

Enfermedad de Bowen perianal recidivante. Reporte de un caso

Gayne Ruby Medina-Murillo,* Ulises Rodríguez-Wong**

RESUMEN

La enfermedad de Bowen perianal es poco común, que corresponde a una disqueratosis maligna o neoplasia epidermoide intraepitelial, que permanece mucho tiempo en un estado pre-invasivo. Dentro de las modalidades de tratamiento, la escisión local amplia con límites de sección quirúrgica libres de neoplasia es la que parece tener el menor índice de recurrencias. No obstante, el paciente debe someterse a un protocolo de seguimiento ante la posibilidad de recurrencia local.

Palabras clave: Dermatosis perianales, Enfermedad de Bowen, Enfermedad de Bowen Perianal, carcinoma epidermoide in situ, carcinoma perianal.

ABSTRACT

The Perianal Bowen's disease is slightly common, that corresponds to a malignant dyskeratosis or epidermoid intraepithelial neoplasia, that remains a lot of time in a pre-invasive state. Inside the modalities of treatment, the local wide split with free limits of surgical section of neoplasia is the one that seems to have the minor index of recurrences. Nevertheless, the patient must surrender to a protocol of follow-up before the possibility of local recurrence.

Key words: Perianal dermatosis, Bowen's disease, Perianal Bowen's disease, squamous-cell carcinoma in situ, perianal carcinoma.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Bowen es una disqueratosis maligna o neoplasia epidermoide intraepitelial, que permanece mucho tiempo en un estado pre-invasivo. Fue descrita en 1921 por John T. Bowen, habitualmente es una lesión persistente y progresiva, aunque también puede haber progresión parcial de la lesión, algunos estudios sugieren que el riesgo de aparición de carcinoma invasivo es de 3%.

Como factores predisponentes se ha asociado a la ingesta de arsénico y puede ser una lesión paraneoplásica asociada con tumores viscerales o epitelomatosis múltiple. El daño solar crónico, la radioterapia y el virus de papiloma humano (HPV), especialmente el HPV 16, son otros factores etiológicos.^{1,2}

Se reporta un caso de enfermedad de Bowen perianal atendido en la Torre Médica Tepic de la Ciudad de México y en el Centro Médico Dalinde.

REPORTE DEL CASO

FMA, paciente del sexo femenino, de 84 años de edad, casada, originaria de Xalapa, Veracruz y residente de la

Ciudad de México, D.F.; dedicada a las labores del hogar. Con el antecedente de haber sido intervenida quirúrgicamente por resección de enfermedad de Bowen perianal cinco años antes, con confirmación histológica de la lesión y límites de sección quirúrgica libres de neoplasia. Presentaba además hipertensión arterial sistémica, controlada con antihipertensivos. Hábitos higiénicos y dietéticos adecuados; gestaciones 3, partos 3.



Figura 1. Enfermedad de Bowen con borde eritemato-violáceo y escamas.

* Dermatóloga. Torre Médica Tepic, Ciudad de México.

** Coloproctólogo. Centro Médico Dalinde.

Inició su padecimiento actual cuatro meses antes de su atención inicial con prurito perianal de predominio nocturno, el cual se fue incrementando en intensidad y frecuencia. A la exploración física, al acudir a la consulta, se encuentra a una paciente del sexo femenino de edad aparente igual a la cronológica, con cifras de tensión arterial de 140/110 mm de Hg, área cardiaca y campos pulmonares dentro de límites normales, el abdomen blando depreible con ruidos peristálticos presentes, de frecuencia e intensidad normales.

A la exploración proctológica, a la inspección, se observa una placa ovalada, hipocrómica con bordes eritemato-violáceos, bien delimitados, de aproximadamente 4 x 2 cm de diámetro, de localización anterior derecha, en situación radiada con respecto al orificio anal (Figura 1). El tacto rectal con tono del esfínter anal discretamente disminuido, sin masas anormales. A la anoscopia se detectan hemorroides internas grado I y a la rectosigmoidoscopia rígida de 25 cm, no se detectaron alteraciones.

Sus exámenes de laboratorio preoperatorios se encontraron dentro de límites preoperatorios y su valoración cardiológica preoperatoria fue Goldman II. Fue intervenida quirúrgicamente en el Centro Médico Dalinde, realizándose la resección total de la lesión, con un margen quirúrgico de 0.5 cm; se realizó cierre directo del área cruenta con puntos separados con sutura absorbible (Figuras 2-4). Envío la pieza quirúrgica a estudio histopatológico definitivo, el cual reportó: Carcinoma epidermoide *in situ* (Enfermedad de Bowen) sin lesión en bordes ni lecho quirúrgicos (Figuras 5 y 6).

La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria, con adecuada cicatrización de la herida quirúrgica, siendo dada de alta de la consulta externa de la Torre Mé-



Figura 2. Resección de enfermedad de Bowen perianal.



Figura 3. Lecho quirúrgico de resección de enfermedad de Bowen, con bordes libres de lesión.



Figura 4. Cierre de la herida quirúrgica con puntos separados.

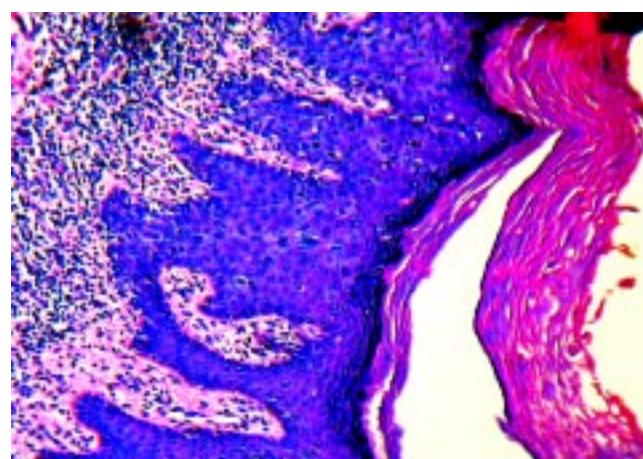


Figura 5. Aspecto histológico de la enfermedad de Bowen a mediano aumento.

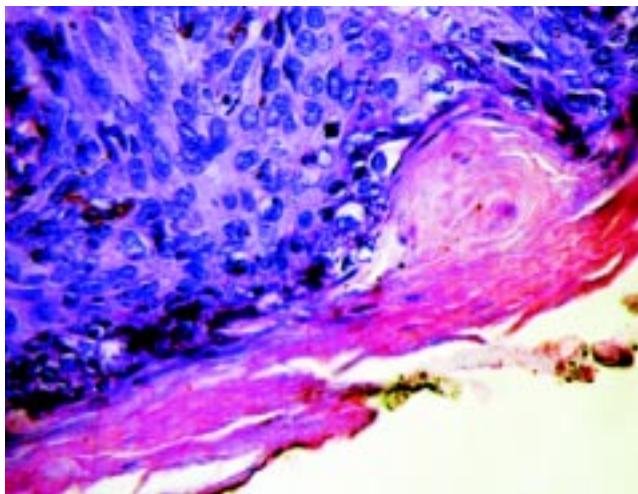


Figura 6. Aspecto de la lesión a mayor aumento.

dica Tepic, un mes después de la intervención quirúrgica. En su primer control de seguimiento a los tres meses la paciente se encontró asintomática y sin lesión.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Bowen es rara antes de los 50 años de edad y predomina en el sexo femenino en una proporción de 1.3 a 1. Corresponde a un verdadero carcinoma de piel, cáncer epidermoide *in situ*, pero su comportamiento es el de una dermatosis precancerosa. Puede asociarse con neoplasias en otros órganos como en vulva, cérvix, pulmón, estómago, colon, piel, vejiga y melanomas.³ Generalmente inicia con una pápula, la cual es imperceptible para el paciente hasta que la lesión está completamente instalada, el prurito está presente en 50% de los casos. Su evolución es lenta, persistente y progresiva y 25% se relaciona con cáncer visceral. El riesgo de aparición de cáncer invasivo es de alrededor de 3%. Las lesiones por enfermedad de Bowen periorificiales tienen una gran tendencia a recidivar, como ocurrió en el caso que aquí se reporta.

Se debe hacer diagnóstico de esta enfermedad con entidades como la psoriasis, nerodermatitis, leucoplaquia, enfermedad de Paget extramamaria, moniliasis, dermatitis seborreica, carcinoma basocelular superficial, liquen escleroatrófico y eccema crónico.³

El diagnóstico de este padecimiento se sospecha ante las lesiones inespecíficas en la región perianal y se confirma con el estudio histológico de la lesión; sin embargo, su hallazgo puede ser incidental después de realizar una hemorroidectomía o la resección de verrugas perianales.^{1,4}

Desde el punto de vista histopatológico, la epidermis es reemplazada por queratinocitos anormales, con desór-

denes en la maduración y pérdida de la polaridad, es característica la transición abrupta de piel normal a una zona engrosada de células disqueratósicas; existe además acantosis epidérmica y la membrana basal se conserva íntegra. Las células de Paget se tiñen con la técnica del ácido peryódico de Schiff, en tanto que los queratinocitos anormales de la enfermedad de Bowen no reaccionan con este colorante.

Se han descrito diversas modalidades de tratamiento entre las que se encuentran la escisión local, electrofulguración, 5 fluorouracilo tópico, imiquimod, electrodisección, cirugía con láser, cirugía micrográfica de Mohs, cirugía radical y radioterapia.

La escisión local con márgenes suficientes sigue siendo el tratamiento de elección, Scoma y Levy recomiendan la realización de múltiples biopsias por congelación durante la operación para determinar la extensión de la escisión local.⁵ La utilización tópica de 5-fluorouracilo y dinitroclorobenceno es una buena alternativa en los pacientes en quienes la cirugía no es posible, también se ha sugerido el uso de inmunomoduladores como el imiquimod.⁶ La cirugía de Mohs permite la realización de una resección bajo control de biopsias transoperatorias hasta la completa resección de la lesión. La cirugía utilizando el bisturí CO₂ láser se ha agregado como una de las modalidades terapéuticas.⁴ En los casos con enfermedad más avanzada se recomienda la realización de cirugía amplia con radioterapia.^{7,8} Beck y Fazio señalan que en la enfermedad de Bowen perianal la escisión local amplia es la forma de tratamiento más adecuada⁹ y la que realizan el mayor número de cirujanos, según Cleary¹⁰, realizando el cierre directo de la herida o bien utilizando colgajos cutáneos.

En una extensa revisión de 299 pacientes, con 406 lesiones correspondientes a enfermedad de Bowen de diversas localizaciones, Hansen¹¹ encontró que la modalidad de tratamiento más empleada fue la resección elíptica (27%), seguida por la cirugía micrográfica de Mohs (20%). El total de recurrencias histológicas fue de 4%, siendo la crioterapia la técnica que tuvo mayor número de recidivas con 13.4%, en tanto que los menores índices de recidivas se observaron con la cirugía micrográfica de Mohs (6.3%) y con la escisión elíptica (5.5%). En los casos de enfermedad de Bowen de localización perianal el índice de recurrencias parecer ser mayor; Sarmiento¹ reporta un índice de recurrencia de 16% al año de haberse realizado el tratamiento y de 31% a los cinco años. Marchesa¹² en un estudio de 47 pacientes reporta un índice global de recidiva de 38.2 (18 pacientes), la recurrencia con escisión local amplia fue de 23.1%, con escisión local de 53.3% y con vaporización con CO₂ láser de 80%; el tiempo promedio de recurrencia fue de 38.5 meses. En otra revisión de 46



pacientes con enfermedad de Bowen anal, Brown¹³ encontró recurrencia en 12 de 19 pacientes en los cuales se demostró histológicamente que la resección de la lesión había sido incompleta y recurrencia en 2 de 15 pacientes en los cuales se había demostrado histológicamente que la resección había sido completa. Margenthaler¹⁴ señala que la escisión local amplia en la enfermedad de Bowen perianal permite un excelente control local de la enfermedad; sin embargo, éste depende de manera muy estrecha de que los márgenes de resección se encuentren libres de neoplasia; en su serie de 25 pacientes, dos tuvieron recurrencia después de que en la pieza de resección los márgenes eran positivos para neoplasia y un paciente tuvo recurrencia no obstante que los márgenes de resección se encontraban libres.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Bowen perianal es una enfermedad poco común, que corresponde a una disqueratosis maligna o neoplasia epidermoide intraepitelial, que permanece mucho tiempo en un estado pre-invasivo. Existen diversas modalidades de tratamiento, entre las que se encuentran la escisión local amplia, la escisión local, la cirugía micrográfica de Mohs, la crioterapia, la cirugía y vaporización con láser CO₂, el curetaje con electrofulguración, la radioterapia, la utilización de 5-fluorouracilo tópico, el dinitroclorobenzeno y el imiquimod. La tasa de recurrencias parece ser menor cuando se emplea la escisión local amplia y cuando los límites de sección quirúrgica se encuentran libres de neoplasia; no obstante, el paciente debe someterse a un programa de seguimiento ante la posibilidad de recurrencia.

REFERENCIAS

1. Sarmiento JM, Wolff BG, Bugart LJ, Frizelle FA, Ilstrup DM. Perianal Bowen's disease: associated tumors, human papillomavirus, surgery, and other controversies. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(8): 912-8.
2. Rodríguez-Wong U, Medina-Murillo GR. Virus de papiloma humano y carcinoma epidermoide anal. *Rev Hosp Jua Mex* 2006; 73(2): 51-5.
3. Ruiz-Healy F, Pimentel-Chagoya G, Rodríguez-Wong U, Vargas de la Cruz J. Enfermedad de Bowen Perianal. Reporte de un caso. *Rev Inst Nal Cancerol* 1989; 35: 923-6.
4. Marfing TE, Abel ME, Gallagher DM. Perianal Bowen's disease and associated malignancies: results of a survey. *Dis Colon Rectum* 1987; 30(10): 782-5.
5. Bertagni A, Vagliasindi A, Ascari Reccagni A, Valmori L, Verdecchia GM. Perianal Bowen's disease: a case report and review of the literature. *Tumori* 2003; 89(Supl. 4): 16-8.
6. Scoma JA, Levy EI. Bowen's disease of the anus: Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1975; 18(2): 137-40.
7. Quan SH. Anal and para-anal tumors. *Surg Clin Nth Am* 1978; 58(3): 591-603.
8. Hohm WH, Jackman RJ. Anorectal squamous-cell carcinoma: Conservative or radical treatment? *JAMA* 1964; 188: 241-4.
9. Beck DE, Fazio VW. Premalignant lesions of the anal margin. *South Med J* 1989; 82(4): 470-4.
10. Cleary RK, Schaldenbrand JD, Fowler JJ, Schuler JM, Lampman RM. Perianal Bowen's disease and anal intraepithelial neoplasia: review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1999; 42(7): 945-51.
11. Hansen JP, Drake AL, Walling HW. Bowen's Disease: a four-year retrospective review of epidemiology and treatment at a university center. *Dermatol Surg* 2008; 34(7): 878-83.
12. Marchesa P, Fazio VW, Oliart S, Goldblum JR, Lavery IC. Perianal Bowen's disease: a clinicopathologic study of 47 patients. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(11): 1286-93.
13. Brown SR, Skinner P, Tidy J, Smith JH, Sharp F, Hosie KB. Outcome after surgical resection for high-grade anal intraepithelial neoplasia (Bowen's disease). *Br J Surg* 1999; 86(8): 1063-6.
14. Margenthaler JA, Dietz DW, Mutch MG, Birnbaum EH, Kodner IJ, Fleshman JW. Outcomes, risk of other malignancies, and need for formal mapping procedures in patients with perianal Bowen's disease. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(10): 1655-60.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Gayne Ruby Medina-Murillo
Tepic 113-611,
Col. Roma Sur
C.P. 06760, México, D.F.
Tel.: 5264-8267