

Enfermedad de Bowen. Presentación de un caso clínico

Dra. Virginia Martínez E,* Dr. Alberto Ramos Garibay,**
Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez***

RESUMEN

La enfermedad de Bowen es un carcinoma de células escamosas *in situ* que afecta piel o mucosas y que puede progresar a un carcinoma epidermoide invasor. Se caracteriza por la presencia de neoformaciones que semejan placas eritematosas con escama o hiperqueratósicas localizadas principalmente en áreas expuestas al sol como cabeza, cuello y piernas. Existen varias modalidades de tratamiento, pero cuando el tamaño de la lesión y la localización lo permiten, el mejor es la extirpación quirúrgica. Presentamos el caso de una mujer de 30 años con enfermedad de Bowen con una presentación topográfica poco frecuente y que fue tratada exitosamente con extirpación quirúrgica de la lesión.

Palabras clave: Enfermedad de Bowen, carcinoma epidermoide *in situ*.

ABSTRACT

Bowen's disease is a form of squamous cell carcinoma in situ that affects both skin and mucous membranes and has the potential to progress into invasive squamous cell carcinoma. It is characterized by a persistent, red, scaly or crusted plaque that appears frequently on sun-exposed surfaces such as the head, neck and lower legs. A number of different modalities are available for the treatment, but surgical excision is the best when the lesion's size and location permit such procedure. We report the case of a 30 year-old woman with an uncommon topographic presentation of Bowen's disease that was successfully treated with surgical excision.

Key words: Bowen's disease, squamous cell carcinoma in situ.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Bowen es una expresión clínica del carcinoma *in situ* de células escamosas de la piel¹ que fue descrito originalmente por John T. Bowen en 1912.² Son neoformaciones planas con relieve anfractuoso que semejan placas eritematosas con escama o zonas hiperqueratósicas, de bordes bien definidos y que se extienden en forma centrífuga, afectando piel o mucosas. Tiene el potencial de progresar a un carcinoma epidermoide o de células escamosas infiltrante.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de sexo femenino de 30 años de edad, soltera, comerciante, escolaridad secundaria, originaria y residente del Distrito Federal, quien acudió al Centro Dermatológico Pascua por presentar una dermatosis localizada a extremidad superior izquierda de la que afectaba palma de la mano en el tercio superior de la región del 2° y 3° metacarpianos; constituida por una neoformación plana triangular de 3.9 x 1.5 cm en sus diámetros mayores, bien delimitada, de superficie anfractuosa con queratosis discreta y pigmento café claro uniforme (Figuras 1 y 2). Al interrogatorio refería una evolución crónica, de 10 años, y asintomática. Resto de la piel y anexos sin alteraciones. Se hizo diagnóstico clínico de nevo melanocítico y se decide realizar una biopsia incisional.

* Dermatóloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatopatólogo del CDP.

*** Residente de 2° año Dermatología, CDP.

HISTOPATOLOGÍA

Los cortes muestran una epidermis con hiperqueratosis, áreas de ulceración con depósitos de fibrina y restos celulares. Acanthisis regular moderada a expensas de los procesos interpapilares. Presencia de células espinosas con numerosas atipias: Núcleos grandes e hiper-

cromáticos, disqueratosis y algunas mitosis anormales que no invaden la dermis subyacente, en donde se observa una densa reacción inflamatoria. Vasos dilatados y congestionados. Estos cambios corresponden histológicamente a enfermedad de Bowen (*Figuras 3 y 4*).

EVOLUCIÓN

Con el diagnóstico de enfermedad de Bowen se inició tratamiento con extirpación quirúrgica por tiempos y citas de control periódicas. Hasta el momento se encuen-

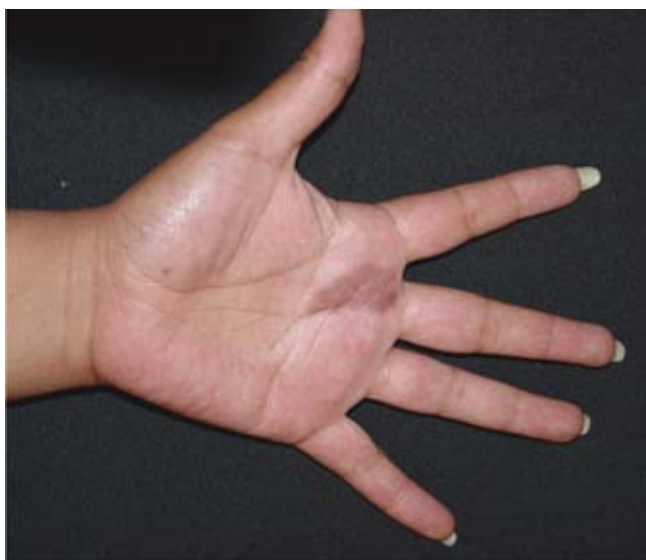


Figura 1. Neoformación plana de forma triangular localizada en palma de mano izquierda de 10 años de evolución.

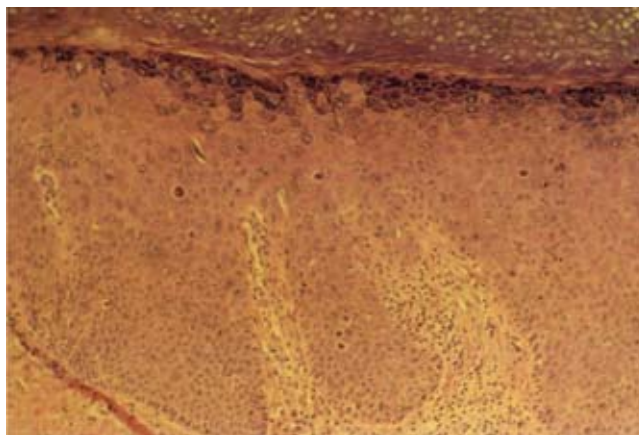


Figura 3. Imagen histológica. Se observa una epidermis acanthisica con atipias a nivel de la capa espinosa (H-E 10X).



Figura 2. Neoformación de superficie anfractuosa con queratosis discreta y con pigmento café claro.

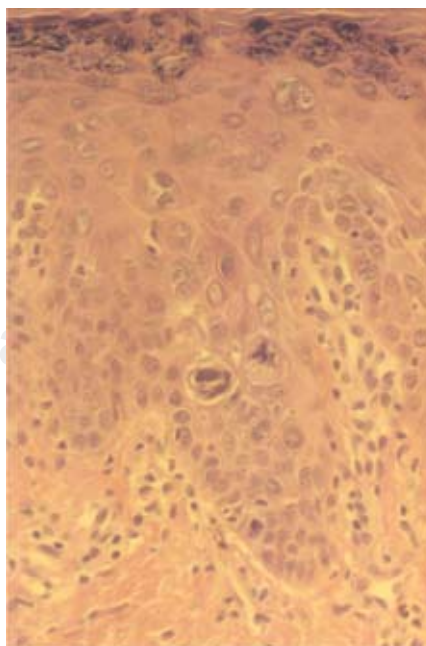


Figura 4. Imagen histológica. Obsérvese el gran pleomorfismo celular de la capa espinosa sin invasión de la dermis subyacente (H-E 25X).

tra sin evidencia de la enfermedad y se mantiene en vigilancia.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Bowen se presenta generalmente en adultos de la séptima década de la vida, rara vez antes de los 30 años de edad y la incidencia es similar en ambos sexos. Las lesiones típicas se describen como neoformaciones que semejan placas eritematosas acompañadas de hiperqueratosis y escama, de bordes bien definidos, crecimiento lento, centrífugo, y pueden ser únicas o múltiples hasta en el 20% de los casos. Existen variantes verrugosas, erosionadas, nodulares y pigmentadas. Aparecen en cualquier parte del cuerpo; sin embargo, existe cierta predilección por las áreas expuestas al sol como: cabeza, cuello y extremidades inferiores, especialmente en las mujeres. La localización en palmas y plantas es rara, así como la variante pigmentada, la cual se ha reportado sólo en el 1.7% de los casos, y en zonas de flexión, perianal o subungueal.

Entre los factores de riesgo involucrados en su etiología encontramos los siguientes: la exposición solar intensa, exposición a arsénico, radiación ionizante, inmunosupresión y la infección por ciertos tipos de VPH, principalmente VPH 16 en los casos de localización en genitales, perianal y periungueal. Puede ser una complicación del tratamiento de la psoriasis con PUVA (psoraleno y radiación ultravioleta).³ La Enfermedad de Bowen se puede desarrollar sobre una queratosis seborreica, poroqueratosis y nevos de Becker preexistentes, de acuerdo a lo reportado en la literatura.

Clínicamente se debe hacer diagnóstico diferencial con dermatitis crónica en placas, psoriasis, liquen plano, carcinoma basocelular superficial y queratosis actínicas. Cuando las lesiones presentan hiperqueratosis pronunciada o son verrugosas difícilmente se diferencian de las verrugas virales, queratosis seborreicas, melanoma amelanótico y el carcinoma epidermoide, mientras que las lesiones pigmentadas pueden confundirse con melanoma maligno. Histopatológicamente debe diferenciarse de la enfermedad de Paget, en la cual no existe disqueratosis.

El riesgo de progresión a un carcinoma epidermoide infiltrante es aproximadamente del 3%, aunque algunas series reportan hasta el 20%; y de éstos sólo un tercio presenta metástasis.

El tratamiento de elección de la enfermedad de Bowen es la cirugía, con una recurrencia del 19% a 5 años con cirugía convencional contra un 6.3% cuando se realiza

cirugía micrográfica de Mohs, principalmente en cara.⁴ Otras alternativas son: la quimioterapia tópica con 5-fluorouracilo e imiquimod, criocirugía, y recientemente la terapia fotodinámica.

La terapia fotodinámica con ácido 5-aminolevulínico es más efectiva que la aplicación tópica de 5-fluorouracilo, con la ventaja de menores efectos adversos y un buen resultado estético; por lo que actualmente se considera un tratamiento de primera línea después de la cirugía.⁵⁻⁷ Otro de los tratamientos prometedores es la aplicación tópica de imiquimod al 5% con la cual se logra una remisión de las lesiones en el 73% de los casos, cuando se compara con placebo, pero aún faltan estudios con mayor tiempo de seguimiento y que evalúen el costo-beneficio.⁸ En casos de lesiones extensas múltiples, pacientes con predisposición a cicatriz queloide y en áreas difíciles de abordaje quirúrgico, además de la terapia fotodinámica también está indicada la radioterapia, con la que se logra una sobrevida de 68% a 5 años, evitando las dosis fraccionadas mayores de 4 Gy por el riesgo de toxicidad, principalmente en extremidades.⁹ La criocirugía, el curetaje con electrocauterio y el uso de láser (CO₂, argón y Nd:YAG) tienen tasas de recurrencia más altas que la cirugía, la terapia fotodinámica y la quimioterapia tópica, por lo que no se recomiendan como primera opción.

Actualmente se recomienda un seguimiento a los 3 meses después del tratamiento definitivo para confirmar que no existan lesiones; posteriormente, dependerá del paciente, es decir, del número de lesiones y de las recurrencias previas; el tiempo que permanecerá en vigilancia estrecha. La recurrencia durante el primer año es del 16%, incrementándose a 31% a los 5 años.¹⁰

COMENTARIO

La enfermedad de Bowen puede considerarse una lesión premaligna por su capacidad, aunque baja, de progresar a carcinoma epidermoide; por lo que es importante su detección y tratamiento oportuno. El caso reportado es una variante clínica rara de la EB, por su localización en palmas y su morfología, la cual no presentaba las características típicas, y sólo una neoformación hiperpigmentada. Sin embargo, la biopsia reveló el diagnóstico y permitió un tratamiento exitoso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weedon D, Strutton G. *Piel patología*. 1a edición. Marbán, España, 2002: 646-647.

2. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 6th edition. McGraw-Hill; 2003; 1: 731-733.
3. Burns T, Breaathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th edition. Blackwell Publishing; 2004; Vol. 2, 36.33-36.35.
4. Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, Richards S, Paver R. Cutaneous squamous carcinoma *in situ* (Bowen's disease): Treatment with Mohs micrographic surgery. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52: 997-1002.
5. Braathen LR, Szeimies RM, Basset-Seguin N et al. Guidelines on the use of photodynamic therapy for nonmelanoma skin cancer: An international consensus. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 125-143.
6. Nayak CS. Photodynamic therapy in dermatology. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2005; 71(3): 155-160.
7. Salim A, Leman JA, McColl JH, Chapman R, Morton CA. Randomized comparison of photodynamic therapy with topical 5-fluorouracil in Bowen's disease. *Br J Dermatol* 2003; 148: 539-543.
8. Patel GK, Goodwin R, Chawla M et al. Imiquimod 5% cream monotherapy for cutaneous squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease): A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 1025-1032.
9. Lukas VanderSpek LA, Pond GR, Wells W, Tsang RW. Radiation therapy for Bowen's disease of the skin. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 2005; 63(2): 505-510.
10. Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for management of Bowen's disease. *Br J Dermatol* 1999; 141: 633-641.