

# Papulosis bowenoide. Revisión del tema

Dr. José Jesús Trejo Ruiz,\* Dra. Rosalía Cancela G\*\*

## RESUMEN

El conocimiento de la papulosis bowenoide es muy importante para el dermatólogo dado que evita tratamientos equivocados e innecesarios al paciente. Se revisan los aspectos clínicos, etiológicos, patogénicos y evolutivos así como la bibliografía.

**Palabras clave:** Papulosis bowenoide.

## ABSTRACT

*The knowledge of the bowenoid papulosis is important for the dermatologist in order to avoid unnecessary and mistaken treatments. The clinical, ethiological, pathogenic and evolutive aspects are reviewed as well as the bibliography.*

**Key words:** Bowenoid papulosis.

## DEFINICIÓN

La papulosis bowenoide es una entidad clinicohistopatológica que se caracteriza por la presencia de lesiones papulosas lisas y/o verrugosas múltiples (excepcionalmente únicas) en zonas genitoinguinales, de tamaño y pigmentación variables, con aspecto clínico benigno que, al examen histopatológico, exhiben características de un carcinoma *in situ* (enfermedad de Bowen).<sup>1,2</sup>

## SINONIMIA

En la mujer:

Carcinoma vulvar multicéntrico *in situ*.  
Carcinoma intraepitelial de vulva.  
Neoplasia vulvar intraepitelial.  
Carcinoma vulvar *in situ*.  
Neoplasia vulvar juvenil.  
Atipia bowenoide de la vulva.  
Atipia vulvar reversible.  
Carcinoma vulvar reversible.  
Displasia bowenoide de la vulva.  
Neoplasia vulvar en la joven.

En el hombre:

Enfermedad de Bowen pigmentada y multicéntrica de los genitales.  
Acantoma multicéntrico bowenoide.  
Carcinoma *in situ* bowenoide.  
Neoplasia intraepitelial del pene.  
Pápulas pigmentadas del pene con cambios de carcinoma *in situ*.<sup>1,2,5,12</sup>

## HISTORIA

La papulosis bowenoide (PB) fue descrita por primera vez en 1970 por Lloyd como "enfermedad de Bowen pigmentada y multicéntrica de las ingles". Friedrich, en 1972, describe en una joven embarazada de 15 años de edad, lesiones papulosas en vulva que sucedieron a una infección herpética en la misma zona, denominando a este cuadro Atipia Vulvar Bowenoide Reversible. En 1973, Skinner tiene la oportunidad de observar una joven con características similares a la presentada por Friedrich un año antes y la única diferencia era que no tenía como antecedente lesión herpética previa. Burkett en 1974 se ocupa de describir una instancia clínica caracterizada por la presencia de placas oscuras en vulva, periné y región perianal. En 1979 Wade y Kopf introducen el término de Papulosis Bowenoide de los genitales que es el que mejor define a esta entidad y es el más aceptado en la actualidad.<sup>1-3</sup>

\* Residente del 3<sup>er</sup> año Dermatología, CDP.

\*\* Jefe del Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual, CDP.

## EPIDEMIOLOGÍA

- Frecuencia: su incidencia es desconocida porque muchas de las verrugas en genitales no son examinadas histológicamente.
- Sexo: en Europa y América, afecta principalmente a hombres mientras en Japón, hombres y mujeres sexualmente activos son afectados por igual.
- Edad: el rango oscila desde 1 a 64 años con una incidencia mayor en la tercera década de la vida.
- Raza: es más común en la raza blanca que en otras razas.<sup>5-7</sup>

## ETIOLOGÍA

Si bien siempre se pensó en una posible etiología viral por las características clínicas, no se había podido demostrar la participación de algún virus por los estudios clásicos de microscopía electrónica, que sólo ocasionalmente detectaban la presencia de partículas virales en las células comprometidas. No fue sino hasta el uso de técnicas de hibridación molecular (técnica altamente sensible para detección de virus) que se pudo demostrar una asociación notable entre la PB y el papilomavirus humano. Se ha encontrado que el PVH 16 es el más frecuentemente asociado a PB, encontrándose entre el 80 y 95% de las lesiones de los pacientes estudiados; los PVH 16, 18 y 33 son considerados como los más oncogénicos. No hay casos descritos en varones que hayan evolucionado a auténticos carcinomas, sin embargo, en mujeres existe una fuerte asociación entre el PVH 16 y el carcinoma cervicouterino. En un pequeño porcentaje de pacientes se han aislado otros tipos de PVH como el 31, 32, 34, 35, 39, 42, 48, 51 y 54; también ha habido ocurrencias ocasionales de infección doble con PVH 16 y 6, este último asociado a condiloma acuminado.<sup>1,2,4,5,11</sup>

## PATOGENIA

Las neoplasias epidérmicas anogenitales se han asociado con supresión específica de células citotóxicas contra PVH 16; también se ha reportado disminución de CD4 que sugiere una relación entre el estado inmunológico alterado, la persistencia de la PB y la posible presencia de infecciones oportunistas. Llama la atención que esta inmunosupresión es más común en mujeres, desconociéndose la causa de este hecho. Basándose en la clínica, hallazgos histopatológicos y de inmunofluorescencia, la papulosis bowenoide puede ser considerada como una infección viral de transmisión

sexual, más que una lesión premaligna. Sin embargo, los pacientes con SIDA asociado con papulosis bowenoide por PVH 16, tienen un mayor riesgo de desarrollar carcinoma de células escamosas.<sup>4,5,9</sup>

## CUADRO CLÍNICO

La papulosis bowenoide afecta preferentemente a individuos jóvenes, sexualmente activos, con igual frecuencia en uno y otro sexo, principalmente en la segunda y tercera década de la vida, siendo el caso más joven descrito en la literatura el de una niña de tres años.

En cuanto a la topografía, en el hombre se ubican en el prepucio y menos frecuentemente en el glande y en la mujer en labios mayores y menores, clítoris, ingles y alrededor del ano.

El aspecto morfológico de las lesiones es de pápulas múltiples, ligeramente elevadas, bien delimitadas, pudiendo ser máculas eritematosas o tener un aspecto verrugoso. Su tamaño es de algunos milímetros hasta un centímetro, de un color que va desde el rojo o rojo violáceo hasta diferentes tonos de café, dependiendo de la hiperpigmentación que tengan. La superficie es regular, a veces con ligera escama o aterciopelada. Generalmente son múltiples, rara vez únicas y pueden coalescer.

La hiperpigmentación es más frecuente en la mujer así como su tendencia bilateral. Las lesiones son asintomáticas, aunque ocasionalmente puede haber prurito. En la localización perianal adoptan aspecto verrucoide, color pardusco y consistencia blanda (*Figura 1*).



**Figura 1.** Papulosis bowenoide, aspecto clínico de lesiones papuloides hiperpigmentadas de aspecto verrugoso en la ingle izquierda.

Gross establece tres tipos clínicos:

1. Mácula eritematosa.
2. Pápula liquenoide pigmentada.
3. Leucoplasiforme.

No existe relación entre el tipo clínico, la localización y el aspecto histopatológico.<sup>1,2,6,9,10,12</sup>

### HISTOPATOLOGÍA

La histopatología muestra todas las características típicas de un carcinoma espinocelular *in situ* o atipia de Bowen. Al comparar la histología de 36 lesiones de papulosis bowenoide y 150 de carcinomas espinocelulares *in situ*, sólo pudieron establecerse pequeñas diferencias entre ambas entidades, que por sí solas hacen muy difícil su diferenciación con la enfermedad de Bowen. Aún así, en papulosis bowenoide es frecuente encontrar hiperqueratosis con focos de paraqueratosis, hipergranulosis, queratinocitos vacuolados, acantosis irregular y ocasionalmente papilomatosis; numerosos queratinocitos contienen mitosis nucleares en el mismo estado de desarrollo, particularmente en metafase, mientras en la enfermedad de Bowen es característica la maduración desordenada, es decir, la displasia. La membrana basal está intacta y en dermis pueden existir infiltrados linfocitarios perivasculares y dilatación capilar y melanófagos en dermis profunda.<sup>1,4-6</sup>

### INMUNOFLUORESCENCIA

Se ha usado antisuero de conejo contra partículas de PVH preparado de verrugas plantares que ha revelado la existencia de antígenos de PVH en los núcleos de queratinocitos en la epidermis de lesiones de papulosis bowenoide.<sup>5</sup>

### EXÁMENES PARACLÍNICOS

Los exámenes de laboratorio habituales han sido reportados dentro de parámetros normales y en los casos en que se han practicado micológicos, éstos han sido negativos.<sup>5</sup>

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El principal diagnóstico diferencial que interesa descartar es el de la enfermedad de Bowen: es importante destacar que en la papulosis bowenoide a diferencia

del carcinoma espinocelular *in situ* clásico, el inicio de las lesiones es en promedio de edad mucho más precoz, hay lesiones múltiples simultáneas en la gran mayoría de los pacientes, su localización preferente es en el prepucio más que en glande, son de pequeño tamaño, son pápulas más que placas, algunas tienen aspecto verrucoso, son asintomáticas, no se ulceran ni sangran y tienden a la remisión espontánea.

La papulosis bowenoide puede confundirse con condilomas acuminados pues clínicamente son semejantes pero el examen histopatológico muestra proliferación de coilocitos.

La eritroplasia de Queyrat aparece en el glande, generalmente en pacientes no circuncidados y característicamente es una placa brillante, eritematosa y elevada que generalmente muestra áreas de ulceración, con tendencia a la cronicidad.

Otros diagnósticos diferenciales incluyen liquen plano, psoriasis, queratosis seborreica y granuloma anular en el que la histopatología establece claramente el diagnóstico final.<sup>1,4,5</sup>

### TRATAMIENTO

El enfoque terapéutico de la papulosis bowenoide ha experimentado un gran cambio gracias a un conocimiento más exacto de esta entidad. En un comienzo y debido al cuadro histopatológico que presenta, había una tendencia al tratamiento quirúrgico agresivo. En el caso de pacientes masculinos consistía en excisiones amplias e incluso falectomía y en mujeres se optaba también por excisiones amplias y vulvectomías parciales o totales con o sin linfadenectomía radical. El paso del tiempo fue demostrando que, independiente de si la cirugía era extensa y mutiladora o conservadora, prácticamente no había recidivas, optándose por ésta última instancia. Por lo tanto, el tratamiento debe ser conservador considerando su alto porcentaje de regresión espontánea y su rarísima progresión hacia carcinoma espinocelular invasor. Al constatar el alto porcentaje de resolución espontánea de lesiones, se fue optando por tratamientos cada vez más conservadores y de éstos se ha usado la excisión simple parcial o total, 5-fluorouracilo tópico, electrocoagulación, crioterapia, laserterapia, retinoides tópicos, interferón alfa, beta y gamma, podofilina y bleomicina intralesional.

La conducta expectante, con controles clínicos y/o biopsias repetidas es también una buena alternativa. Por su alta asociación con neoplasia intraepitelial del cuello uterino es conveniente, tanto en mujeres con papulosis bowenoide como en compañeras sexuales

de pacientes con PB, realizar citología del cuello uterino en forma regular.<sup>4,5,8</sup>

### EVOLUCIÓN

El curso más frecuente de la enfermedad es el de la regresión espontánea en un plazo variable que puede ser tan corto como 2 a 3 semanas o prolongarse por 2 a 3 años, habiendo casos descritos de hasta 10 años de evolución en los cuales el estudio histopatológico no mostró evidencia de carcinoma espinocelular.<sup>1,4,7,10</sup>

### BIBLIOGRAFÍA

1. Lobos B. Papulosis Bowenoide. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1989; 17: 229-233.
2. Díaz J, Gardeazábal J, Zubizarreta J y cols. Papulosis Bowenoide en paciente de SIDA. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1988; 16: 61-65.
3. Jaimovich L, Bermejo I, Zeitlin E. Papulosis Bowenoide. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1983; 11: 89-94.
4. Schwartz R, Janniger C. Bowenoide papulosis. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 261-264.
5. Kimura S. Bowenoid Papulosis of the Genitalia. *Int J Dermatol* 1982; 21: 432-436.
6. Euvrard S, Kanitakis J, Chardonnet Y et al. External Anogenital lesions in Organ Transplant Recipients. *Arch Dermatol* 1997; 133: 175-178.
7. Kao G, Graham J. Bowenoid Papulosis. *Int J Dermatol* 1982; 21: 445-446.
8. Fader D, Stoler M, Anderson T. Isolated extragenital HPV-thirties-group-positive bowenoid papulosis in an AIDS patient. *Br J Dermatol* 1994; 131: 577-580.
9. Feldam S, Sexton M, Glenn J et al. Immunosuppression in men with Bowenoid Papulosis. *Arch Dermatol* 1989; 125: 651-654.
10. Kato T, Saijyo S, Hatchome N et al. Detection of human papillomavirus type 16 in Bowenoid Papulosis and invasive carcinoma occurring in the same patient with a history of Cervical Carcinoma. *Arch Dermatol* 1988; 851-852.
11. Rudlinger R, Grob R, Yu Y et al. Human papillomavirus 35 positive. Bowenoid Papulosis of the anogenital area and concurrent human papillomavirus 35 positive verruca with Bowenoid dysplasia of the periungual area. *Arch Dermatol* 1989; 655-659.
12. Vilata J. *Enfermedades de transmisión sexual*. 1ª ed Barcelona, España: Prous Editores; 1993: 275-279.