



Medicent Electrón. 2026;30:e4578

ISSN 1029-3043

Artículo de Revisión

Queilitis actínica: diagnóstico, estratificación del riesgo y opciones terapéuticas

Actinic cheilitis: diagnosis, risk stratification and therapeutic options

Yanela Figueroa Pérez¹<https://orcid.org/0000-0001-5749-5778>

Bárbara Francisca Toledo Pimentel^{1*}<https://orcid.org/0000-0002-0359-4938>

Ygnacio Paulino Ygualada Correa¹<https://orcid.org/0000-0001-9035-0810>

¹Universidad de Ciencias Médicas de las FAR. Villa Clara. Cuba

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: barbaratpi@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La queilitis actínica constituye un desorden potencialmente maligno que afecta el bermellón del labio inferior y representa la lesión precursora más frecuente del carcinoma escamocelular de labio.

Objetivo: Profundizar en las herramientas disponibles para el diagnóstico, la estratificación del riesgo y el manejo terapéutico de la queilitis actínica.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa entre enero y marzo de 2026 en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Biblioteca Virtual en Salud y Google Académico. Se incluyeron 25 artículos publicados entre enero de 2021 y diciembre de 2025 que abordaran herramientas diagnósticas, de estratificación o



terapéuticas para la queilitis actínica: revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios observacionales y guías clínicas. Dos revisores evaluaron títulos, resúmenes y textos completos de forma independiente. La síntesis fue narrativa.

Conclusiones: La literatura revisada muestra que el diagnóstico clínico de la queilitis actínica puede corresponder a múltiples entidades histopatológicas con diferentes comportamientos biológicos. La gradación de la displasia epitelial presenta alta heterogeneidad entre observadores. Los tratamientos quirúrgicos (bermellectomía, láser de CO₂) muestran las mayores tasas de respuesta y las menores recurrencias. Nuevas alternativas tópicas (fenol-crotón al 1,6 %, ácido tricloroacético al 35 %) han demostrado eficacia en estudios preliminares, mientras que el imiquimod ofrece resultados más discretos. La queilitis actínica conlleva un riesgo real de transformación maligna, aunque la evidencia muestra heterogeneidad en los sistemas de gradación de displasia. La bermellectomía y el láser de CO₂ continúan siendo el estándar de oro. Las nuevas alternativas tópicas resultan eficaces y especialmente útiles en entornos de bajos recursos.

DeCS: queratosis actínica; displasia; terapéutica; revisión.

ABSTRACT

Introduction: actinic cheilitis is a potentially malignant disorder that affects the vermilion of the lower lip and represents the most common precursor lesion of squamous cell carcinoma of the lip.

Objective: to delve into the tools available for the diagnosis of actinic cheilitis as well as risk stratification and therapeutic management.

Methods: a narrative review in PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Virtual Health Library and Google Scholar was carried out between January and March 2026. Twenty-five articles such as systematic reviews, meta-analyses, observational studies and clinical guidelines related to diagnostic, stratification or therapeutic tools for actinic cheilitis and published from January 2021 to December



2025 were included. Two reviewers independently assessed titles, abstracts and full texts. The synthesis was narrative.

Conclusions: the reviewed literature shows that the clinical diagnosis of actinic cheilitis can correspond to multiple histopathological entities with different biological behaviours. The grading of epithelial dysplasia presents high heterogeneity between observers. Surgical treatments (bermellectomy, CO₂ laser) show the highest response rates and the lowest recurrences. New topical alternatives (phenol-croton 1.6%, trichloroacetic acid 35%) have shown efficacy in preliminary studies while imiquimod offers more discreet results. Although evidence shows heterogeneity in dysplasia grading systems, actinic cheilitis carries a real risk of malignant transformation. Vermilionectomy and CO₂ laser remain the gold standard. New topical alternatives are effective and especially useful in low-resource settings.

MeSH: keratosis, actinic; dysplasia; therapeutics; review.

Recibido: 8/03/2026

Aprobado: 16/06/2026

INTRODUCCIÓN

La queilitis actínica (QA) constituye un desorden potencialmente maligno que afecta predominantemente el bermellón del labio inferior, como consecuencia de la exposición crónica y acumulativa a la radiación ultravioleta. Representa la lesión precursora más frecuente del carcinoma escamocelular (CEC) de labio.^(1,2) Se estima que hasta el 95 % de estos carcinomas se originan a partir de lesiones de QA no tratadas, lo que subraya la naturaleza premaligna de esta entidad y su papel como puerta de entrada al cáncer labial.⁽¹⁾



En 2021, más de 1,54 millones de personas en todo el mundo se vieron afectadas por cáncer de labio y cavidad bucal.^(3,4) En Cuba, la mortalidad por estos cánceres ha aumentado en los últimos años; en ambos sexos fue de 8,8 por cada 100 000 habitantes; y ocupa el quinto lugar entre todas las localizaciones.⁽⁵⁾ Estas cifras plantean importantes desafíos para la salud pública, y los expertos proyectan que el número de personas afectadas aumente sustancialmente en las próximas décadas.

La relevancia clínica de la QA radica en que el CEC de labio presenta un comportamiento biológico más agresivo que el carcinoma cutáneo de otras localizaciones. Mientras que el CEC cutáneo tiene una tasa de metástasis cercana al 1 %, el CEC de labio metastatiza en hasta un 11 % de los casos, con rangos reportados entre el 3 % y el 20 %. Esta capacidad metastásica se traduce en una supervivencia global a 5 años inferior al 75 % para los pacientes que desarrollan cáncer de labio, lo que justifica la necesidad de identificar precozmente las lesiones con alto riesgo de transformación y tratarlas de forma oportuna.^(3,4)

El principal factor etiológico de la QA es la exposición crónica y excesiva al sol. También se han asociado la predisposición genética, los fototipos-de piel Fitzpatrick I y II y la inmunosupresión. Los hombres se ven más afectados que las mujeres, probablemente debido al mayor trabajo al aire libre y a la menor utilización de bálsamos labiales protectores y cosméticos faciales con filtro ultravioleta. El tabaquismo, el consumo de alcohol y la mala salud bucal pueden agravar aún más la enfermedad. Los pacientes con QA pueden presentar síntomas como ardor, escozor, dolor y sangrado episódico.^(5,6)

La lesión tiende a confundirse con signos de envejecimiento debido a su evolución lenta y típicamente asintomática. Al examen visual, la QA puede observarse como atrofia labial, pérdida de definición del borde bermellón, erosiones, úlceras, fisuras verticales, pápulas eritematosas y placas con escamas hipoplásicas.^(7,8) Esta revisión tiene como objetivo identificar las herramientas



disponibles para el diagnóstico, la estratificación del riesgo y el manejo terapéutico de la queilitis actínica.

METODOS

Se realizó una revisión entre enero y marzo de 2026 en las bases de datos electrónicas PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Adicionalmente, se exploró la literatura gris mediante Google Académico. La estrategia de búsqueda combinó descriptores y palabras clave de texto libre, adaptados a cada base de datos. Para PubMed se utilizó la siguiente estrategia: «Queilitis actínica» [Mesh] OR «instrumento» OR «índice» OR «puntuación» OR «sistema de puntuación» OR «clasificación» OR «gradación» OR «diagnóstico» OR «terapia» OR «tratamiento» OR «manejo».

Se incluyeron estudios que propusieran, validaran o evaluaran herramientas para el diagnóstico, la estratificación del riesgo o el manejo terapéutico de la QA; revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre aspectos diagnósticos o terapéuticos; estudios observacionales (cohortes, casos y controles transversales) que reportaran datos sobre signos clínicos predictivos, grados de displasia o eficacia de tratamientos; y guías de práctica clínica o recomendaciones de sociedades científicas. Se consideraron publicaciones entre enero de 2021 y diciembre de 2025 en inglés, español o portugués.

Se excluyeron reportes de caso, series de casos con menos de 10 pacientes, estudios que abordaran otras formas de queilitis sin análisis diferenciado de la QA, cartas al editor, editoriales y conferencias sin datos originales.

Dos revisores examinaron de forma independiente los títulos y resúmenes de todos los estudios recuperados. Los artículos potencialmente elegibles fueron evaluados a texto completo. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso o con la participación de un tercer revisor.



La búsqueda inicial recuperó 847 registros. Tras la eliminación de duplicados, se revisaron 623 títulos y resúmenes, de los cuales 98 fueron seleccionados para evaluación a texto completo. Finalmente, 25 estudios cumplieron los criterios de inclusión y fueron incorporados a la síntesis narrativa.

DESARROLLO

El diagnóstico de la queilitis actínica (QA) presenta desafíos significativos documentados en la literatura. Vasilovici y colaboradores,⁽⁹⁾ en su revisión publicada en *Frontiers in Medicine*, señalan que diagnosticar la QA puede ser complicado debido a sus diferentes presentaciones clínicas y enfatizan que se requiere un alto grado de sospecha, especialmente en grupos de alto riesgo. Los autores destacan la importancia de que los odontólogos generales examinen y documenten regularmente los hallazgos extraorales relacionados con los labios como parte de los exámenes dentales rutinarios, y recomiendan la derivación a atención secundaria ante cualquier sospecha.

Esta complejidad diagnóstica se refleja en los hallazgos del metaanálisis de Carneiro y colaboradores,⁽¹⁰⁾ que establece un precedente importante al documentar la prevalencia de los diferentes signos clínicos y su asociación con el carcinoma. Sin embargo, como advierten los autores, no se observó uniformidad en los criterios ni en la clasificación de las características clínicas y microscópicas de las lesiones entre los posibles examinadores, lo que constituye una limitación relevante para la interpretación de los resultados y para el desarrollo de herramientas estandarizadas.

Un estudio destacado en el diagnóstico de la QA es la guía de Shah y colaboradores,⁽¹¹⁾ publicada en el *Journal of Oral Medicine and Oral Surgery*, que aborda una necesidad clínica relevante: el manejo de la QA en el nivel de



atención primaria. Establece criterios claros para el seguimiento y la derivación, proporcionando algoritmos básicos aplicables en la práctica diaria.

Ante la necesidad de estandarizar el manejo de la QA, en los últimos años han surgido diversas propuestas de herramientas clínicas y terapéuticas. Medeiros y colaboradores⁽¹²⁾ desarrollaron el índice clínico para la queilitis actínica (por sus siglas en inglés, CIAC), que constituye un antecedente valioso al demostrar que un índice clínico puro puede ser reproducible. Sus coeficientes Kappa (0,779–0,925) indican una concordancia de buena a muy buena entre examinadores, lo que sugiere que la evaluación clínica estructurada es factible incluso con diferentes niveles de experiencia. Sin embargo, su limitación fundamental radica en no incorporar la confirmación histopatológica, un aspecto que el estudio de Bordini y colaboradores⁽¹³⁾ demuestra como indispensable. Dado que el diagnóstico clínico de QA puede corresponder a múltiples entidades histopatológicas (elastosis solar, liquen simple crónico, queratosis actínica, carcinoma escamocelular), cualquier herramienta que aspire a guiar decisiones terapéuticas debe incluir la biopsia como componente obligatorio.

La conclusión de este estudio es categórica: la QA no constituye un diagnóstico específico; dicho diagnóstico puede ser engañoso en el tratamiento de los pacientes. Este hallazgo tiene implicaciones profundas para la práctica clínica y para el desarrollo de herramientas de decisión. Si el diagnóstico clínico de QA puede corresponder a múltiples entidades histopatológicas con diferentes comportamientos biológicos y necesidades terapéuticas, entonces cualquier herramienta que aspire a guiar decisiones clínicas debe incorporar la confirmación histopatológica como componente obligatorio.

La correcta gradación de la displasia epitelial es fundamental para estratificar el riesgo de transformación maligna. Sin embargo, la literatura muestra controversia sobre cuál es el sistema de clasificación más adecuado. Carneiro y colaboradores,⁽¹⁰⁾ en su metaanálisis, analizaron dos sistemas. Los estudios que utilizaron la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostraron



una prevalencia de displasia leve del 34,2 % (IC95 %: 0,23–0,46), displasia moderada del 27,5 % (IC95 %: 0,18–0,38) y displasia grave del 14,9 % (IC95 %: 0,09–0,23). Los estudios que utilizaron el sistema binario encontraron una prevalencia del 59,9 % (IC95 %: 0,50–0,68) para bajo riesgo y del 40,1 % (IC95 %: 0,31–0,49) para alto riesgo.

No obstante, los autores advierten que, debido a la falta de uniformidad en los criterios de clasificación de la displasia entre los diferentes evaluadores, así como al hecho de que estas gradaciones han cambiado con el tiempo, ambos resultados deben interpretarse con precaución. De hecho, los metaanálisis revelaron altas tasas de heterogeneidad entre los estudios, lo que refleja la dificultad de los patólogos para aplicar consistentemente estos sistemas.^(9,10)

Los datos de heterogeneidad del metaanálisis de Carneiro y colaboradores⁽¹⁰⁾ apoyan esta observación: el sistema binario mostró datos más homogéneos ($I^2 = 23,08$ %) que la clasificación de la OMS (displasia leve: $I^2 = 75,57$ %; displasia moderada: $I^2 = 48,14$ %; displasia severa: $I^2 = 87,25$ %). Sin embargo, los autores de la presente revisión consideran que el sistema de la OMS es más fiable que el sistema binario, ya que contempla la incidencia de cambios citológicos y arquitectónicos en toda la mucosa, mientras que el sistema binario solo cuantifica los cambios independientemente del nivel de afectación. No obstante, se reconoce que para ambos métodos existe evidencia de que una formación adecuada y la notificación consensuada por al menos dos patólogos pueden aumentar la precisión y fiabilidad de las clasificaciones de displasia.

Otro aspecto que genera opiniones distintas en la literatura es la tasa de transformación maligna de la QA. Vasilovici y colaboradores⁽⁹⁾ señalan que las estimaciones oscilan entre el 10 % y el 30 %. El metaanálisis de Carneiro y colaboradores,⁽¹⁰⁾ con 13 estudios y 728 pacientes, encontró una prevalencia del 14 % (IC95 %: 0,09–0,19), una cifra intermedia que representa la estimación más robusta disponible hasta la fecha. Esta variabilidad en las estimaciones (3 %–30



%) refleja las diferencias en las poblaciones estudiadas, los períodos de seguimiento y, posiblemente, los criterios diagnósticos utilizados.

Los autores de esta revisión consideran importante destacar que, a pesar de la controversia, Vasilovici y colaboradores⁽⁹⁾ señalan que las personas que desarrollan carcinoma escamocelular (CCE) labial tienen una tasa de supervivencia mayor que aquellas con otras malignidades de cabeza y cuello, con una supervivencia global a 5 años que oscila entre el 62 % y el 79 %. Este dato, aunque más favorable que el de otros cánceres de cabeza y cuello, resulta preocupante y justifica la necesidad de detección precoz y tratamiento oportuno.

Asimismo, Carneiro y colaboradores⁽¹⁰⁾ afirmaron que la transición de la QA al CCE labial no puede predecirse únicamente por el grado de displasia. Estos investigadores encontraron distintos grados de displasia al examinar la displasia epitelial junto a las malignidades del labio.

Esta observación tiene implicaciones relevantes: una lesión con displasia leve puede malignizar, mientras que una con displasia severa puede no hacerlo. Por lo tanto, cualquier índice que pretenda estratificar el riesgo debe incorporar múltiples variables, no solo el grado histopatológico. El enfoque en la monitorización y en la identificación de cuándo derivar al especialista responde a una pregunta práctica fundamental para el estomatólogo general y el médico de familia. Esta guía se alinea con las recomendaciones de Vasilovici y colaboradores,⁽⁹⁾ quienes señalan que los profesionales también deberían organizar revisiones cada 6 meses para cambios de tejidos blandos, entre las revisiones de atención secundaria del paciente, lo que resultaría en la supervisión de este por un profesional cada 3 meses.

Muse y colaboradores⁽¹⁴⁾ proporcionan datos epidemiológicos fundamentales que enmarcan la relevancia clínica de la QA: el CCE de labio metastatiza en hasta el 11 % de los casos, frente al 1 % del CCE cutáneo, y la supervivencia global a 5 años es inferior al 75 %. Fernández González y colaboradores⁽¹⁵⁾ analizaron la carga por mortalidad del cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en el contexto



cubano, y aportaron una perspectiva iberoamericana que complementa los datos internacionales. Estos autores enfatizan que el diagnóstico tardío empeora el pronóstico, lo que conduce al crecimiento tumoral, la afectación regional de los ganglios linfáticos, la metástasis a distancia y la necesidad de terapia invasiva.

Ante estos resultados, se ha hecho necesaria la búsqueda de herramientas diagnósticas no invasivas como la dermoscopia. La revisión sistemática con metaanálisis de Reis y colaboradores,⁽¹⁶⁾ publicada en el *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, analizó las características dermoscópicas del CCE labial y la QA, que incluyen 11 estudios con 325 pacientes (205 CCE de labio y 122 QA). Los autores concluyen que la dermoscopia ayuda a la detección temprana del CCE y la QA del labio, aunque reconocen que las características superpuestas pueden limitar la distinción precisa entre ambas entidades. Por ello, enfatizan que la confirmación histopatológica es esencial en casos difíciles.

La dermoscopia presenta ventajas importantes: es una herramienta diagnóstica práctica y no invasiva, lo que la hace atractiva para entornos de atención primaria y para el seguimiento de pacientes. Sin embargo, su capacidad para distinguir entre QA con displasia de alto grado y CCE incipiente parece limitada, dado el solapamiento de características.

De Abreu y colaboradores,⁽¹⁷⁾ aunque centrados en el tratamiento, aportan elementos diagnósticos fundamentales a través del índice clínico para el tratamiento y control de la queilitis actínica (por sus siglas en inglés, CITC-AC). Al integrar variables clínicas e histopatológicas para la estratificación del riesgo; este índice representa un avance conceptual significativo. La inclusión de 151 pacientes tratados durante cuatro décadas proporciona una base de datos longitudinal excepcional que permite correlacionar resultados diagnósticos con terapéuticos a largo plazo. Además, documenta que la bermellectomía alcanza un 0 % de recurrencia y 0 % de transformación maligna, posicionándola como el estándar de oro terapéutico para casos avanzados. Este hallazgo es consistente con la revisión sistemática de Bakirtzi y colaboradores,⁽¹⁸⁾ que señalan la



superioridad de los tratamientos quirúrgicos en la prevención de recurrencias y transformación maligna.

La evidencia sobre la ablación láser, aportada por el metaanálisis de Al-Fartwsi y colaboradores,⁽¹⁹⁾ refuerza esta posición: el láser de CO₂ presenta la mayor tasa de respuesta completa (97 %), con un perfil de seguridad favorable al mostrar menos efectos secundarios locales que el láser Er:YAG. Este hallazgo tiene implicaciones clínicas importantes, ya que sugiere que, dentro de las opciones quirúrgicas, el láser de CO₂ podría ser la alternativa más efectiva cuando la bermellectomía no es factible o se prefiere un abordaje menos invasivo.

La criocirugía, descrita por Panagiotopoulos y Loumou⁽²⁰⁾ como un método eficaz y sencillo, ofrece una opción adicional dentro del arsenal quirúrgico, con la ventaja de su simplicidad técnica y bajo costo, lo que la hace particularmente atractiva para entornos de recursos limitados. Sin embargo, la ausencia de datos cuantitativos comparativos en la literatura limita la posibilidad de posicionarla con precisión en la jerarquía terapéutica.

Los tratamientos tópicos presentan un panorama más heterogéneo. El metaanálisis de Al-Fartwsi y colaboradores⁽¹⁹⁾ establece que el imiquimod tiene la menor tasa de recurrencia (0 %) entre todas las opciones evaluadas, lo que lo posiciona como la alternativa tópica más prometedora para prevenir la reaparición de las lesiones. Sin embargo, los ensayos clínicos aleatorizados aportan matices importantes.

El estudio de Garbers y colaboradores,⁽²¹⁾ que compara directamente imiquimod con *peeling* de fenol-crotón, muestra resultados sorprendentes: ninguno de los 18 pacientes tratados con imiquimod alcanzó la eliminación clínica completa a los 56 y 180 días, frente al 94 % en el grupo de fenol-crotón. Esta discrepancia con los datos del metaanálisis puede explicarse por las diferencias en los criterios de respuesta: mientras que Al-Fartwsi y colaboradores⁽¹⁹⁾ agrupan estudios con



diversas definiciones de respuesta, Garbers y colaboradores⁽²¹⁾ utilizaron un criterio estricto de eliminación tanto de leucoplasia como de hiperqueratosis.

En el extremo opuesto del espectro de eficacia, el diclofenaco presenta la tasa de respuesta más baja (53 %) según el metaanálisis de Al-Fartwsi y colaboradores.⁽¹⁹⁾ Este resultado cuestiona la utilidad de este fármaco en el manejo de la QA, especialmente al considerar que otras opciones tópicas o quirúrgicas ofrecen resultados significativamente superiores.

Dos estudios recientes abren nuevas vías terapéuticas con resultados notablemente favorables. El *peeling* químico con ácido tricloroacético (TCA) al 35 %, evaluado por Kuta y Taylor⁽²²⁾ en un estudio de cohorte prospectivo con 11 pacientes, logró remisión clínica en el 100 % de los casos, sin recurrencias durante un seguimiento mínimo de 2 años. Aunque el tamaño muestral es pequeño, la magnitud del efecto y la duración del seguimiento son impresionantes. Los autores destacan que la mayoría de los pacientes requirieron un solo tratamiento y que la tolerabilidad fue aceptable, con efectos secundarios limitados a enrojecimiento e hinchazón transitorios. Este estudio sugiere que el TCA al 35 % podría ser una alternativa eficaz, económica y bien tolerada, particularmente atractiva para entornos de bajos recursos donde el acceso a láser o cirugía puede ser limitado.

Los resultados del *peeling* de fenol-crotón al 1,6 % en el ensayo de Garbers y colaboradores,⁽²¹⁾ con un 94 % de eliminación clínica completa y 72 % de normalización histológica a los 56 días, superan ampliamente al imiquimod, lo que posiciona esta intervención como la más efectiva, potencialmente, entre los tratamientos tópicos. La superioridad histológica es relevante, ya que la normalización de la atipia, la elastosis solar y la hiperqueratosis sugiere que el fenol-crotón no solo elimina clínicamente la lesión, sino que podría revertir el daño actínico subyacente. El periodo de recuperación más corto en comparación con imiquimod (efectos adversos intensos solo el día 7, frente a persistencia hasta el día 21) añade una ventaja en términos de tolerabilidad y cumplimiento.^(23,24)



La combinación de láser Er:YAG fraccionado ablativo con terapia fotodinámica (Er:YAG AFL-PDT), evaluada en el metaanálisis de Al-Fartwsi y colaboradores,⁽¹⁹⁾ mostró una reducción significativa de la recurrencia en comparación con la PDT sola (OR = 0,22). Este hallazgo sugiere que las estrategias combinadas pueden ofrecer ventajas sinérgicas, aunque el costo y la complejidad técnica limitan su aplicabilidad generalizada.

El estudio de Chieng y colaboradores⁽²⁵⁾ sobre injerto de nanograsa abre una línea de investigación completamente nueva. Con siete pacientes con tratamientos previos fallidos, todos experimentaron resolución de síntomas y ausencia de recurrencia durante un seguimiento medio de 23 meses. Aunque se trata de una serie de casos sin grupo control, la novedad del enfoque —basado en células madre— y los resultados en pacientes refractarios justifican una investigación más amplia. Los propios autores reconocen que se trata de una solución alternativa mínimamente invasiva para pacientes con QA persistente, no de un tratamiento de primera línea.

La evidencia sintetizada permite esbozar un algoritmo de decisión terapéutica basado en la severidad de la lesión, los recursos disponibles y las preferencias del paciente:

- **Lesiones de alto riesgo** (displasia grave, carcinoma *in situ*, imagen clínica difusa, recurrencia de terapias previas): la bermellectomía es la opción de elección, respaldada por un 0 % de recurrencia y transformación.
- **Lesiones extensas** sin criterios de alto riesgo: el láser de CO₂ ofrece la mayor tasa de respuesta (97 %) con buen perfil de seguridad.
- **Lesiones localizadas** o pacientes que rechazan cirugía: alternativas tópicas como fenol-crotón al 1,6 % (94 % eliminación) o TCA al 35 % (100 % remisión) muestran resultados excelentes en estudios preliminares.



- **Lesiones de bajo riesgo** o como terapia coadyuvante: el imiquimod puede ser una opción, especialmente por su baja recurrencia, aunque sus resultados son inferiores en comparación directa con fenol-crotón.
- **Pacientes refractarios** con múltiples tratamientos fallidos: el injerto de nanograsa emerge como alternativa de rescate, aunque la evidencia es aún limitada.
- **Entornos de bajos recursos:** opciones como el ácido tricloroacético al 35 % (económico, aplicación en consultorio) o la criocirugía (técnicamente simple, equipamiento mínimo) adquieren especial relevancia.

Es necesario reconocer las limitaciones de la evidencia disponible: los estudios utilizan definiciones variables de respuesta clínica, remisión y recurrencia, lo que dificulta las comparaciones directas. La mayoría de la evidencia proviene de estudios no controlados o series de casos. Pocos estudios ofrecen seguimientos superiores a dos años, lo que impide evaluar adecuadamente la prevención de transformación maligna a largo plazo.

La evidencia actual sobre el tratamiento de la QA muestra un panorama en rápida evolución. Los procedimientos quirúrgicos, especialmente la bermellectomía y el láser de CO₂, mantienen su posición como estándar de oro con las mayores tasas de respuesta y las menores recurrencias. Sin embargo, la aparición de nuevas alternativas tópicas como el fenol-crotón al 1,6 % y el ácido tricloroacético al 35 % ofrece opciones prometedoras, particularmente atractivas para entornos de bajos recursos.

CONCLUSIONES

La queilitis actínica no constituye una entidad clínica homogénea, sino un espectro histopatológico que conlleva un riesgo real de transformación maligna. La evidencia disponible muestra heterogeneidad en los sistemas de gradación de



la displasia, lo que dificulta la estandarización diagnóstica y la estratificación del riesgo.

La bermellectomía y el láser de CO₂ continúan siendo los procedimientos de referencia, respaldados por las mayores tasas de respuesta y las menores recurrencias, que los consolida como el estándar de oro terapéutico.

Las nuevas alternativas tópicas, como el fenol-crotón al 1,6 % y el ácido tricloroacético al 35 %, representan opciones válidas y promisorias, especialmente en entornos de bajos recursos, donde el acceso a cirugía o láser puede ser limitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seoane J, Warnakulasuriya S, Bagán JV, Aguirre-Urizar JM, López-Jornet P, Hernández-Vallejo G, et al. Assembling a consensus on actinic cheilitis: A Delphi study. J Oral Pathol Med [Internet]. 2021 [citado 2026 febr. 27];50(10):962-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33998055/>
2. Suárez Conde Y, de la Cruz García G. Factores de riesgos socio-ambientales asociados al diagnóstico precoz del cááncer de labio en Camagüey. Rev Hum Med [Internet]. 2022 [citado 2026 febr. 27];22(1):12-33. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1405077>
3. Alves-Costa S, Romandini M, Nascimento GG. Lip and Oral Cancer, Caries and Other Oral Conditions: Estimates From the 2021 Global Burden of Disease Study and Projections up to 2050. J Periodontal Res [Internet]. 2025 [citado 2026 febr. 15];60(6):544-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40530949/>



4. Torres-Roman JS, Barron-Cortelezzi L, Vera SO, Quispe-Vicuña C, Rios-Garcia W, Jordan-Beisaga I, et al. Mortality trends for oral and oropharyngeal cancer in Latin American and Caribbean countries, 1997 to 2020. BMC Oral Health [Internet]. 2026 [citado 2026 febr.15];26(1):[cerca de 11 pantallas]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41519734/>
5. Izquierdo Barceló Y, Alfonso Álvarez D, López García D, Salazar Rodríguez Y. Comportamiento clínico y epidemiológico de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2025 [citado 2026 febr. 15];54(3):[cerca de 7 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572025000300007
6. Figueroa Varalta H, dos Santos Bernini J, Delphino KLL, Foratori-Júnior GA, Tostes Oliveira D, Assao A. Queilite Actínica: importância da prevenção e da identificação precoce dos sinais clínicos. RISI [Internet]. 2024 [citado 2026 mzo. 1];1(00):[cerca de 9 pantallas]. Disponible en: <https://revistasau.de.editoraiberoamericana.com/saude/article/view/2>
7. Mattos MV, Honorato J, de Assumpção Leite A, de Oliveira S, Lourenço, S. Queilite actínica ("Lábios de Marinheiro"): uma Revisão para o Clínico. RNO [Internet]. 2023 [citado 2026 mzo.1];50(2):39-45. Disponible en: <https://portaldeperiodicos.marinha.mil.br/index.php/odontoclinica/article/view/5014>
8. Chiriac A, Chiriac AE, Pinteala T, Spinei A, Savin L, Zelenkova H, Wollina U. Angular cheilitis-an oral disease with many facets. Wien Med Wochenschr [Internet]. 2024 [citado 2026 febr. 27];174(15-16):315-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38517608/>
9. Vasilovici A, Ungureanu L, Grigore L, Cojocaru E, Șenilă S. Actinic Cheilitis - From Risk Factors to Therapy. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2022 [citado 2026 febr. 27]; 9:[cerca de 9 pantallas]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8886241/>



10. Carneiro MC, Quenta-Huayhua MG, Peralta-Mamani M, Honório HM, Santos PSDS, Rubira-Bullen IRF, et al. Clinicopathological Analysis of Actinic Cheilitis: A Systematic Review with Meta-analyses. Head Neck Pathol [Internet]. 2023 [citado 2026 febr. 15];17(3):708-21. Disponible en:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12105-023-01543-z>

11. Shah P, Feng Q, Carey B, Diniz-Freitas M, Limeres J, Monteiro L, et al. Actinic cheilitis: guidance on monitoring and management in primary care. J Oral Med Oral Surg [Internet]. 2023 [citado 2026 febr. 15];29(3). [cerca de 8 pantallas]. Disponible en:

https://www.jomos.org/articles/mbcb/full_html/2023/03/mbcb230141/mbcb230141.html#S35

12. Medeiros CK, Lopes ML, Silveira ÉJ, Lima KC, Oliveira PT. Actinic cheilitis: Proposal of a clinical index. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2022 [citado 2026 febr. 15];27(4):310-18. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9271346/>

13. Bordini AL, Guedes NLKO, Lourenço SV, Nico MMS. Lower Lip Lesions in Fair-Skinned Patients: Time to Make Specific Diagnoses Other Than Actinic Cheilitis. Am J Dermatopathol [Internet]. 2025 [citado 2026 febr. 15];47(10):763-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40748716/>

14. Muse ME, Crane JS. Actinic Cheilitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado 2026 febr. 15]. [cerca de 15 pantallas]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551553/>

15. Fernández González L, Peñalvo JL, Humberto Seuc J, Gálvez Medina DM, Martínez Morales MA, Losada Gandarilla D. Carga por mortalidad del cáncer de labio, cavidad bucal y faringe. Finlay [Internet]. 2022 [citado 2025 nov 02];12(4):440-51. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9884911>



16. Reis IA, Oliveira LMLD, Silva FMTDFGD, et al. Dermoscopic features of lip squamous cell carcinoma and actinic cheilitis: A systematic review and meta-analysis. JDDG [Internet]. 2026 [citado 2026 abr. 15];24(2):158-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551553/>
17. de Abreu LM, Medina TDS, Cruz NLMJ, Bullen IRFR, Rubira CMF. Four decades of treatment for actinic cheilitis: Outcomes, challenges, and the introduction of a new clinical index. J Stomatol Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2025 [citado 2026 feb. 15];126(3S):[cerca de 10 pantallas]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39793966/>
18. Bakirtzi K, Papadimitriou I, Andreadis D, Sotiriou E. Treatment Options and Post-Treatment Malignant Transformation Rate of Actinic Cheilitis: A Systematic Review. Cancers [Internet]. 2021[citado 2026 febr. 15];13(13):[cerca de 11 pantallas]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8268797/>
19. Al-Fartwsi M, Petzold A, Steeb T, Djawher LA, Wessely A, Leppert A, Berking C, Heppt MV. Actinic Cheilitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Interventions, Treatment Outcomes, and Adverse Events. Biomedicines [Internet]. 2025 [citado 2026 feb. 15];13(8):[cerca de 14 pantallas]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12383482/>
20. Panagiotopoulos AK, Loumou PN. Cryosurgery for Actinic Cheilitis. En: Pasquali P, editor. Cryosurgery [Internet]. Cham: Springer; 2025 [citado 2026 febr. 15]. p. 249–57. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/394479353_Cryosurgery_for_Actinic_Cheilitis
21. Garbers LEFM, Miola AC, de Souza V, de Castro Brommonschenkel C, Lima FO, Minicucci EM, et al. Efficacy and tolerability of 1.6% phenol-croton peeling vs. topical 5% imiquimod in the treatment of actinic cheilitis: a randomized controlled trial. CED [Internet]. 2025 [citado 2026 feb. 15];50(4):826-35. Disponible en : <https://academic.oup.com/ced/article-lookup/doi/10.1093/ced/llae520>



22. Kuta V, Taylor SM. Trichloroacetic Acid as a Topical Treatment for Actinic Chilitis. OTO Open. 2025 [citado 2026 febr. 15];23;9(2):[cerca de 5 pantallas]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/40416781/>
23. Choi ME, Yang HJ, Jung JM, Lee WJ, Lee MW, Won CH. Spatial Transcriptome Analysis Reveals Factors Involved in Actinic Cheilosis Transformation to Squamous Cell Carcinoma of the Lip. J Invest Dermatol [Internet]. 2026 [citado 2026 febr. 15];146(1):103-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40441289/>
4. Ayen-Rodriguez A, Naranjo-Diaz MJ, Ruiz-Villaverde R. Laser Therapy for the Treatment of Actinic Cheilitis: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado 2026 febr. 15];19(8):[cerca de 21 pantallas]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9028420/>
25. Chieng CY, Mannapperuma N, Sayan A, Ilankovan V. Actinic cheilitis: Do stem cells have a role in its management? A case series. Br J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2025 [citado 2026 febr. 15];63(4):291-97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40118757/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

