

QUERATOSIS SEBORREICAS

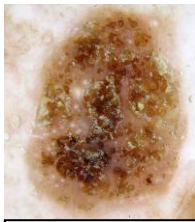
Empezaremos la primera sesión con una de las consultas más frecuentes en dermatología: la queratosis seborreica (Foto 1).

Los pacientes consultan a menudo o son referidos por presentar lesiones hiperpigmentadas, de superficie verrugosa, crecimiento lento y que ocasionalmente se desprenden espontáneamente, ante traumatismos o irritadas por el roce para reaparecer con el tiempo.

Si bien el diagnóstico clínico es relativamente sencillo, se deberá tener cuidado con aquellas lesiones hiperpigmentadas. Es de vital importancia

no cometer el error de tratar como queratosis seborreica a un melanoma maligno o a un nevus atípico.

En este caso, la dermatoscopia es de gran utilidad ya que la presencia de determinados hallazgos son diagnósticos de queratosis seborreicas (Foto 2ª y 2b).



Fotoa 2 A

1. Quistes blanco amarillentos similares a los miliarios y que le confieren a la lesión un aspecto de cielo estrellado
2. Criptas irregulares parecidas a comedones de color amarillo oscuro o negro
3. Aspecto cerebriforme con invaginaciones y fisuras; ocasionalmente, estructuras parecidas a huellas digitales en la periferia
4. Presencia ocasional de capilares en forma



Foto 1

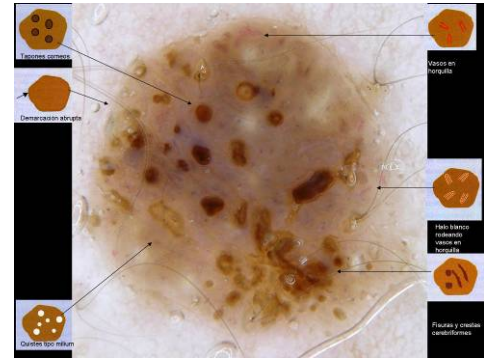


Foto 2 B

- de horquilla de pelo de brazos simétricos
5. No debe observarse nunca un retículo pigmentado

Ante la duda, realice una biopsia.



Foto 3

Una vez que se tiene la certeza de que se trata de una queratosis seborreica, se procede al congelamiento (Foto 3).

El congelamiento debe realizarse con una punta C, con el haz del gas dirigido de manera perpendicular a la piel (evitando posiciones oblicuas que harían que hubiese un congelamiento asimétrico).

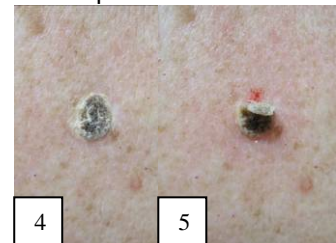
Se debe congelar a unos 5-7 cms de distancia, con un flujo intermitente, permitiendo la expansión del frente de congelamiento desde el centro a la periferia. Congelar hasta que el frente de congelamiento alcance un milímetro por fuera del borde de la lesión. Deben evitarse movimientos pendulares.

Si la lesión es muy extensa, puede congelarse por sectores

TIPS

Como regla general:

1. En lesiones benignas es preferible sub-tratar que excederse en el congelamiento ya que la motivación principal es estética y no queremos destruir el melanocito subyacente y dejar una mancha acrómica o hipocrómica.
2. Una vez realizado el congelamiento, se puede dejar la lesión y permitir que en los siguientes días se desprenda espontáneamente (recomendado para personas con trastornos de coagulación; pacientes portadores de infecciones virales tipo hepatitis, HIV)
3. Para aquellos casos donde se deseen resultados más inmediatos, se puede curetear la lesión recién congelada (Foto 4), permitiendo que inicie su descongelamiento (pocos segundos después de dejar de congelar). Este es el momento



4

5



6



7

en el cual la lesión se desprenderá con más facilidad (Foto 5). Es importante recordar que una vez cureteada (Foto 6), ocurrirá un sangramiento debido a la vasodilatación inmediata al descongelamiento (Foto 7). Será importante tener a la mano una solución hemostática para detenerlo (Foto 8).

El tratamiento de las queratosis seborreicas con criocirugía tiene varias ventajas:
No requiere aplicar anestesia local ya que se tolera bastante bien el congelamiento superficial.
En caso de lesiones muy extensas se puede recurrir a la anestesia local infiltrativa.
Se pueden realizar numerosas lesiones en una sola sesión.

Se pueden tratar de manera segura pacientes con infecciones de transmisión sanguínea ya que no se hay contacto con la sangre del paciente

Dependiendo del área tratada, la cicatrización total ocurrirá entre 7 días (cara) hasta 14 días (tórax). Para zonas ocluidas (como las submamarias) la cicatrización puede ser incluso más lenta.

Para despigmentar cualquier posible hiperpigmentación residual en la periferia de la lesión e incluso para reducir la posibilidad de que aparezcan nuevas lesiones, es recomendable indicarle al paciente la aplicación diaria en gel o crema de ácido glicólico al 25-30 %.



(Fotos de dibujos dermatoscópicos adaptados de "Manual de Dermatoscopia" de J.Malvey, S. Puig, Braun RP, Marghoob AA, Kopf AW)