

Caso clínico

Enfermedad de Bowen en la palma. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Maribet González González,* Edna Azucena Gaxiola Álvarez,** Susana Sil Zavaleta***

RESUMEN

La enfermedad de Bowen es un carcinoma espinocelular *in situ* que afecta piel o mucosas y que puede progresar a un carcinoma epidermoide invasor. Presentamos el caso de una mujer de 54 años con enfermedad de Bowen en la región palmar izquierda, la cual fue tratada exitosamente con cirugía.

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

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. We report the case of a 54 year-old woman with Bowen's disease of the palm that was treated successfully with surgical excision.

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

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Bowen fue descrita originalmente en 1912 por John T Bowen.^{1,2} Representa una forma de carcinoma espinocelular *in situ*.³ Afecta la piel y las mucosas y tiene el potencial para progresar a un carcinoma epidermoide invasivo en un 3-11%.^{4,5}

Generalmente, esta enfermedad se presenta en personas mayores de 60 años y no tiene predominio de sexo. Se estima una incidencia de 142 por 100,000 personas.¹

En el Centro Dermatológico Pascua se observó una incidencia de tres casos por cada 10,000 pacientes.

La etiología de esta patología es similar a la de una queratosis actínica.^{6,7} Los factores considera-

dos de riesgo son: piel clara, daño solar crónico, radiación y exposición a arsénico (sustancia que además se encuentra en numerosos medicamentos, tales como las soluciones bromoide y de Fowler, los insecticidas, los fungicidas, e incluso en el agua contaminada). Otros aspectos importantes son la inmunosupresión y la infección por virus del papiloma humano.^{7,8}

Los sitios más comúnmente involucrados son cabeza, cuello y extremidades. En mujeres se presenta principalmente en mejillas y extremidades inferiores; en los hombres compromete la piel cabelluda y los pabellones auriculares. El lado izquierdo del cuerpo es el más afectado y se sugiere que esto se debe a una mayor exposición solar al conducir.⁸

Las topografías poco frecuentes son: palmas, plantas, párpados, conjuntiva, canal auditivo externo, uñas, pezones y ombligo.⁹

Clínicamente se manifiesta como una placa eritematoescamosa, infiltrada, bien definida, de forma y de tamaño variable. En ocasiones pueden sangrar y generar prurito.⁷

La variante pigmentada se observa entre un 1.7 y 5.5% de todos los casos.^{10,11} Las lesiones pueden

* Dermatopatóloga.

** Residente del primer año de Dermatopatología.

*** Residente del tercer año de Dermatología.

ser únicas o múltiples (10-20%) y su crecimiento es lento.

El estudio histológico muestra paraqueratosis. En ocasiones se aprecia pérdida de la capa granulosa y acantosis marcada. En todo el espesor de la capa espinosa y la capa basal existe una desorganización de la arquitectura epidérmica con presencia de células inmaduras. Estas células son grandes y contienen núcleos prominentes, irregulares, con nucléolos y citoplasma abundante; frecuentemente se pueden observar células individualmente queratinizadas, células multinucleadas y mitosis anormales. También el epitelio pilosebáceo puede verse afectado.

La dermis está infiltrada por células inflamatorias crónicas, incluyendo linfocitos, histiocitos y células plasmáticas. Ocasionalmente, el infiltrado dérmico muestra un patrón liquenoide.^{9,12,13}

Mediante inmunohistoquímica, las células tumorales son positivas para panqueratina y para EMA.

El diagnóstico clínico diferencial debe realizarse con carcinoma basocelular, psoriasis, liquen plano, queratosis actínica y queratosis seborreica. Además, la forma pigmentada puede confundirse con melanoma.¹

A nivel histopatológico se debe diferenciar de las queratosis actínicas, enfermedad de Paget extramamaria, melanoma de diseminación superficial y reticulosis pagetoide.

En la actualidad se cuenta con múltiples opciones terapéuticas. La escisión quirúrgica completa se considera la mejor; con la cirugía micrográfica de Mohs se puede preservar el tejido y debe ser considerada para el tratamiento de lesiones recurrentes o de alto riesgo localizadas en el área genital o en las falanges.

Entre otras opciones terapéuticas, se sugiere la aplicación de crioterapia, 5-fluorouracilo e imiquimod al 5%, además de la terapia con rayo láser.

Para elegir el tratamiento adecuado es importante tomar en cuenta tanto las características clínicas del paciente (edad, enfermedades concomitantes, ingesta de fármacos, etc.), como las de la lesión (topografía, tamaño y número).^{7,14}

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente del sexo femenino de 54 años de edad, casada, de ocupación dentista, originaria y residente del Estado de México. Presenta una dermatosis localizada en la extremidad superior izquierda, la cual afecta la palma y de ésta, el pliegue interdigital entre los dedos pulgar e índice. La dermatosis está constituida por una neoformación plana, color café oscuro, de 5 mm de diámetro, con una forma no bien definida, borde



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión que se localiza en región palmar izquierda.

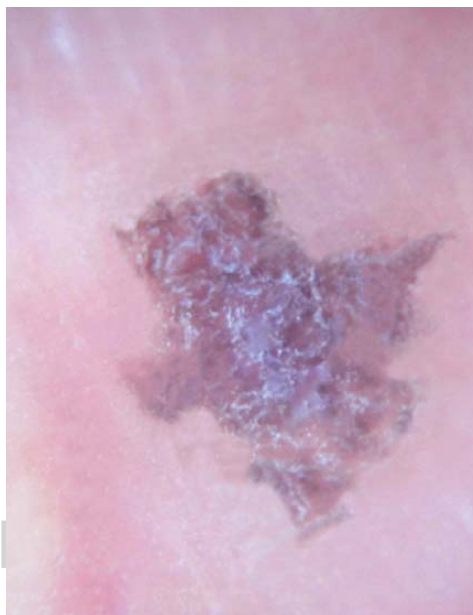


Figura 2.

Epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica (H&E 4x).

bien delimitado, superficie cubierta con una fina escama blanquecina y algunas costras sanguíneas. Refiere una evolución de tres meses y es asintomática (**Figura 1**).

La paciente no ha recibido ningún tratamiento previo. Se decide realizar una biopsia incisional de la lesión, la cual muestra una epidermis con hiperqueratosis ortoque-

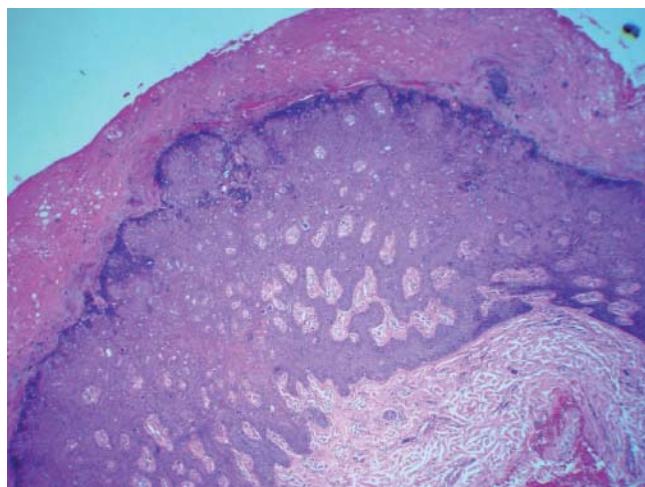


Figura 3. Epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica y acantosis irregular moderada (H&E 4x).

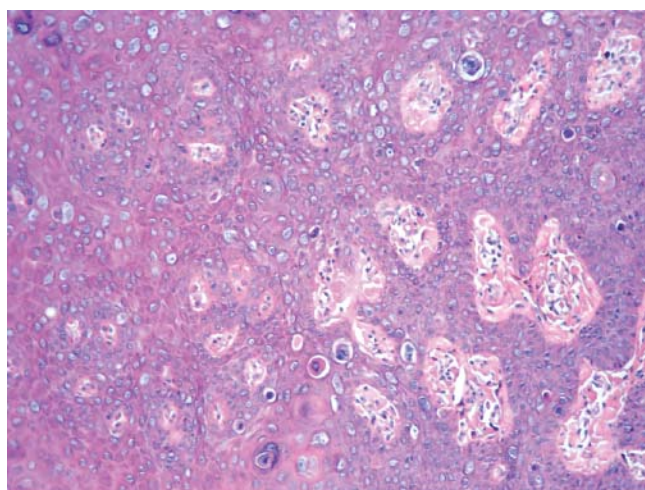


Figura 4. Pérdida de la polaridad celular con presencia de núcleos grandes e hiper cromáticos (H&E 10x).

ratósica y acantosis irregular moderada a expensas de los procesos interpapilares (**Figura 2**). En todo el espesor de la capa espinosa se observa pérdida de la polaridad celular, con núcleos grandes e hiper cromáticos, así como mitosis anormales y células disqueratósicas (**Figuras 3, 4 y 5**). Con lo anterior, se hace el diagnóstico histológico de enfermedad de Bowen. Como tratamiento definitivo se realiza una extirpación quirúrgica amplia. Se interroga a la paciente para descartar antecedentes de arsenicismo o infección por virus del papiloma humano, los cuales son negativos. Seis meses después del procedimiento, la paciente se encuentra asintomática y sin recidiva.

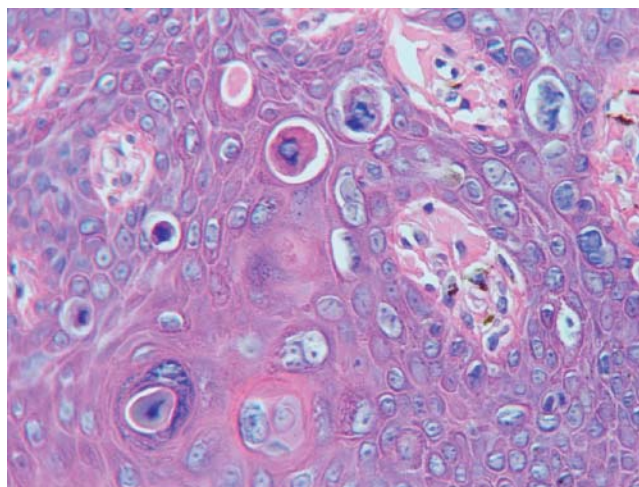


Figura 5. A mayor aumento se aprecian células con núcleos grandes e hiper cromáticos, mitosis anormales y células disqueratósicas (H&E 40x).

COMENTARIO

Existen algunas características peculiares de este caso. Primero, el sitio poco frecuente de presentación; en la serie de casos analizada por Kosard y Rosen (que es la más grande publicada en la literatura) se analizaron 1,001 casos de enfermedad de Bowen y ninguno con lesiones en palmas.¹⁵ Actualmente existen en la literatura cuatro casos reportados con afectación de palmas.^{3-5,11}

En segundo lugar, la morfología no es lo habitual, por lo que fue difícil identificar inicialmente esta patología.

Ante una lesión con las características clínicas ya mencionadas, se debe descartar que se trate de un caso de enfermedad de Bowen, ya que aunque es poco frecuente en dichos sitios, su potencial capacidad de invasión es un riesgo latente.

En estos casos, también se deben descartar exposición crónica a arsénico¹⁶ e infección por virus del papiloma humano.¹¹

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz R, Stoll H. Epithelial precancerous lesions. In: Fitzpatrick T, Freedberg I, Eisen A et al. *Dermatology in general medicine*. 5th edition. New York: McGraw-Hill; 1999: 823-39.
2. Ricotti C, Bouzari N, Agadi A. Malignant skin neoplasms. *Med Clin N Am*. 2009;93: 1241-1264.
3. Sarveswari KN. Bowen's disease of the palm. *International Journal of Dermatology*.1998; 37: 157-158.
4. Hansen J, Dake A, Walling H. Bowen's disease: A four-year retrospective. Review of epidemiology and treatment at a University Center. *Dermatologic surgery*. 2008; 34: 878-883.

5. Cameron A, Rosendahl C, Tschandl P. Dermatoscopy of pigmented Bowen's disease. *Am Acad Dermatol*. 2010; 62: 597-604.
6. Cavicchini S, Turlaki A, Ghislanzoni M et al. Pigmented Bowen disease of the palm: An atypical case diagnosed by dermoscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62(2): 356-357.
7. Shimizu I, Cruz A, Chang K. Treatment of squamous cell carcinoma *in situ*: A review. *Dermatologic Surgery*. 2011; 37: 394-1411.
8. Calonje E, Brenn T, Lazar A. McKees's pathology of the skin. 4th Edition. USA. Elsevier; 2012: 1110-1114.
9. González-Pérez R, Gardeazabal J, Eizaguirre X. Metastatic squamous cell carcinoma arising in Bowen's disease of the palm. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1997; 36: 635-636.
10. Weedon D, Strutton G. Piel patología. 1^a Edición. España: Marbán; 2002: 646-647.
11. Kossard S, Rosen R. Cutaneous Bowen's disease: an analysis of 1,001 cases according to age, sex, and site. *J Am Acad Dermatol*. 1992; 27: 406-410.
12. Martínez-Estrada V, Navarrete-Franco G, Carbajal-Pruneda P. Caso para diagnóstico. Placa costrosa en mano. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2007; 16(1): 41-42.
13. Martínez-Estrada V, Ramos-Garibay A, Morales-Sánchez M. Enfermedad de Bowen. Presentación de un caso clínico. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2007; 16(2): 72-75.
14. W Lever. Histopatología de la piel. Capítulo 6. Séptima ed. Argentina. Lippincott Company; 1990: 516-518.
15. Weyers W. The centennial of Bowen's disease-a critical review on the occasion of the 100th anniversary of its original description. *Dermatopatol Pract Concept*. 2012; 2(4): 2.
16. Chávez J. Eficacia y tolerancia de imiquimod en la crema al 5% en el tratamiento de la enfermedad de Bowen. Seguimiento a nueve años [Tesis]. México DF: Centro Dermatológico Pascua; 2012.

Correspondencia:

Dra. Maribet González González
Dr. Vértiz Núm. 464 esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel: 5519 6351
E-mail: dramaribetgonzalez@hotmail.com