

Terapia fotodinámica como respuesta al reto de tratar una queratosis actínica en el área palpebral

Photodynamic Therapy as a Response to the Challenge of Treating Actinic Keratosis in the Eyelid Area

Alrededor del 90% de los cánceres de piel no melanoma se localizan en la cabeza y en el cuello, y de ellos un 10% en la región palpebral¹. Actualmente la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección²; sin embargo, el riesgo de complicaciones postoperatorias, de recidivas locales, así como la posibilidad de malos resultados cosméticos y funcionales ha propiciado la búsqueda de alternativas terapéuticas a la cirugía, como la crioterapia, la radioterapia, la quimioterapia, los retinoides, los inmunomoduladores tópicos y la terapia fotodinámica. Por otro lado, la elección del tratamiento depende de la edad del paciente, de la localización, del tamaño y de la experiencia del dermatólogo.

Presentamos el caso de un varón de 82 años que consultó por una placa eritematosa, descamativa, exofítica en algún área, de 1,5 cm, localizada en el párpado inferior, incluyendo el borde libre, del ojo derecho (fig. 1A). La biopsia de la lesión demostró que se trataba de una queratosis actínica (fig. 2A). Para su tratamiento se eligió terapia fotodinámica (TFD) según el protocolo recomendado para el tratamiento de carcinomas basocelulares^{3,4}. Se aplicó metil 5-aminolevulinato tópico (Metvix® crema) sobre la lesión. Se cubrió el globo ocular con un apósito oclusivo y opaco.

Tres horas después se retiró la crema, y con la ayuda de una lámpara de Wood se comprobó la captación de la lesión. Para proteger el ojo se utiliza una prótesis estéril de plástico negro opaca a la luz. Para la colocación de la prótesis se recomienda instilar anestésico tópico en colirio (clorhidrato de tetracaína al 0,1% y clorhidrato de oxibuprocaina al 0,4%) 5 minutos antes y emplear una sustancia viscoelástica como Goniotal gel® (hidroxietyl celulosa, sin látex) para minimizar el contacto con la superficie ocular. Se infiltró la lesión con un anestésico tópico (mepivacaína al 1%) y posteriormente la iluminamos con una lámpara de diodo con longitud de onda 634 nm (Aktilite®; PhotoCure, Galderma, Madrid, España) administrando 37 J/cm² (8 min de duración a una distancia de 10 cm). Se utilizaron ligeras vaporizaciones con agua termal o nitrógeno líquido a distancia para reducir la sensación de quemazón del paciente. Una vez finalizada la terapia, retiramos la prótesis deprimiendo el párpado inferior, minimizando así el riesgo de traumatismo corneal. Se recomendó instilar cloranfenicol oftálmico cada 8 h durante los 3 primeros días. Se realizó una segunda sesión de tratamiento 2 semanas después. La terapia fue bien tolerada por el paciente, que únicamente presentó eritema y edema moderado en la zona tratada, que se resolvió pocos días después del tratamiento.

Obtuvimos una reducción notable del tamaño de la lesión. La lesión residual se trató con imiquimod al 5% 3 veces por semana durante 4 semanas, sin objetivarse inflamación, ni mejoría, por lo que finalmente se realizó una biopsia por curetaje y electrocoagulación de la lesión residual para estudio histológico (fig. 1B). En la biopsia solo se objetivó una queratosis seborreica (fig. 2B).

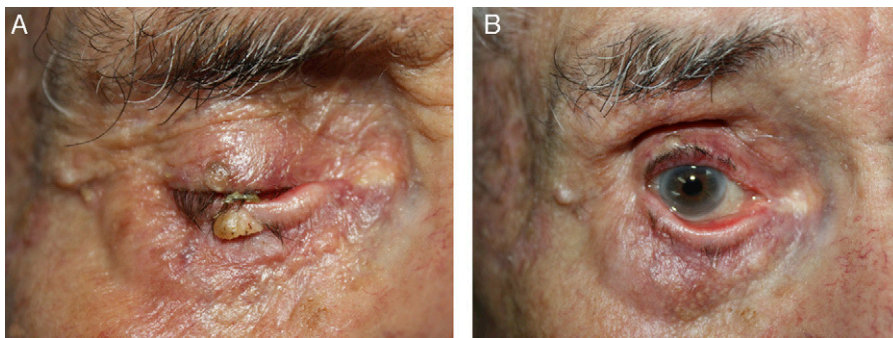


Figura 1 A. Imagen clínica antes del tratamiento, donde se puede observar la existencia de una lesión tumoral en el borde libre del párpado inferior derecho. B. Resultado final a los 6 meses, tras dos sesiones de TFD y curetaje de la lesión residual.

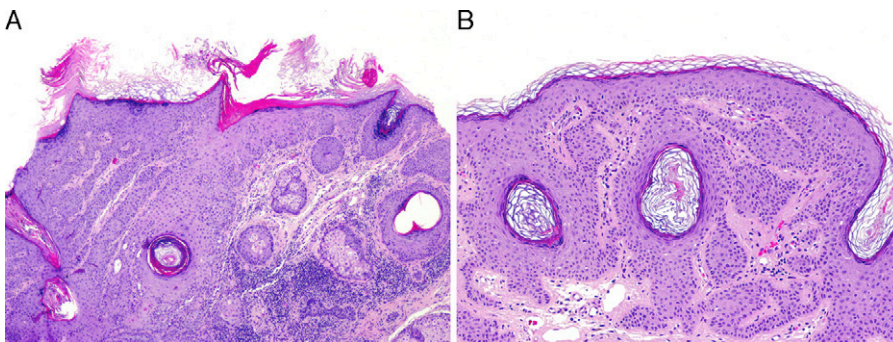


Figura 2 A. Imagen histológica donde se puede observar la presencia de hiperqueratosis con paraqueratosis alternante y queratinocitos atípicos ocupando parte del espesor de la epidermis. B. Imagen histológica de la lesión residual. Obsérvese la existencia de acantosis epidérmica y pseudoquistes córneos propios de una queratosis seborreica.

La incidencia de las queratosis actínicas en el área palpebral ha aumentado en las últimas 2 décadas. La TFD se ha demostrado efectiva en el tratamiento de carcinoma basocelular, queratosis actínica y enfermedad de Bowen. Recientemente se han comunicado series de casos de pacientes con tumores en el área palpebral tratados eficazmente con TFD¹. En estos casos se recomienda realizar curetaje previo de la lesión, utilizar metil 5-aminolevulinato tópico y repetir una segunda sesión una semana después. Esta opción de tratamiento ofrece mejores resultados estético-funcionales, menor tasa de morbilidad que la asociada a la cirugía, y un menor coste económico que esta última⁵. Entre las limitaciones de este tratamiento destaca el riesgo de daño fototóxico ocular y la necesidad de seguimiento por la posibilidad de recurrencias a largo plazo.

Otra alternativa terapéutica eficaz en casos seleccionados es el imiquimod tópico al 5%. Su aplicación 5 veces por semana durante 6 semanas se ha demostrado eficaz en el tratamiento de tumores de localización periocular⁶. Sin embargo, su uso es controvertido en tumores localizados en el borde libre del párpado o a menos de 5 mm del mismo, por la posibilidad de efectos adversos locales en la región ocular.

En nuestro paciente la evolución fue satisfactoria con TFD, quedando únicamente la presencia de una lesión de queratosis seborreica residual, que no se eliminó con el tratamiento. En conclusión, debemos resaltar que los tumores del área palpebral suponen un reto terapéutico para el dermatólogo. La cirugía continúa siendo el tratamiento de elección, sin embargo la terapia fotodinámica constituye una opción terapéutica no invasiva, eficaz y bien tolerada por el paciente, que ofrece buenos resultados cosméticos y funcionales para tumores localizados en áreas de difícil

tratamiento, tal como pudimos comprobar en el caso presentado.

Bibliografía

1. Togsverd-Bo K, Hædersdal M, Wulf HC. Photodynamic therapy for tumors on the eyelid margins. *Arch Dermatol.* 2009;145:944-7.
2. deSousa J-L, Leibovitch I, Malhotra R, O'Donnell B, Sullivan T, Selva D. Techniques and outcomes of total upper and lower eyelid reconstruction. *Arch Ophthalmol.* 2007;125:1601-9.
3. Braathen LR, Szeimies RM, Basset-Seguín N, Bissonnette R, Foley P, Pariser D, et al. Guidelines on the use of photodynamic therapy for nonmelanoma skin cancer: an international consensus. *International Society for Photodynamic Therapy in Dermatology, 2005. J Am Acad Dermatol.* 2007;56:125-43.
4. Kotimäki J. Photodynamic therapy of eyelid basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23:1083-7.
5. Vanaclocha F, Daudén E, Badía X, Guillén C, Conejo-Mir JS, Sainz de Los Terreros M, et al. Cost-effectiveness of treatment of superficial basal cell carcinoma: surgical excision vs imiquimod 5% cream. *Br J Dermatol.* 2007;156:769-71.
6. Choontanom R, Thanos S, Busse H, Stupp T. Treatment of basal cell carcinoma of the eyelids with 5% topical imiquimod: a 3-year follow-up study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2007;245:1217-20.

F. Toledo-Alberola*, I. Belinchón-Romero,
J. Guijarro-Llorca y P. Albares-Tendero

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ftoledo@coma.es (F. Toledo-Alberola).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.10.021>

Primary Cutaneous Aspergillosis Complicating Tumor Necrosis Factor- α Blockade Therapy in a Patient With Psoriasis[☆]

Aspergilosis cutánea primaria que complica el tratamiento con inhibidores del factor de necrosis tumoral α en un paciente con psoriasis

To the Editor:

A 52-year-old male farmer with a history of generalized plaque psoriasis and psoriatic arthritis was being treated with etanercept 50 mg once weekly for 3 years with a good response. He presented to our department with painful erythematous nodular lesions on the right forearm (Fig. 1A)

and in the left periorbital region (Fig. 1B). The lesions had appeared 10 days earlier, following a rabbit bite on the forearm. There were no associated systemic symptoms or fever.

A cutaneous biopsy was performed, and as we suspected a fungal infection, the patient was started on itraconazole 100 mg twice daily and etanercept was withdrawn. The biopsy showed an inflammatory infiltrate consisting primarily of polymorphonuclear cells forming abscess-like areas (Fig. 2). Periodic acid-Schiff (PAS) and Grocott-Gomori methenamine-silver staining did not reveal any fungi, but skin culture on solid Sabouraud medium with gentamicin and chloramphenicol (25 °C) revealed *Aspergillus fumigatus* (Fig. 3). The potassium hydroxide (KOH 10%) test did not show hyphae in the microbiological sample and the polymerase chain reaction (PCR) for fungal DNA in the skin was negative. Blood tests and the chest X-ray were normal.

The lesions resolved completely with 4 weeks of treatment with itraconazole. One week after the end of treatment, the patient restarted etanercept and developed no further lesions.

Aspergillus species are ubiquitous and infection occurs most commonly in immunosuppressed individuals,¹⁻³ like

[☆] The work should be attributed to: Department of Dermatology and Venereology, Centro Hospitalar de São João EPE, Porto, Portugal.