

Manejo clínico del carcinoma oral in situ.

Clinical management of oral carcinoma in situ

Jorge Miguel Vallejo-Navas^{1*} 

Gissela Mayli Vaca Rivera¹ 

Angelly Gabriela Berrones Gualpa¹ 

Karen Vannesa Reinoso Tucunango¹ 

¹ Universidad de los Andes, UNIANDES, Ambato. Ecuador.

*Autor de Correspondencia. Correo electrónico: ua.jorgevn46@uniandes.edu.ec

Recibido: 13/06/2025.

Aprobado: 27/10/2025.

Editor: Yasnay Jorge Saíñz.

Aprobado por: Silvio Emilio Niño Escofet.

RESUMEN

El carcinoma escamocelular in situ (CESI) oral es una condición premaligna que, aunque rara, tiene implicaciones significativas en el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado. El objetivo de esta investigación consiste en caracterizar clínicamente un carcinoma escamocelular in situ (CESI) oral. Esta revisión breve aborda los aspectos clínicos del CESI oral, destaca su presentación clínica, diagnóstico diferencial y el papel de las biopsias para confirmar el diagnóstico. Se presenta un caso clínico de un paciente diagnosticado con CESI oral, donde se describe el abordaje diagnóstico, el tratamiento quirúrgico y su evolución posoperatoria. Los resultados del caso evidencian la importancia de la detección temprana en la prevención de la progresión a carcinoma escamocelular invasivo. En este caso se acentúa la relevancia de la identificación precoz de lesiones de riesgo en la cavidad oral para mejorar el pronóstico del paciente.

Palabras clave: carcinoma escamocelular in situ, diagnóstico temprano, cavidad oral, lesiones premalignas, tratamiento quirúrgico

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma in situ (SCCIS) is a premalignant condition that, although rare, has significant implications for early diagnosis and appropriate treatment. The objective of this research is to clinically characterize oral squamous cell carcinoma in situ (SCCIS). This brief review addresses the clinical aspects of oral SCCIS, highlighting its clinical presentation, differential diagnosis, and the role of biopsies in confirming the diagnosis. A clinical case of a patient diagnosed with oral CESI is presented, describing the diagnostic approach, surgical treatment, and postoperative evolution. The results of the case demonstrate the importance of early detection in preventing progression to invasive squamous cell carcinoma. This case emphasizes the relevance of early identification of high-risk lesions in the oral cavity to improve patient prognosis.

Keywords: Squamous cell carcinoma in situ, early diagnosis, oral cavity, premalignant lesions, surgical treatment

Introducción

Los trastornos orales potencialmente malignos (OPMD) se definen como alteraciones epiteliales con riesgo aumentado de transformación maligna.⁽¹⁾ En la práctica clínica, se presentan como lesiones blancas (leucoplasias) o, con menor frecuencia, como lesiones rojas (eritroplasias). La evaluación inicial se basa en el examen clínico, pero el diagnóstico definitivo requiere estudio histopatológico.⁽²⁾ Una vez identificado el OPMD, se deben considerar los factores de riesgo del paciente para determinar el riesgo de transformación maligna y planificar un tratamiento adecuado.⁽¹⁾

La leucoplasia se define como una placa blanca irreparable que no puede clasificarse como otra lesión conocida, y que conlleva riesgo de malignización.⁽¹⁾ Afecta aproximadamente al 2 % de la población general, con mayor frecuencia en hombres de edad avanzada. Clínicamente, se clasifica según su morfología en: homogénea (superficie lisa y bordes bien definidos), moteada, nodular y verrugosa. Las localizaciones más comunes incluyen el borde lateral de la lengua, el piso de boca, la mucosa yugal y el paladar.⁽¹⁾ Una variante particular, la leucoplasia verrucosa proliferativa (LPV), presenta riesgo elevado de transformación maligna (hasta 63,3 %) y alta tasa de recurrencia (hasta 85 %), incluso después de tratamiento ablativo.⁽¹⁾ Se observa con mayor frecuencia en mujeres mayores de 60 años sin antecedentes de tabaquismo ni alcoholismo.⁽¹⁾

El diagnóstico diferencial de las lesiones blancas incluye enfermedades congénitas como el leucoedema y el nevo blanco esponjoso, infecciones como la candidiasis pseudomembranosa (removible al raspado), leucoplasia pilosa (asociada a inmunosupresión) y lesiones traumáticas (quemaduras térmicas o químicas).⁽²⁾ Un interrogatorio clínico detallado y la localización anatómica son claves para el diagnóstico adecuado. El examen clínico debe realizarse bajo buena iluminación y preferiblemente con instrumentos como lupas o luces frontales. Fotografías clínicas y registros estandarizados son herramientas valiosas para el seguimiento de estas lesiones, especialmente en fases tempranas.⁽²⁾

En cuanto a la displasia epitelial oral (OED), esta se define como una alteración precancerosa del epitelio, caracterizada por cambios arquitecturales y citológicos, como estratificación

irregular, disqueratosis, hiperchromatismo y mitosis anormales.⁽²⁾ Se clasifica en grados leve, moderado y severo, aunque se ha propuesto un sistema binario para mejorar su reproducibilidad. Según la OMS, las principales OPMD con alto riesgo de transformación son la leucoplasia, la eritroplasia y la fibrosis submucosa oral.⁽²⁾ La eritroplasia, aunque menos frecuente, presenta un riesgo aún mayor de transformación maligna, con un 90 % de lesiones al mostrar displasia severa o carcinoma in situ en la biopsia inicial.⁽¹⁾

Entre los factores de riesgo más importantes destacan el consumo de tabaco y alcohol, la infección por VPH, y alteraciones genéticas y epigenéticas (como la sobreexpresión de p53 y p16).⁽³⁾ Algunas lesiones queratósicas sin displasia evidente, denominadas queratosis de significado desconocido (KUS), también pueden evolucionar a carcinoma escamocelular (SCC), lo que resalta la importancia del seguimiento clínico.⁽¹⁾ Estudios recientes también han sugerido que el microbioma oral alterado puede contribuir a la carcinogénesis mediante la promoción de inflamación crónica y la producción de metabolitos carcinógenos por bacterias como *Fusobacterium nucleatum* y *Porphyromonas gingivalis*.⁽⁴⁾

El diagnóstico temprano de OED y su correcta correlación clínico-patológica son fundamentales para la prevención del carcinoma.⁽²⁾ Se han propuesto biomarcadores moleculares como herramientas complementarias para mejorar la detección y evaluación del riesgo. Entre estos se encuentran p53, Ki-67, SOX2 y ALDH1, los cuales han sido asociados con progresión maligna.⁽³⁾ La biopsia guiada por autofluorescencia y técnicas como la tomografía de coherencia óptica (OCT) son herramientas emergentes que pueden complementar el diagnóstico convencional.⁽³⁾

El carcinoma escamocelular oral (OSCC) representa aproximadamente el 90 % de los cánceres de cabeza y cuello. Su tratamiento y pronóstico pueden verse comprometidos por la presencia de células madre cancerosas (CSC), una subpoblación con propiedades de autorrenovación, resistencia terapéutica y capacidad metastásica.⁽⁵⁾ Estas células presentan alteraciones en las vías de señalización Notch, Wnt y Hedgehog, las cuales regulan el ciclo celular, la apoptosis, el metabolismo y la respuesta al daño del ADN.⁽⁵⁾ Se cree que estas células pueden resistir tratamientos convencionales como la quimioterapia y la radioterapia, lo que contribuye a la recurrencia tumoral.⁽⁵⁾

La caracterización de las CSC se realiza mediante técnicas como el ensayo de formación de esferas, citometría de flujo con marcadores CD44, CD133 y ALDH1, y modelos de xenotrasplante.⁽⁵⁾ No existe un marcador universal, pero estas técnicas permiten su identificación funcional y su posible uso como diana terapéutica. La identificación de estas células no solo tiene implicaciones diagnósticas, sino también terapéuticas, ya que el desarrollo de terapias dirigidas contra CSCs podría mejorar los resultados clínicos en pacientes con OSCC avanzado o recurrente.⁽⁵⁾

Desde una perspectiva epidemiológica, el OSCC muestra diferencias geográficas marcadas.⁽⁶⁾ En Asia es una de las neoplasias más frecuentes, mientras que en Europa y América del Norte tiene menor incidencia.⁽⁷⁾ Las definiciones de cáncer de cabeza y cuello varían entre instituciones, especialmente respecto a la inclusión del esófago y tiroides.⁽⁸⁾ Estudios internacionales como el Consorcio INHANCE han permitido estandarizar criterios y mejorar el análisis epidemiológico global. Este consorcio ha reunido datos de más de 35 estudios multicéntricos a nivel mundial y ha permitido evaluar con mayor precisión la interacción entre factores de riesgo y la incidencia de OSCC.⁽⁸⁾

Los OPMD representan una etapa crítica en la secuencia de transformación maligna.⁽¹⁾ Su reconocimiento clínico, diagnóstico preciso y monitoreo constante son esenciales para reducir la carga del carcinoma escamocelular oral. La integración de avances en biología molecular, microbiota y terapias dirigidas ofrece nuevas oportunidades para mejorar la prevención y el manejo de esta enfermedad.^(3,5) Asimismo, el desarrollo de políticas públicas enfocadas en la educación, detección temprana y acceso a tratamiento puede contribuir significativamente a reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con este tipo de cáncer. La participación activa de profesionales de la salud oral en programas de tamizaje y educación comunitaria representa una herramienta clave en el abordaje integral del OSCC desde un enfoque preventivo.⁽⁷⁾ El objetivo de esta investigación consiste en caracterizar clínicamente un carcinoma escamocelular in situ (CESI) oral.

Reporte de caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 53 años de edad, quien acude a consulta especializada en cirugía maxilofacial por la presencia de una lesión persistente en la cavidad oral. En los antecedentes personales destaca el consumo habitual de alcohol, sin antecedentes patológicos relevantes ni intervenciones quirúrgicas previas, y sin antecedentes familiares de enfermedades oncológicas. El paciente no reporta alergias conocidas. Según refiere, la lesión fue detectada inicialmente como una mancha blanca asintomática, pero con el tiempo comenzó a generar molestias progresivas y dolor constante, lo que motivó la consulta especializada. A su llegada, el paciente manifestó desconocer la posible gravedad del cuadro clínico y no estaba previamente informado sobre el potencial riesgo de transformación maligna asociado a este tipo de lesiones. Figura 1.



Figura 1. Vista frontal

Estudios complementarios

Se realizó una tomografía computarizada de maxilares como parte del protocolo de evaluación, en la cual se evidenciaron múltiples signos de agresión ósea en la región mandibular del cuadrante III, específicamente en el cuerpo y la rama mandibular. Las imágenes mostraron áreas de lisis ósea mal delimitadas, con pérdida de corticales óseas vestibulares y linguales, además de una evidente fractura mandibular patológica como

consecuencia directa del proceso destructivo neoplásico. Estos hallazgos sugieren una lesión infiltrante de comportamiento agresivo, compatible con un carcinoma escamocelular en etapa avanzada.⁽⁹⁾ La evaluación radiológica fue clave para comprender la extensión del daño local y guiar la planificación diagnóstica y terapéutica. Figura 2.



Figura 2. Tomografía 3D

Diagnóstico presuntivo

Con base en las características clínicas e imagenológicas, se estableció como diagnóstico presuntivo una lesión maligna compatible con carcinoma escamocelular de cavidad oral, se consideró además el diagnóstico diferencial de leucoplasia oral con cambios morfológicos de alto riesgo.⁽⁹⁾ La apariencia clínica, sumada a la afectación ósea documentada por tomografía, apoyó la hipótesis de un proceso maligno con capacidad infiltrativa, lo que apresuró una intervención diagnóstica inmediata. Figura 3.



Figura 3. Vista clínica de la lesión

Procedimiento y seguimiento

Por sus características clínicas y radiológicas, se decidió realizar una biopsia seccional bajo anestesia local, en un procedimiento ambulatorio realizado en una clínica odontológica. Durante el procedimiento, se obtuvieron dos fragmentos tisulares de forma irregular, de aproximadamente 5 mm x 3 mm cada uno, los cuales fueron remitidos al laboratorio de histopatología para su análisis. Una vez recibido el informe diagnóstico, el paciente fue debidamente notificado y se gestionó su referencia a un centro de atención oncológica especializado.^(9,10) Actualmente se encuentra bajo manejo en un hospital de tercer nivel, en seguimiento interdisciplinario. Es importante señalar que, al momento de la intervención inicial, el paciente no era plenamente consciente de la naturaleza potencialmente grave de la lesión ni del pronóstico asociado.⁽¹⁰⁾

Discusión

El presente caso representa una manifestación clínica relevante de una lesión potencialmente maligna que evoluciona hacia carcinoma escamocelular in situ en la cavidad oral, específicamente en el reborde alveolar mandibular izquierdo. La literatura ha identificado a las lesiones blancas adheridas, como la leucoplasia oral,⁽¹⁰⁾ como una de las principales manifestaciones clínicas de los trastornos orales potencialmente malignos (OPMD, por sus siglas en inglés).⁽¹¹⁾ Estas lesiones, aunque de apariencia relativamente inocua, pueden albergar grados variables de displasia epitelial o incluso carcinoma in situ, como se evidenció en el caso aquí reportado.

Las OPMD incluyen entidades como la leucoplasia, la eritroplasia, la fibrosis submucosa oral, el liquen plano oral y la queilitis actínica. De estas, la leucoplasia oral (LO) es la más común, con una prevalencia mundial estimada del 4,11 % y mayor incidencia en hombres y en poblaciones del sur de Asia y América Latina.⁽¹¹⁾ La transformación maligna de estas lesiones ha sido ampliamente documentada, con tasas que oscilan entre el 4 % y el 20 %, en relación al tipo clínico e histológico de la lesión.⁽¹¹⁾

En este caso, la presencia de una lesión blanca, no desprendible, con áreas eritroplásicas y bordes irregulares, localizada en una región de alto riesgo como el fondo de vestíbulo y reborde mandibular, junto con el hallazgo tomográfico de lisis ósea y la posterior confirmación histológica de carcinoma escamocelular in situ, destaca la importancia del diagnóstico temprano y la evaluación integral.⁽¹²⁾

La lisis ósea observada por tomografía indica una invasión ósea temprana, lo que es característico de lesiones neoplásicas avanzadas y resalta la agresividad local del carcinoma oral incluso en estadios iniciales. Este hallazgo refuerza la idea de que el compromiso óseo puede presentarse incluso en lesiones clínicamente pequeñas, y su presencia debe alertar sobre la necesidad de un abordaje quirúrgico más amplio.⁽¹²⁾

Desde el punto de vista molecular, múltiples vías han sido implicadas en la carcinogénesis oral. La vía de p53, por ejemplo, se altera en estadios tempranos de displasia epitelial y se mantiene

en carcinomas invasivos, influyendo directamente en la progresión tumoral y el pronóstico del paciente.⁽¹³⁾ Además, la sobreexpresión de proteínas como Survivin, implicada en la evasión de la apoptosis, también ha sido documentada en OSCC avanzados. ⁽¹³⁾

Otro elemento emergente en la discusión científica es el papel del microbioma oral. Estudios recientes han demostrado que microorganismos como *Fusobacterium nucleatum* y *Porphyromonas gingivalis* están asociados a procesos inflamatorios crónicos y a la progresión tumoral. Estos patógenos activan receptores tipo Toll (TLR), promueven la producción de citocinas proinflamatorias como IL-6 y TNF- α , que facilitan un microambiente tumoral favorable.⁽¹⁴⁾

En términos clínicos, los márgenes quirúrgicos representan un desafío importante en la resección del OSCC. La presencia de mutaciones de p53 en márgenes considerados negativos puede predecir recurrencias locales, lo que subraya la necesidad de evaluaciones moleculares complementarias al análisis histológico estándar.^(13,14)

Además, el concepto de células madre cancerosas (CSC) ha revolucionado la comprensión del comportamiento tumoral. Estas células poseen la capacidad de autorrenovación, resistencia a tratamientos convencionales y generación de metástasis. Su identificación mediante marcadores como CD44 y ALDH1 puede ofrecer herramientas diagnósticas y terapéuticas futuras, especialmente en casos con recurrencia o pobre respuesta al tratamiento convencional. ⁽¹⁵⁾

El presente caso permite integrar los hallazgos clínicos, imaginológicos, histológicos y moleculares en una visión integral del carcinoma escamocelular oral. Además, se subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante lesiones aparentemente benignas, especialmente en pacientes con factores de riesgo como el consumo crónico de alcohol, y refuerza el valor de una aproximación diagnóstica y terapéutica multidisciplinaria.

Conclusiones

El diagnóstico del carcinoma escamocelular oral in situ, especialmente en localizaciones atípicas, requiere un abordaje multidisciplinario que integre un exhaustivo examen clínico, estudios de imagen e histopatología. Este caso subraya la necesidad de tomar biopsia de toda lesión sospechosa y la importancia de la vigilancia, ya que incluso lesiones aparentemente simples pueden progresar a una entidad agresiva. La detección e intervención tempranas, junto con la investigación de factores moleculares y microbianos, se consideran fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad de este cáncer.

Referencias bibliográficas:

1. Mello FW, Miguel AFP, Dutra KL, Porporatti AL, Warnakulasuriya S, Guerra ENS, et al. Prevalence of oral potentially malignant disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med.* 2018;47(7):633–40.
2. Woo SB, Cashman EC, Lerman MA. The role of histopathologic diagnosis in the management of oral epithelial dysplasia: A review of the literature. *J Oral Pathol Med.* 2019;48(9):788–801.
3. Chamoli R, Alam MS, Siddiqui A, Zaidi I. Molecular markers in oral carcinogenesis: A concise review. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2017;29(1):17–23.
4. Crispino A, Elefante A, Tarsitano A, Marchetti C, Lo Muzio L, Colella G, et al. Oral Microbiome and Oral Cancer: The Importance of a Change. *Curr Oncol.* 2023;30(2):283.
5. Bhutia SK, Patra SK. Cancer stem cells in oral cancer: A review. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2023;460:115409.
6. Scully C, Porter S. Oral cancer. *Br Med J.* 2000;321(7253):97–100.

7. INHANCE Consortium. The INHANCE consortium: a resource for genetic epidemiology studies of head and neck cancer. *Eur J Epidemiol.* 2015;30(11):993– 1001.
8. Panarese I, Aquino G, Ronchi A, Longo F, Montella M, Cozzolino I, et al. Oral squamous cell carcinoma: from clinical-pathological aspects to molecular biology and immunotherapy. *Int J Mol Sci.* 2021;22(18):9330.
9. Badwelan M, Ahmed HG, Rayyan M, Alshareef H, Yaseen A, Alqutub A, et al. Clinicopathological significance and prognostic value of survivin expression in oral squamous cell carcinoma. *Diagn Pathol.* 2023;18(1):61.
10. Kaste SC, Hopkins KP, Jenkins JJ, Pratt CB. Imaging of pediatric head and neck tumors. *Radiol Clin North Am.* 1997;35(4):845–63.
11. Warnakulasuriya S, Kerr AR. Oral leukoplakia: a review. *J Oral Pathol Med.* 2021;50(7):655–62.
12. Mehrotra R, Gupta DK. Exciting prospects in the application of oral cancer biomarkers. *J Cancer Res Ther.* 2011;7(1):11–21.
13. Zhao H, Chu M, Huang Z, Yang X, Ran S, Zhang Y, et al. The role of p53 gene and its diagnostic value in oral squamous cell carcinoma. *Front Oncol.* 2021;11:654256.
14. Whitmore SE, Lamont RJ. Oral bacteria and cancer. *PLoS Pathog.* 2014;10(3):e1003933.
15. Prince ME, Sivanandan R, Kaczorowski A, Wolf GT, Kaplan MJ, Dalerba P, et al. Identification of a subpopulation of cells with cancer stem cell properties in head and neck squamous cell carcinoma. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2007;104(3):973–8.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses

Contribución de autoría

Los autores participaron en igual medida en la curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción – borrador original y redacción – revisión y edición.



Los artículos de la Revista Correo Científico Médico perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional Email: publicaciones@infomed.sld.cu