

Melanoniquia como manifestación de enfermedad de Bowen subungueal

Melanonychia as Manifestation of Subungueal's Bowens Disease

Teresita Santiago Reyes,¹ Gabriela Martínez Reyes² y Patricia Jiménez Jiménez³

¹ Médico dermatólogo, Servicio de Dermatología, Hospital General de Zona Núm. 20, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Puebla

² Médico patólogo, Servicio de Patología, Hospital San José, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Puebla

³ Médico residente de tercer año, Medicina Interna, Hospital San José, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Puebla

RESUMEN

El diagnóstico de los tumores subungueales es un reto debido a las múltiples variantes clínicas que se pueden presentar. La enfermedad de Bowen, también llamada carcinoma de células escamosas *in situ*, es la neoplasia maligna del aparato ungueal que se presenta con mayor frecuencia. La melanoniquia longitudinal es una manifestación común de lesiones melanocíticas, sin embargo, se han descrito múltiples causas no melanocíticas. Se presenta el caso de un paciente de 42 años que acude con una lesión melanocítica subungueal compatible con enfermedad de Bowen.

PALABRAS CLAVE: melanoniquia, enfermedad de Bowen subungueal, carcinoma de células escamosas *in situ*.

Introducción

La enfermedad de Bowen es un carcinoma de células escamosas *in situ* que puede evolucionar a un carcinoma invasivo. El pico de incidencia es en la séptima década de la vida.¹ La presentación clínica del carcinoma de células escamosas del aparato ungueal es muy variada, lo que dificulta y retrasa su diagnóstico. Se han descrito onicolisis, distrofia ungueal, paroniquia, eritroniquia longitudinal y melanoniquia longitudinal, aunque esta última es una manifestación inusual.²⁻³ La etiología de la enfermedad de Bowen es desconocida, sin embargo, se ha asociado con infección por el virus del papiloma humano, principalmente en epidermodisplasia verruciforme y en trasplantados renales.⁴ Otras causas de la enfermedad de Bowen son exposición crónica a arsénico o alquitran, traumatismo, paquioniquia, exposición a rayos X e infecciones crónicas.⁵ El tratamiento consiste en remover la

ABSTRACT

Diagnosis of subungueal tumors is a challenge given the multiple clinical variants that can occur. Bowen's disease or also called *in situ* squamous cell carcinoma is the most common malignancy of the nail unit. Longitudinal melanonychia is a common manifestation of melanocytic lesions, however there are multiple non-melanocytic causes described. The case of a 42-year-old male patient with a subungueal melanocytic lesion compatible with Bowen's disease is presented.

KEYWORDS: melanonychia, subungueal Bowen's disease, squamous cell carcinoma *in situ*.

lesión, ya sea por intervención quirúrgica o por medios físicos o químicos.

Se expone el caso de un paciente con melanoniquia longitudinal como manifestación de enfermedad de Bowen subungueal.

Descripción del caso

Paciente masculino de 42 años, originario y residente de la ciudad de Puebla, ocupación médico especialista, sin antecedentes crónicos, quirúrgicos, infecciosos o traumatismos de importancia para el padecimiento actual. Acudió a valoración dermatológica por dermatosis de un año de evolución, asintomática y progresiva, la cual inició como una lesión pigmentada a nivel subungueal (figura 1). Durante la exploración física se observó dermatosis localizada que afectaba la placa ungueal del segundo dedo de la mano derecha, constituida por una banda longitudinal

CORRESPONDENCIA

Dra. Teresita Santiago Reyes ■ teresita028@hotmail.com ■ Teléfono: 55 6810 3810
C.P. 76178, Puebla, Puebla



Figura 1. Lesión pigmentada subungueal.

pigmentada de coloración café homogénea que abarcaba desde la cutícula hasta el borde distal de la lámina ungueal (figura 2). Se realizó cultivo micológico y examen directo que resultó negativo, así como biopsia tipo punch de 4 mm a nivel de la matriz y el lecho ungueal (figura 3). El estudio histopatológico reportó epitelio escamoso con hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis, presencia de atipia con hipercromasia, disqueratosis, mitosis atípicas y alteración en la maduración en todo su espesor (figura 4).



Figura 2. Banda longitudinal pigmentada, abarca desde la cutícula hasta el borde distal de la lámina ungueal.

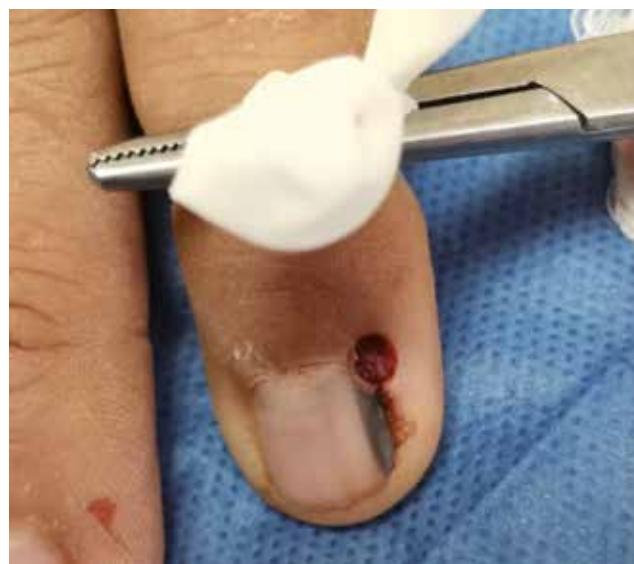


Figura 3. Biopsia tipo punch a nivel de la matriz y el lecho ungueal.

Se concluyó el diagnóstico de enfermedad de Bowen y el paciente fue derivado al Servicio de Oncología quirúrgica para matrizectomía parcial.

Discusión

La enfermedad de Bowen, o carcinoma de células escamosas *in situ*, fue descrita por primera vez en 1912 por J.T. Bowen.⁶ En 1988 Baran y Simon mencionaron por primera vez que la melanoniquia longitudinal puede ser una manifestación clínica de enfermedad de Bowen.⁷ Se ha asociado con infección concomitante con VPH, siendo los

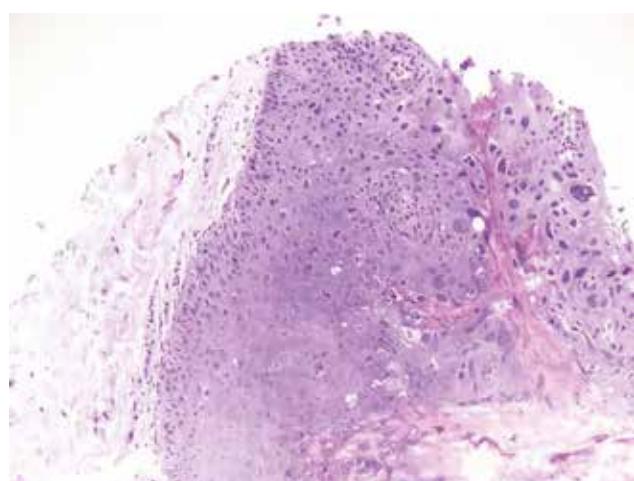


Figura 4. Los cortes histológicos muestran epitelio escamoso con hiperqueratosis, paraqueratosis con núcleo redondo a oval agrandado, acantosis y presencia de atipia con hipercromasia y disqueratosis individual, mitosis atípicas, núcleo hipercromático, pleomórfico y nucléolo prominente, con presencia de vacuolas citoplasmáticas y alteración en su maduración en todo su espesor. Se observa en estroma con leve infiltrado linfocitario difuso.

más frecuentes VPH 16 y VPH 56 (en 2003 se reportó el primer caso de detección de VPH-56 en la matriz ungueal con enfermedad de Bowen).⁴ Se estima que de 3 a 5% de los casos pueden evolucionar a un carcinoma invasor.⁸

Clínicamente, la enfermedad de Bowen ungueal tiene un gran polimorfismo, se pueden presentar lesiones verrugosas, hiperqueratósicas, escamosas, eritematosas, fisuras y costras, las cuales producen distrofia, onicolisis y destrucción o pérdida total o parcial del plato ungueal. El proceso maligno puede desarrollarse en el epitelio del área periungueal, así como en los tejidos subungueales, y con mayor frecuencia se origina en los pliegues o surcos ungueales. El tumor crece lentamente y la duración de los signos y síntomas desde el inicio hasta el momento del diagnóstico ha variado desde varios meses hasta 30 años. Menos de 10% de los casos se puede presentar como melanoniquia longitudinal,⁵⁻⁹ como es el caso de nuestro paciente.

La melanoniquia longitudinal tiene múltiples causas, puede ser de origen melanocítico, como en el caso de melanoma maligno, nevo melanocítico o síndrome de Laugier-Hunziker; de origen no melanocítico, como los hematomas subungueales; pigmentación exógena; exposición ocupacional; medicamentos como minociclina, ciclofosfamida, zidovudina; infecciones bacterianas, fúngicas o pigmentación racial en fototipos altos;¹⁰ aparece hasta en 80% de los afroamericanos, 30% de los japoneses y 50% de los hispanos, incluso puede asociarse melanoniquia a enfermedades sistémicas como enfermedad de Addison, acromegalía y, de manera fisiológica, en el embarazo.¹⁶ En el contexto de la enfermedad de Bowen la ulceración, el sangrado y la formación de lesiones nodulares indican invasión. En menos del 20% de los pacientes se observa afección ósea, que no está asociada con aumento del riesgo de producir metástasis, el cual es bajo.¹⁵ El daño ganglionar sólo se informa en el 2% de los pacientes notificados con carcinoma de células escamosas subungueales.⁵

Los diagnósticos diferenciales incluyen: granuloma piógeno, verruga vulgar, onicomicosis, exostosis, melanoma, tumor glómico, quiste epidermoide, queratoacantoma, fibroma, eccema y osteomielitis crónica.¹⁵ El tratamiento depende de la extensión y la profundidad histológica de la lesión; la escisión local amplia con mactectomía es una técnica adecuada para las lesiones *in situ* con un compromiso menor al 50% de la lámina ungueal.⁵ La cirugía micrográfica de Mohs se considera el estándar de oro del tratamiento, sin embargo, existen otras opcióne

nes como láser CO₂, así como alternativas no quirúrgicas como el uso de 5-fluorouracilo, imiquimod, radioterapia y terapia fotodinámica.¹¹⁻¹⁴

Conclusión

La melanoniquia longitudinal es una causa frecuente de consulta dermatológica que requiere de una valoración adecuada para descartar malignidad. Aun cuando el carcinoma de células escamosas es el principal cáncer del aparato ungueal, la presencia de melanoniquia como manifestación clínica es poco frecuente y puede simular otras patologías no neoplásicas que puede retrasar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morton CA, Birnie AJ y Eedy D, British association of dermatologist's guidelines for management of squamous cell carcinoma *in situ* (Bowen's disease), *Br J Dermatol* 2014; 170:245-60.
2. Hale LI y Dawber R, Subungueal squamous cell carcinoma presenting with minimal nail changes: a factor in delayed diagnosis?, *Australas J Dermatol* 1998; 39:86-8.
3. Domínguez J, Roldán R, Pichardo P, Valente C, Fonte V, Vega M et al, Melanonychia, melanocytic hyperplasia, and nail melanoma in a Hispanic population, *J Am Acad Dermatol* 2008; 59:785-91.
4. Inokuma D, Aoyagi S, Saito N, Maroto M, Homma E, Hamasaki C et al, Bowen's disease of the nail matrix presenting as melanonychia: detection of human papillomavirus type 56, *Acta Derm Venereol* 2009; 89:638-9.
5. Baran R y Richert B, Common nail tumors, *Dermatol Clin* 2006; 24: 297-311.
6. Neubert T y Lehmann P, Bowen's disease: a review of newer treatment options, *Ther Clin Risk Manag* 2008; 4(5):1085-95.
7. Baran R y Simon CI, Longitudinal melanonychia: a symptom of Bowen's disease, *J Am Acad Dermatol* 1988; 18:1359-60.
8. Mikhail GR, Bowen disease and squamous cell carcinoma of the nail bed, *Arch Dermatol* 1974; 110:267-70.
9. Dalle S, Depape L, Phan A, Balme B, Ronger Savle S y Thomas L, Squamous cell carcinoma of the nail apparatus: clinicopathological study of 35 cases, *Br J Dermatol* 2007; 156: 871-4.
10. Braun R, Baran R, Le Gal FA, Dalle S, Ronger S, Pandolfi R et al, Diagnosis and management of nail pigmentation, *J Am Acad Dermatol* 2007; 56:835-47.
11. Lee CT, Tham SN y Tan T, Initial experience with CO₂ laser in treating dermatological conditions, *Ann Acad Med Singapore* 1987; 16:713-5.
12. Jung MY y Lee DY, Successful treatment of periungual pigmented Bowen disease with CO₂ laser, *Br J Dermatol* 2013; 169:722-3.
13. Barad P, Fernandes J y Shukla P, Bowen's disease: a favorable response to imiquimod, *Indian Dermatol Online J* 2014; 5:546-7.
14. Zink BS, Valente L, Ortiz B, Caldas A, Jeunon T y Marques-da-Costa J, Periungual Bowen's disease successfully treated with photodynamic therapy, *Photodiagnosis Photodyn Ther* 2013; 10(4):535-7.
15. Baran R, Bowen's disease and squamous cell carcinoma of the nail unit, *J Egypt Wom Dermatol Soc* 2005; 2:1-8.
16. Trejo JR y González V, Melanonychia longitudinal, *Rev Cent Dermatol Pascua* 2016; 3(25):93-7.