

## Caso clínico

**Enfermedad de Bowen subungueal. Comunicación de un caso**

Karla Moreno Vázquez,\* Pamela Cruz Aguilar,\*\* Rosa María Ponce Olivera\*\*\*

**RESUMEN**

Los tumores subungueales son difíciles de diagnosticar. La enfermedad de Bowen subungueal, que es muy poco común, se manifiesta en diversas formas clínicas. Se trata de una neoplasia precancerosa de origen controvertido y difícil de diagnosticar. Se expone el caso de una paciente de 64 años de edad con una lesión de aproximadamente seis meses de evolución, que no había sido tratada previamente, localizada en el aparato ungueal del primer dedo de la mano derecha y constituida por distrofia longitudinal e hiperqueratosis subungueal central.

**Palabras clave:** enfermedad de Bowen, subungueal, tumores subungueales.

**ABSTRACT**

Subungual tumors are difficult to diagnose. Subungual Bowen's disease is rare, difficult to diagnose, of variable clinical presentation. It is a precancerous neoplasm of controversial etiology. We present a case of subungual Bowen's disease in a 64-year-old female with evolution of six months, localized in the first finger of the right hand, without previous treatment.

**Key words:** Bowen's disease, subungual, subungual tumors.

**D** iagnosticar los tumores subungueales es un reto debido a que muestran múltiples variantes clínicas. La enfermedad de Bowen subungueal es poco común; habitualmente se diagnostica en forma tardía porque, por su apariencia benigna y por su crecimiento lento e indolente, se confunde con diversas afecciones crónicas inflamatorias. El tratamiento consiste en remover la lesión, ya sea por intervención quirúrgica o por medios físicos o químicos. Aquí se expone el caso de una paciente de 64 años de edad con enfermedad de Bowen subungueal, de aproximadamente seis meses de evolución, que no había sido tratada

previamente, localizada en el aparato ungueal del primer dedo de la mano derecha.

**CASO CLÍNICO**

Una paciente de 64 años de edad manifestó una lesión localizada en el aparato ungueal del primer dedo de la mano derecha y que estaba constituida por distrofia longitudinal e hiperqueratosis subungueal central con pérdida de la uña en la porción distal (figura 1). La paciente refirió una lesión asintomática que tenía aproximadamente seis meses de evolución y que no había sido tratada previamente. Se realizó radiografía del dedo afectado y se efectuó una biopsia de la lesión. En el examen histopatológico se encontró un epitelio con acantosis marcada e irregular y con focos de aplanamiento de los procesos interpapilares. En todos los niveles de la epidermis se identificaron queratinocitos francamente desorganizados con núcleos hiper cromáticos y discretamente pleomórficos, con áreas de células gigantes y con algunas mitosis. En las dermis superficial y media se observaron un estroma laxo con material mixoide escaso, numerosos vasos capilares dilatados y áreas de escaso infiltrado linfocitario (figuras 2, 3 y 4).

Después de que se le diagnosticó enfermedad de Bowen subungueal, la paciente decidió consultar a un cirujano de

\* Dermatóloga del Hospital Ángeles del Pedregal, México, DF.

\*\* Dermatóloga del Hospital Regional de Ciudad Madero, Tamaulipas, PEMEX.

\*\*\* Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital General de México, México, DF.

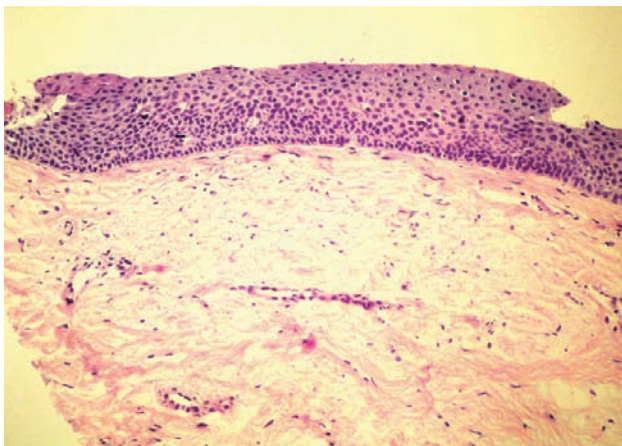
Correspondencia: Dra. Karla Moreno Vázquez. Camino a Santa Teresa 1055, colonia Héroes de Padierna, CP 10700, México, DF. Correo electrónico: karlymv@yahoo.com  
Recibido: diciembre, 2009. Aceptado: febrero, 2010.

Este artículo debe citarse como: Moreno-Vázquez K, Cruz-Aguilar P, Ponce-Olivera RM. Enfermedad de Bowen subungueal. Comunicación de un caso. Dermatol Rev Mex 2010;54(2):89-91.

[www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx)



**Figura 1.** Distrofia longitudinal central con hiperqueratosis en el lecho ungueal y con pérdida del plato en su porción distal.

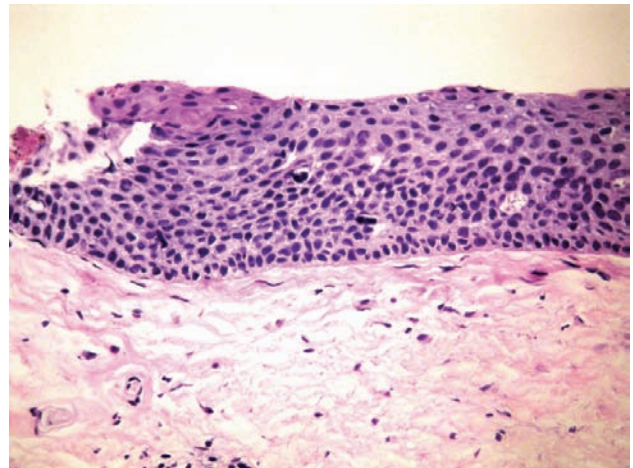


**Figura 2.** Se aprecia la zona debajo de la lámina ungueal. Epidermis con desorganización en todas sus capas y con queratinocitos anaplásicos.

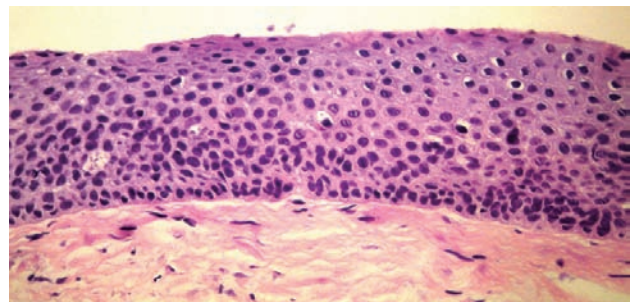
mano para la extirpación quirúrgica de la lesión; actualmente, no hay evidencia de recidiva.

## DISCUSIÓN

Diagnosticar los tumores subungueales es un reto.<sup>1</sup> Se informa de este caso debido a que la enfermedad



**Figura 3.** La desorganización del epitelio es evidente, con queratinocitos multinucleados, con mitosis atípicas y con cantidades variables de citoplasma.



**Figura 4.** Epitelio que en todo su espesor muestra queratinocitos con núcleos pleomórficos y formación de células neoplásicas multinucleadas.

de Bowen en el aparato ungueal es poco común, tiene múltiples manifestaciones clínicas y frecuentemente se diagnostica en forma tardía porque, por su apariencia benigna y por su crecimiento lento e indolente, se confunde con diversas causas crónicas inflamatorias.<sup>2</sup> En 1972 Coskey y col. comunicaron cuatro casos de enfermedad de Bowen en la uña, donde clínicamente se observaban lesiones de aspecto verrugoso, fisuras y ulceraciones que destruían el plato ungueal.<sup>3</sup> La enfermedad de Bowen en el aparato ungueal manifiesta un comportamiento más agresivo.<sup>4</sup>

El origen de la enfermedad de Bowen aún no es muy claro; una probable causa se ha asociado con la infección por virus del papiloma humano tipos 16, 34, 35, 56 y 73.<sup>5-6</sup> Otros factores predisponentes que se han descrito son traumatismo, infección, paroniquia crónica, rayos X, radiación ultravioleta e ingestión de arsénico.<sup>7</sup>

Se ha reportado que la enfermedad de Bowen afecta a hombres entre 50 y 69 años de edad; habitualmente se manifiesta en las uñas primera, segunda y tercera de los dedos de la mano izquierda, la uña del dedo pulgar es la más afectada.<sup>2,8-9</sup> En la mayoría de los casos afecta un solo dedo, pero puede ocurrir en más de uno; en ocasiones, también puede afectar los dedos de los pies.<sup>8,10</sup> Las diferencias entre lo reportado en la bibliografía y nuestro caso son que en éste la enfermedad de Bowen se manifestó en una mujer y la mano afectada fue la derecha.

La lesión puede originarse en el epitelio de la matriz, lecho o pliegues.<sup>11</sup> Clínicamente, la enfermedad de Bowen en la uña tiene un gran polimorfismo: pueden observarse lesiones verrugosas, hiperqueratósicas, escamosas, eritematosas, infecciosas e inflamadas, así como fisuras y costras que producen distrofia, onicolisis, destrucción y pérdida parcial o total del plato ungueal.<sup>2,4,9</sup> Generalmente, no producen dolor.<sup>10</sup> Otras manifestaciones clínicas mencionadas en la bibliografía son melanoniquia y eritroniquia longitudinal,<sup>12-14</sup> así como pseudofibroqueratoma<sup>15</sup> y pseudooncomatoma.<sup>16</sup>

La ulceración, el sangrado y la formación de lesiones nodulares indican inicio de invasión. En menos de 20% de los pacientes se observa afección ósea, que no está asociada con aumento del riesgo de producir metástasis, el cual es bajo.<sup>17</sup>

Los diagnósticos diferenciales incluyen: granuloma piógeno, verruga vulgar, onicomiosis, exostosis, melanoma, tumor glómico, quiste epidermoide, queratoacantoma, fibroma, eccema y osteomielitis crónica.<sup>17</sup>

El mejor tratamiento es la cirugía de Mohs, que permite la adecuada extirpación del tumor y la máxima preservación de tejido sano y de la función. En algunos casos la extirpación quirúrgica puede realizarse con cierre por segunda intención o por colgajos o injertos. La electrocirugía y el nitrógeno líquido son tratamientos alternativos realizados en casos específicos, y por un experto, ya que no permiten el control histológico adecuado de los márgenes del tumor. La radioterapia debe considerarse en lesiones que no puedan researse y es una alternativa antes de realizar una amputación.

Otros tratamientos exitosos son: la terapia fotodinámica con aplicación de ácido 5-aminolevulínico, el láser de

dióxido de carbono,<sup>18</sup> la infusión intraarterial de metotrexato, el imiquimod y el 5-fluorouracilo.<sup>17</sup> En caso de que haya afectación al hueso, es necesaria la amputación de la falange distal.<sup>17</sup>

## REFERENCIAS

- Haneke E, Baran R. Subungual tumours. *Z Hautkr* 1982;57:355-362.
- Usmani N, Stables GI, Telfer NR, et al. Subungual Bowen's disease treated by topical aminolevulinic acid-photodynamic therapy. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:S273-S276.
- Coskey RJ, Mehregan A, Fosnaugh R. Bowen's disease of the nail bed. *Arch Dermatol* 1972;106:79-80.
- Ongena K, Van de Kerckhove M, Naeyaert JM. Bowen's disease of the nail. *Dermatology* 2002;204:348-350.
- Lambiase MC, Gardner TI, Altman CE, et al. Bowen disease of the nail bed presenting as longitudinal melanonychia: detection of human papillomavirus type 56 DNA. *Cutis* 2003;72:305-309.
- Wisenseel P, Prinz J, Korting H. Treatment of paraungual HPV73-positive Bowen disease with imiquimod cream. *Hautarzt* 2006;57:309-310.
- Sau P, Mcmarlin SL, Sperling LC, et al. Bowen's disease of the nail bed and periungual area. A clinicopathologic analysis of seven cases. *Arch Dermatol* 1994;130:204-209.
- Baran R, Dupre A, Sayag J, et al. Bowen's disease of the nail apparatus. Report of 5 cases and review of the 20 cases of the literature. *Ann Dermatol Venereol* 1979;106:227-233.
- Baran R, Richart B. Common nail tumors. *Dermatol Clin* 2006;24:297-311.
- Mirza B, Muir JB. Bowen's disease of the nail bed. *Australas J Dermatol* 2004;45:232-233.
- Mikhail GR. Bowen's disease and squamous cell carcinoma of the nail bed. *Arch Dermatol* 1974;110:267-270.
- Saijo S, Kato T, Tagami H. Pigmented nail streak associated with Bowen's disease of the nail matrix. *Dermatologica* 1990;181:156-158.
- Baran R, Simon C. Longitudinal melanonychia: a symptom of Bowen's disease. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:1359-1360.
- Baran R, Perrin C. Longitudinal erythronychia with distal subungual keratosis: onychopapilloma of the nail bed and Bowen's disease. *Br J Dermatol* 2000;143:132-135.
- Baran R, Perrin C. Pseudo-fibroqueratoma of the nail apparatus: a new clue for Bowen's disease. *Acta Derm Venereol* 1994;74:449-450.
- Baran R, Perrin C. Bowen's disease clinically simulating an onychomatoma. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:947-949.
- Baran R. Bowen's disease and squamous cell carcinoma of the nail unit. *J Egypt wom Dermatol Soc* 2005;2:1-8.
- Gordon KB, Garden JM, Robinson JK. Bowen's disease of the distal digit: outcome of treatment with carbon dioxide laser vaporization. *Dermatol Surg* 1996;22:723-778.