Reporte de Caso

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

CARCINOMA ESPINOCELULAR INFILTRANTE EN ZONA DE ALTO RIESGO ANATÓMICO: UN DESAFÍO CLÍNICO

Hernández Navas Jorge[1]; Dulcey Sarmiento Luis[2];

Gómez Ayala Jaime[3]; Therán León Juan[4]; Resarte Ellis, Andrés[5]

1. Médico investigador. Universidad de Santander, Facultad de Medicina, Bucaramanga, Colombia.
2. Médico especialista en medicina interna. Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, Mérida, Venezuela.
3. Médico especialista en medicina interna. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina, Colombia.
4. Médico especialista en medicina familiar. Universidad de Santander, Facultad de Medicina, Bucaramanga, Colombia.
5. Médico investigador. Universidad de Santander, Facultad de Medicina, Bucaramanga, Colombia.

EMAIL: jorgeandreshernandez2017@gmail.com

CORRESPONDENCIA: Jorge Andrés Hernández Navas. 1068 Silverleaf drive, EEUU.

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Reporte de Caso

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

RESUMEN

El carcinoma espinocelular es un tipo de cáncer que se origina en las células escamosas, las cuales se encuentran en la epidermis y en algunos tipos de mucosas. Este es el segundo tipo de cáncer dermatológico no melanoma más común, solamente por detrás del carcinoma de células basales. Se da principalmente en hombres, mayores de 50 años, con factores de inmunosupresión, consumidores de tabaco y de alcohol. Esta patología cuenta con un pronóstico favorable la mayoría de las veces, sin embargo, cuando es diagnosticado tardíamente suele tener características infiltrativas y metastásicas. El diagnóstico temprano lleva a una mejor tasa de curación de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: carcinoma espinocelular; carcinoma de células escamosas; neoplasia facial; radiación UV.

INFILTRATIVE SQUARON CELL CARCINOMA IN A HIGH-ANATOMIC RISK AREA: A CLINICAL CHALLENGE

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma is a type of cancer that originates in squamous cells, which are found in the epidermis and certain types of mucous membranes. It is the second most common type of non-melanoma skin cancer, only behind basal cell carcinoma. It primarily affects men over the age of 50, especially those with immunosuppressive factors, as well as

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

tobacco and alcohol consumers. This condition generally has a favorable prognosis; however, when diagnosed late, it often presents infiltrative and metastatic characteristics. Early diagnosis leads to a higher cure rate for patients.

KEYWORDS: Squamous cell carcinoma; cutaneous squamous cell carcinoma; facial neoplasia; UV radiation.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma espinocelular o más conocido como carcinoma de células escamosas es un tipo de cáncer muy frecuente, se estima que en Estados Unidos al año se presentan hasta un millón de casos (1) y se estima que con el pasar de los años este número seguirá aumentando a nivel mundial.

Es un tipo de cáncer que usualmente genera características clínicas de benignidad, generando una sobrevida a 10 años mayor al 90%. (1) Sin embargo, muchas veces encontramos diversos cursos clínicos en el que esta patología adopta una clínica infiltrativa y genera metástasis, esto principalmente en paciente inmunosuprimidos y que tienen difícil acceso a los sistemas de salud.

Los principales factores de riesgo para su aparición son, pacientes con inmunosupresión, mayores de 40 años, pacientes masculinos, exposición a rayos UV, tabaco, alcohol, carcinógenos químicos, inflamación crónica e infecciones virales de alto riesgo. (2)

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Las mutaciones en el ADN pueden originarse a través de distintos mecanismos. El daño provocado por factores externos, como la radiación ultravioleta, sustancias químicas y radiación ionizante, puede derivar en mutaciones si no es reparado. Asimismo, pueden surgir mutaciones debido a factores internos, como errores durante la mitosis, fallos en los mecanismos de reparación del ADN, edición genética o la acción de especies reactivas de oxígeno. La exposición a la radiación ultravioleta no solo inicia, sino que también favorece la progresión de la carcinogénesis escamosa en todas sus etapas. Tanto la radiación UVB como la UVA contribuyen al desarrollo del cáncer de piel al alterar las señales celulares en los queratinocitos, inducir estrés oxidativo y provocar mutaciones en el ADN (4).

El diagnóstico se hace mediante la realización de biopsias, el muestreo inicial de tejido se realiza típicamente mediante la técnica de afeitado si la lesión está elevada, o mediante una biopsia por punción de la zona de piel con apariencia más anormal. (3)

El tratamiento habitual consiste en la extirpación quirúrgica, con la cirugía micrográfica de Mohs como la alternativa con la menor tasa de recurrencia, especialmente en tumores de gran tamaño, alto riesgo o situados en áreas anatómicas delicadas. (3) Cuando la reescisión no es viable debido a márgenes quirúrgicos estrechos, la radioterapia adyuvante puede ser una alternativa.

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Entre las estrategias terapéuticas disponibles se encuentran la quimioterapia, como el uso de cisplatino, la terapia dirigida con inhibidores del EGFR, como cetuximab, y los anticuerpos anti-PD-1, incluyendo cemiplimab, pembrolizumab y nivolumab. Cemiplimab fue el primer tratamiento sistémico aprobado por la FDA y la EMA para casos avanzados y metastásicos. Los anticuerpos anti-PD-1 han demostrado eficacia con tasas de respuesta de hasta el 50% en pacientes con enfermedad localmente avanzada o metastásica. (5)

La concienciación sobre la prevención y el diagnóstico temprano del carcinoma espinocelular cutáneo (cSCC) es clave. Es esencial promover el uso de ropa que proteja del sol, sombreros y protectores solares. En pacientes con alto riesgo, se debe evaluar la administración de retinoides sistémicos, nicotinamida y terapias dirigidas al tratamiento de campo de la queratosis actínica, como el 5-fluorouracilo. (2, 5)

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 74 años, quien acude a consulta externa de Dermatología remitido por Medicina Familiar, por presentar una lesión tumoral en región temporoorbitaria izquierda, de 8 meses de evolución. La lesión comenzó como una pápula endurecida y costrosa, la cual fue manejada inicialmente como una queratosis actínica con tratamiento tópico, sin mejoría. La familia refiere que, con el paso de los meses, la lesión aumentó progresivamente de tamaño, se volvió más

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

dolorosa, comenzó a ulcerarse y presentó sangrado espontáneo ocasional

Examen dermatológico

Lesión tumoral de base amplia, redondeada, exofítica, con superficie mamelonada, de aspecto carnoso y ulcerado, localizada en la región temporoorbitaria izquierda, de aproximadamente 5 × 4 cm de diámetro. Se observan múltiples áreas de necrosis, hemorragia y costras serohemáticas, con induración profunda y fijación a planos subyacentes (fig. 1-2). El paciente refiere dolor al tacto y sensación de presión ocular. No se palpan adenopatías cervicales ni parotídeas.

Complementarios realizados:

Biometría hemática: Anemia leve (Hb: 11 g/dL)

VSG: Acelerad

Perfil hepático y renal: Sin alteraciones

Serologías (VIH, VDRL, HBsAg, HCV): No reactiva

TAC facial con contraste: Lesión sólida infiltrativa en región temporal izquierda, sin compromiso óseo ni extensión intracraneal

Ultrasonido cervical: No se observan adenopatías sospechosas

Se toma muestra para biopsia por punch de la periferia del tumor. El informe histopatológico concluye: carcinoma espinocelular (epidermoide)

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

moderadamente diferenciado, con patrón infiltrativo y queratinización evidente.

Se interconsulta con el servicio de Oncología y Cirugía Plástica, y se plantea tratamiento quirúrgico con resección completa mediante cirugía de Mohs. El diagnóstico clínico e histopatológico es confirmado.

Fig. 1. Lesión tumoral exofítica, ulcerada, de base amplia y aspecto necrótico, en región temporoorbitaria izquierda.

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Reporte de Caso

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

Fig. 2. Lesión tumoral exofítica, ulcerada, de base amplia y aspecto necrótico, en región temporoorbitaria izquierda.

COMENTARIOS

La mayoría de los pacientes con diagnóstico de carcinoma espinocelular cutáneo primario tienen un pronóstico favorable, siempre que se realice una escisión quirúrgica completa con márgenes adecuados y seguimiento oncológico para evitar recurrencias o metástasis a largo plazo. En el caso aquí presentado, el

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

paciente refería una lesión cutánea previa, inicialmente diagnosticada como una queratosis actínica, considerada por muchos autores como una lesión premaligna o, incluso, como una forma temprana de carcinoma espinocelular in situ. (6-7)

La transformación maligna ocurre predominantemente en áreas fotoexpuestas, en individuos mayores con daño actínico acumulado a lo largo de los años. Este patrón es evidente en nuestro paciente, quien tiene antecedentes de exposición solar crónica sin protección, lo que probablemente contribuyó al desarrollo del tumor. (8-9)

El carcinoma espinocelular de gran tamaño en región temporoorbitaria constituye una presentación poco común, ya que la mayoría de las lesiones son detectadas y tratadas quirúrgicamente en etapas tempranas, lo cual impide su progresión a formas extensas e infiltrativas. En este caso, el retardo en la atención médica y la progresión clínica permitieron el desarrollo de un tumor exofítico, ulcerado y doloroso, que requirió un abordaje quirúrgico complejo. (9)

Dentro de los diagnósticos diferenciales se incluyeron el queratoacantoma, el carcinoma basocelular nodular, el melanoma amelanótico, y otras neoplasias como sarcomas o linfomas cutáneos. Todos estos comparten ciertas características clínicas con el carcinoma espinocelular, especialmente en su forma ulcerada o hiperqueratósica, lo que hace indispensable

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

la confirmación mediante estudio histopatológico. (8-10)

El pronóstico del carcinoma espinocelular depende en gran medida del momento del diagnóstico y de su comportamiento histológico. Las principales metástasis ocurren a nivel pulmonar y óseo. La resección quirúrgica completa sigue siendo el tratamiento de elección, aunque en casos localmente avanzados o metastásicos se han incorporado terapias sistémicas como los inhibidores de PD-1, los cuales han mostrado tasas de respuesta favorables.

CONCLUSIONES

Es fundamental el diagnóstico precoz del carcinoma espinocelular cutáneo, especialmente en pacientes con lesiones sospechosas en áreas fotoexpuestas y antecedentes de daño actínico crónico. La evolución clínica y el pronóstico dependen tanto del grado histológico, como de la extensión local y la presencia o no de metástasis. En este caso, se trató de un carcinoma espinocelular primario avanzado, con características clínicas infiltrativas, que requirió intervención quirúrgica especializada y seguimiento estrecho por parte del equipo oncológico y dermatológico.

REFERENCIAS

1. Corchado-Cobos R, García-Sancha N, González-Sarmiento R, Pérez-Losada J, Cañueto J. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: From Biology to Therapy. Int J Mol Sci. 2020 Apr 22;21(8):2956. doi: 10.3390/ijms21082956. PMID: 32331425; PMCID: PMC7216042.

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

2. Cozma EC, Banciu LM, Soare C, Cretoiu SM. Update on the Molecular Pathology of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. Int J Mol Sci. 2023 Apr 2;24(7):6646. doi: 10.3390/ijms24076646. PMID: 37047618; PMCID: PMC10095059.

3. Firnhaber JM. Basal Cell and Cutaneous Squamous Cell Carcinomas: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2020 Sep 15;102(6):339-346. PMID: 32931212.

4. Hedberg ML, Berry CT, Moshiri AS, Xiang Y, Yeh CJ, Attilasoy C, Capell BC, Seykora JT. Molecular Mechanisms of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. Int J Mol Sci. 2022 Mar 23;23(7):3478. doi: 10.3390/ijms23073478. PMID: 35408839; PMCID: PMC8998533.

5. de Jong E, Lammerts MUPA, Genders RE, Bouwes Bavinck JN. Update of advanced cutaneous squamous cell carcinoma. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Jan;36 Suppl 1(Suppl 1):6-10. doi: 10.1111/jdv.17728. PMID: 34855246; PMCID: PMC9299882.

6. Esmeral Atehortúa K, Arbeláez Eslait S, Arbeláez Bolaños S, Eslait Merchán RC, Londoño Daguer V, Mestre Daza A, et al. Infiltrating squamous cell carcinoma: a case report. rev asoc colomb dermatol cir dematol [Internet]. 2023 [citado el 27 de marzo de 2025];31(2):129–37. Disponible en: https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1503

7. Schachtel MJC, Gandhi M, Bowman JJ, Porceddu SV, Panizza BJ. Epidemiology and treatment outcomes of cutaneous squamous cell carcinoma extending to the temporal bone. Head Neck [Internet]. 2022;44(12):2727–43. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/hed.27185

8. Notz G, Cognetti D, Murchison AP, Bilyk JR. Perineural invasion of cutaneous squamous cell carcinoma along the zygomaticotemporal nerve. Ophthal Plast Reconstr Surg [Internet].

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 320-331

DOI:

2014;30(2):e49-52. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/IOP.0b013e31829bb288

9. Lechner M, Sutton L, Murkin C, Masterson L, O'Flynn P, Wareing MJ, et al. Squamous cell cancer of the temporal bone: a review of the literature. Eur Arch Otorhinolaryngol [Internet]. 2021;278(7):2225–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s00405-020-06281-4

10. Morandi EM, Rauchenwald T, Puelzl P, Zelger BW, Zelger BG, Henninger B, et al. Hide-and-seek: Neurotropic squamous cell carcinoma of the periorbital region - a series of five cases and review of the literature. J Dtsch Dermatol Ges [Internet]. 2021;19(11):1571–80. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/ddg.14582

Recibido: Julio 31, 2025
Aceptado: Septiembre 15, 2025