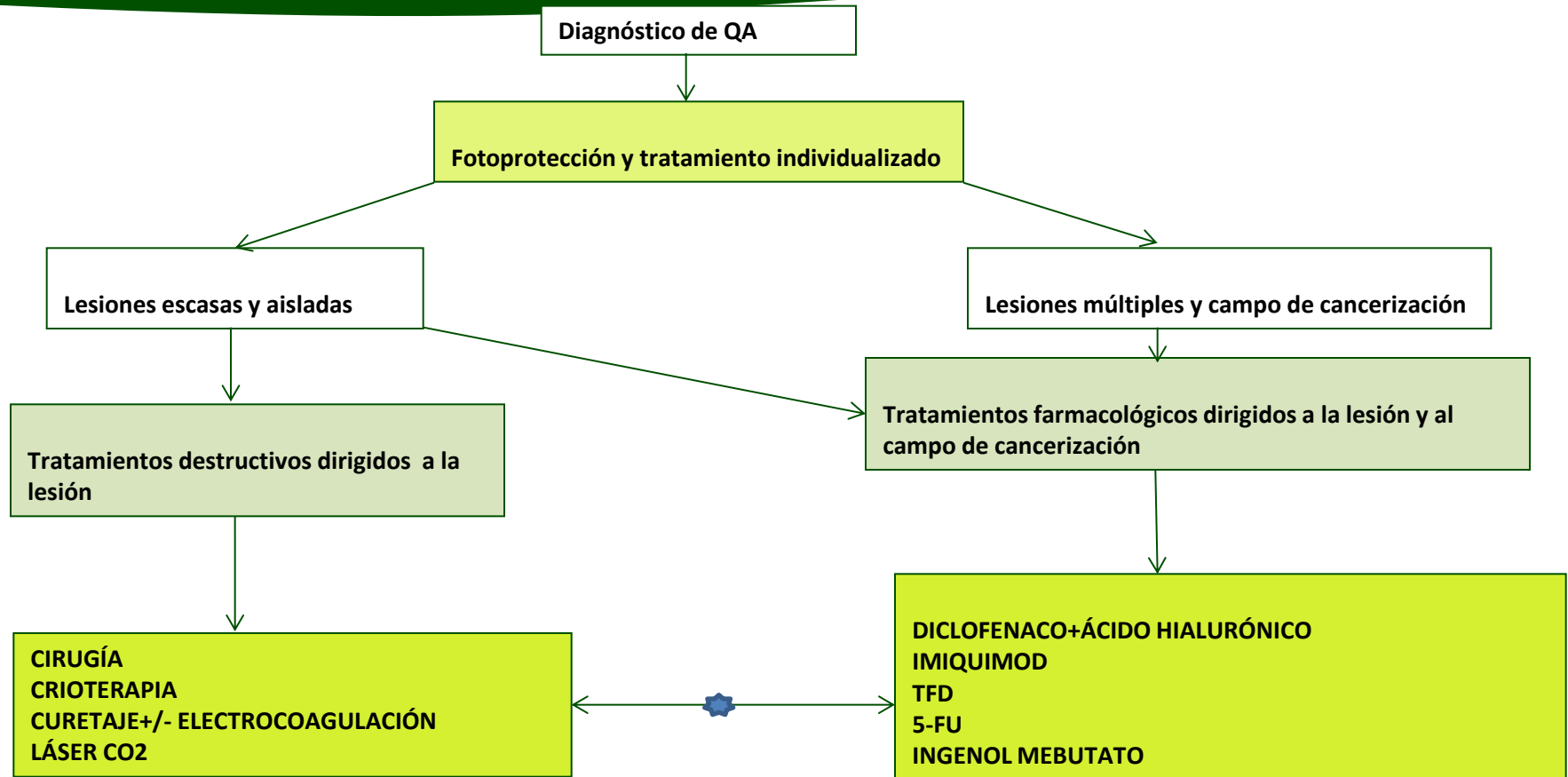
- **Antes de tratar, tener en cuenta...**
- El tratar las QA en AP requiere **tiempo** en consulta
- Implicaciones en **costes** por tratamientos
- Tener en cuenta si **QA** sola, escasas o múltiples y con campo de cancerización
- **Paciente** escoge tratamiento según preferencias
- **Médico** pauta tratamiento según su experiencia





- **Zona a tratar:**
- **Cerca de los ojos:** tener en cuenta habilidad del paciente
- **Orejas:** considerar curetaje por riesgo de CEC invasor
- **Manos:** peor respuesta que en cara y cuero cabelludo
- **Cara, piernas, manos:** tener en cuenta resultados cosméticos







Tratamientos dirigidos a las lesiones

- Los más usados en pacientes con **pocas lesiones**
- **No tratan los cambios actínicos** de la piel dañada.
- **En general precisan seguimiento**

- ✓ **Cirugía**
- ✓ **Crioterapia**
- ✓ **Curetaje/legrado**
- ✓ **Láser CO2**
- ✓ **5-FU 0,5%+ácido salicílico 10%**





Tratamientos dirigidos a las lesiones

Ventajas

- ✓ **Muy útil** en las **QA** grado **II y III**
- ✓ **Rápido, sencillo**
- ✓ **Cirugía** permite estudio **histológico**

Desventajas

- ✓ **Secuelas** estéticas
- ✓ **No trata el campo** de cancerización
- ✓ **No previene** **recidivas**
- ✓ **Contraindicado** si **> 5** lesiones





En Atención Primaria...





Tratamientos de campo

- Indicados si **10 o más QA**
- **Permiten eliminar** las QA visibles y las **lesiones subclínicas** del campo de cambios.
- **Previene** la aparición de nuevas QA
- Aumenta el intervalo entre tratamientos
- **Permite remisiones prolongadas**
- Trata las células cancerígenas y estimula respuesta inmune.

- ✓ **Diclofenaco gel 3% en ácido hialurónico**
- ✓ **5-FU 5%**
- ✓ **Imiquimod 3,75% ó 5%**
- ✓ **Ingenol mebutato**
- ✓ **(TFD)**





Tratamientos tópicos

Principio activo	Pauta	Advertencias
Diclofenaco 3% en gel de ácido hialurónico	1/12 h 60 a 90 días	Debido a la duración del tratamiento, mayor % de incumplimiento
5-Fluorouracilo (5-FU) 5%	1-2/24h, 3 a 4 semanas	Reacción inflamatoria severa típica, sobre todo en la segunda semana de tratamiento
5-FU 0,5%+ácido salicílico 10%	1/24 h 6-12 semanas	Aplicar con cepillo y eliminar la descamación suprayacente
Imiquimod 5%	Aplicar 3/semana, 4 semanas. Control tras 4 semanas de descanso y reaplicar si precisa	Puede ocasionar síntomas gripales
Imiquimod 3,75%	Aplicar en ciclos de 2 semanas por intervalos de descanso de 2 semanas	Puede ocasionar síntomas gripales
Ingenol mebutato 150 µg/g gel	Para cara y c cabelludo, 1/24 h , 3 días	Las reacciones cutáneas pueden aparecer al primer día y resuelven en 2 semanas
Ingenol mebutato 500 µg/g gel	Para piernas y extremidades, 1/24 h, 2 días	Las reacciones cutáneas pueden aparecer al primer día y resuelven en 4 semanas



Tratamientos concomitantes o secuenciales:

- **Incrementan la eficacia, la tolerabilidad y la adherencia del paciente a los tratamientos.**
- **El tratamiento de campo se puede combinar con terapia directa** sobre la QA para eliminar las QA y reparar la piel dañada por la radiación solar.
- En AP: conocer al menos 1 tratamiento de campo



Cómo tratar los efectos secundarios de los tratamientos

- ✓ Descostrar con lavados/24horas
- ✓ Si exuda aplicar fomentos
- ✓ Si se sobreinfecta aplicar AB tópico
- ✓ Si no tolera, cesar el tratamiento y reiniciar tras la mejoría



What is an AK

An actinic keratosis is a common, UV induced, scaly or hyper-keratotic lesion which has a very small potential to become malignant. There is a high spontaneous regression rate and low rate of transformation – less than 1 in 1000 per annum, but with an average of 7.7 AKs the risk of one transforming in 10 years is 10% * (See over)

Contributors

Dr Chris Bower
Dr Steve Keohane
Dr Stephen Kownacki
Dr George Moncrieff
Dr Colin Morton
Dr Julian Peace
Dr Neil Shroff

Important Information about Treatments

- A. Expect local skin reactions which can be severe with several of these treatments. This can be very severe especially if large areas are being treated. These should be regarded as an effect of the treatment. Patients should be warned to expect this effect rather than regarding it as an unwanted side effect
- B. Complete clearance of lesions can be delayed several weeks beyond completion of topical therapies
- C. Please refer to SPCs for further information regarding these products
- D. Local formularies and regional guidance may exist for individual products
- E. It may be preferable to divide larger areas into smaller ones and treat them sequentially

Identify High Risk Patient

Past history of skin cancer, those with extensive UV damage, immunosuppressed patients or the very young, consider referral to secondary care or accredited GPwSI. If not high risk then consider treatment as below

	Generic Name	Brand Name	Grade I	Grade II	Grade III	Field Change	
			Single or few lesions, better felt than seen 	Moderately thick lesions, easily felt & seen 	Thick hyperkeratotic lesions 	Small – up to 25cm ² 	Large
Topical	3% Diclofenac with HA	Solaraze	✓✓	✓	✗	✓✓	✓✓
	5% Fluorouracil (5-FU)	Efudix	✓	✓✓	✗	✓✓	✓ E
	5% Imiquimod	Aldara	✓	✓	✗	✓	✗
	0.5% 5-FU+10% Salicylic acid	Actikerall	✓✓	✓✓	✗	✗	✗
	3.75% Imiquimod	Zyclara	✓	✓	✗	✓	✓✓
	0.015% Ingenol mebutate – face & scalp 0.05% Ingenol mebutate – trunk & limbs	Picato	✓	✓✓	✗	✓✓	✗ E
Other	Liquid Nitrogen		✓	✓	✓	✗	✗
	Photodynamic Therapy	Metvix & Ameluz	✓	✓	✗	✓	✓
	Curettage		✓	✓	✓	✗	✗
Legend			✓ relative recommendation ✓✓ Strong recommendation ✗ Not recommended in Primary Care				

Please note these recommendations do not take into consideration the cost of treatment and are based on the clinical expertise of the guideline contributors with the products

Red Flag

Lesions that:

- Are rapidly growing
- Have a firm and fleshy base and/or are painful
- Are not responding to treatment

Refer urgently as Priority Cancer Referral to secondary care

General Measures

Applicable to all patients and may be all that is needed for management:

1. **AKs are a marker of UV damage: examine other areas of the skin**
2. Encourage prevention: sun screen and protection
3. Advise patients to report change
4. Consider use of emollients for symptom control

Clinical Grading (according to Olsen 1991)



Grade I: Flat, pink maculae without signs of hyperkeratosis and erythema often easier felt than seen. Scale and possible pigmentation may be present

Grade II: Moderately thick hyperkeratosis on background of erythema that are easily felt and seen

Grade III: Very thick hyperkeratosis, or obvious AK, differential diagnosis includes thick IEC (intra-epidermal carcinoma or SCC)

Field damage: Large areas of multiple AKs on a background of erythema and sun damage

Suggested Treatment Regimes

Brand Name	Protocol	Notes
Solaraze	Twice daily for 60-90 days	Because of the length of treatment needed, compliance may be an issue
Efudix	Once or twice daily for 3-4 weeks	Early & severe inflammatory reaction is normal, typically peaking in the second week
Actikerall	Once daily for 6-12 weeks	Apply with brush applicator & peel off existing coating before reapplication
Aldara	Apply three times a week for 4 weeks Assess after 4 week interval. Repeat if required	Flu like symptoms are occasionally reported
Zyclara	Two treatment cycles of two weeks, separated by 2 treatment free weeks	Flu like symptoms are occasionally reported
Picato 150µg/g gel – face & scalp	Once daily for 3 consecutive days	Skin reaction may occur from day one and usually resolves within 2 weeks
Picato 500µg/g gel – trunk & extremities	Once daily for 2 consecutive days	Skin reaction may occur from day one and usually resolves within 4 weeks



Resumiendo...

1. Recordar...Es un **problema muy prevalente**
2. Ofrecer **consejo breve de evitación al sol** incluso en exposiciones no intencionadas
3. **Identificar** los **pacientes con daño actínico** en cara y otras zonas fotoexpuestas
4. **Palpación** de estas zonas para identificar zonas de superficie rasposa
5. Aprender a **tratar el campo de cancerización**:
 - pautas de tratamiento
 - efectos secundarios
6. Familiarizarnos con al menos **un tratamiento tópico** de campo
7. **Consensos** con servicio de dermatología de zona: qué pacientes tratar en AP y qué pacientes deben ser derivados





El futuro...

- ✓ Población con **hábitos saludables** respecto al sol
- ✓ **Tratamientos** de las QA básicamente **preventivos y precoces**
- ✓ **Disminución de la incidencia de CEC invasor** y resto de cánceres cutáneos





MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCIÓN

rsean.bcn.ics@gencat.cat





CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària



I Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

19 de mayo de 2016

Hotel Barceló Sants, Barcelona