

Enfermedad de Bowen palmar

Bowen disease of the palms

Patricia Güere ^(1,2), Lucía Bobbio ⁽²⁾, Martín Huamán ^(1,2)

RESUMEN

La enfermedad de Bowen es una forma de carcinoma escamocelular de la piel y de la mucosa que afecta pacientes adultos mayores de 60 años siendo raros los casos reportados antes de los 30 años. Se caracteriza por una placa escamosa de crecimiento lento y progresivo principalmente en áreas expuestas a radiación solar como cabeza, cuello y tronco. Se presenta el caso de un paciente de 20 años con lesión en palma de mano que se inicia hace 10 años, en quien se diagnostica Enfermedad de Bowen, recibe tratamiento con imiquimod con evolución favorable.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Bowen, palma de mano, adulto joven, imiquimod.

Dermatol Perú 2010; 20(1) 49-53

ABSTRACT

Bowen's disease is a form of squamous cell carcinoma of the skin and mucosa that affects adults over 60 reported cases being rare before age 30. It is characterized by scaly plaque slow and progressive growth mainly in areas exposed to solar radiation as the head, neck and trunk. A case of a patient of 20 years with palm of hand injury that started at 10 years, who was diagnosed with Bowen's disease, treated with Imiquimod with favorable results.

KEY WORDS: Bowen's Disease, palm of hand, young adult, Imiquimod

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Bowen es una forma de carcinoma escamocelular intraepidermal descrito por primera vez por J. T. Bowen en 1912 ⁽¹⁾. La epidemiología fue revisada por estudios extensos como el de Kossard y Rosen que en 1992 estudia 1001 casos de la enfermedad ⁽²⁾

Afecta principalmente a adultos mayores de 60 años, es muy rara la presentación antes de los 30 años, con igual incidencia entre hombres y mujeres. Esta enfermedad típicamente muestra placa única, aunque en 10 a 20 % puede ser múltiple, con aspecto eritematoso, superficie descamativa con borde bien demarcado e irregular, asintomática, de crecimiento lento y progresivo, puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, la mayoría ubicada en tronco, cabeza y cuello, siendo palmas y

¹ Médico Residente de Dermatología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima Perú

Recibido: 17-12-09

Aceptado: 09-01-10

plantas una ubicación poco común. Entre los factores de riesgo para esta enfermedad se incluyen daño solar crónico, radiación, y exposición a arsénico, inmunosupresión e infección por Virus del Papiloma Humano. (2)

La evolución es lenta, solo 3 a 5 % pueden mostrar metástasis, y 5 a 20 % muestra conversión a carcinoma espinocelular invasor. (3)

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 20 años, procedente del cercado de Lima, estudiante universitario, acude a nuestro servicio, por lesión en palma de mano izquierda, que aparece aproximadamente hace 7 años, de



FIGURA 1: Placa hiperpigmentada en palma de mano izquierda.

crecimiento lento, asintomática. Niega enfermedades anteriores, niega lesión previa en área de palma de manos.

Al examen físico se observa paciente en buen estado general. Se aprecia placa hiperpigmentada en región hipotenar de mano izquierda, bordes definidos, superficie rugosa, coloración marróncea, de 15 mm, única (Figura 1). Resto de examen físico no contributorio.

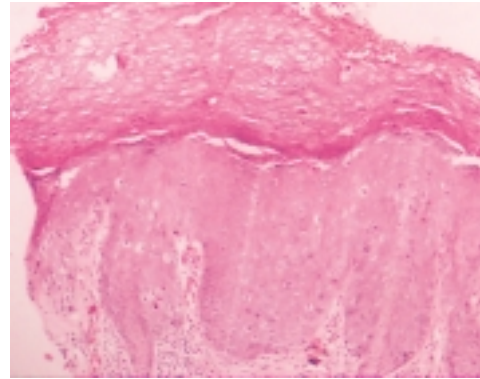


FIGURA 2: Paraqueratosis, hiperplasia epidérmica con queratinocitos atípicos H-E, 20 X.

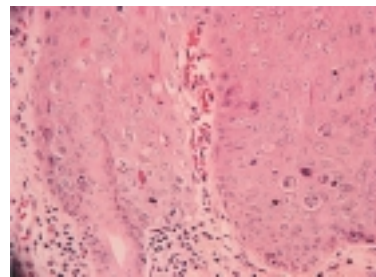


FIGURA 3: Queratinocitos disqueratósicos en todas las capas de la epidermis incluso rodeando glándula anexa H-E 40X.

Se realizó biopsia e histopatología de la lesión la cual muestra hiperqueratosis, paraqueratosis, con hiperplasia epidérmica, depósitos de pigmento en dermis superficial. A mayor aumento la epidermis muestra células disqueratósicas con núcleos hipercromáticos en todas sus capas además de escasas mitosis. (Figuras 2-3).

Otros exámenes realizados: Hemograma completo el cual no mostró alteraciones, glucosa en 82 mg/dl y ELISA VIH no reactivo.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Bowen es un tipo de carcinoma intraepitelial in situ, considerado dentro de las lesiones pre-cancerosas queratinocíticas, junto con la queratosis actínica, la queratosis arsenical, eritroplasia de Queyrat, y la papulosis bowenoide (4); a pesar de que en los diferentes reportes sólo

3 a 5% de los casos de Enfermedad de Bowen evolucionan hacia un carcinoma invasor. Ocurre con igual incidencia en ambos sexos, principalmente en ancianos siendo rara la presentación en menores de 30 años, con una incidencia anual aproximada de 15 x 100 000 pacientes en el Reino Unido ⁽³⁾.

Los factores de riesgo relacionados con la enfermedad son: exposición a radiación solar, radiación ionizante, arsénico, inmunosupresión (infección por el VIH, post trasplantados, usuarios de corticoides) y virus como el del papiloma humano (VPH), este último relacionado a lesiones de áreas no expuestas a radiación solar⁽⁵⁾. La presentación típica es como placa eritematosa de crecimiento lento y progresivo de bordes bien delimitados, superficie descamativa principalmente en áreas expuestas al sol como cabeza, cuello y tronco; en mujeres se ha encontrado mayor incidencia en extremidades inferiores. ⁽²⁾

La enfermedad de Bowen en áreas poco comunes como palmas, plantas, perianal y uñas se ha registrado en pacientes adultos jóvenes, relacionado con algún tipo de inmunosupresión, injuria crónica o dermatosis crónica, infección por el virus del papiloma humano. ⁽⁶⁾

En la bibliografía revisada sobre enfermedad de Bowen localizada en mano, Starke en 1972, reporta un caso de lesión en mano en un paciente de 29 años, quien tenía diagnóstico de Linfoma de Hodgkin ⁽⁷⁾. Kettler en 1990, reporta que según su experiencia la Enfermedad de Bowen en palmas y plantas estaría asociada a VPH especialmente tipo 16 hallado en el 60% de los casos, ocurriría en pacientes jóvenes, de raza negra, con lesiones verrucosas e hiperqueratósicas ⁽⁸⁾. Drake y col., reportan las variaciones encontradas en un estudio

en pacientes con Enfermedad de Bowen entre pacientes inmunocompetentes e inmunocomprometidos concluyendo que estos últimos presentan la Enfermedad de Bowen a menor edad, con lesiones múltiples, de tipo recurrente en áreas de tronco y extremidades ⁽⁵⁾. En 1997 Gonzales Pérez y col. reportan el caso de un carcinoma espinocelular sobre Enfermedad de Bowen en palma de mano en un paciente de 52 años con historia de exposición a arsénico, el cual sostiene mayor riesgo de metástasis comparado con el carcinoma espinocelular que surge de una queratosis actínica ⁽⁹⁾.

En el caso de nuestro paciente un joven universitario de 20 años sin ninguna comorbilidad, con lesión asintomática en palma de mano, que muestra crecimiento lento y progresivo a lo largo de 7 años, estaría dentro de los casos no comunes de la enfermedad de Bowen, tanto por la ubicación y la edad de presentación. Se indagó en la anamnesis sobre lesiones preexistentes, inmunosupresión y exposición a arsénico sin encontrarse un antecedente de importancia. Un caso similar fue registrado por Firooz en el 2007 en Irán en una mujer de 20 años sin ninguna comorbilidad, que presentó lesión hiperpigmentada en pulpejo de dedo de mano que imitaba un melanoma, siendo diagnosticada por biopsia como una Enfermedad de Bowen ⁽¹⁰⁾.

En cuanto a la elección del tratamiento se debe tomar en cuenta la localización, el tamaño y espesor de la lesión. Estos tratamientos van desde la observación de la lesión, terapia tópica y cirugía. La observación se recomienda en ancianos con lesiones en áreas de muy pobre curación como piernas. Entre los tratamientos tópicos se encuentra el 5-fluoruracilo aplicado 2 veces al día por 9 semanas, imiquimod 5% una vez al día por

16 semanas. Entre los procedimientos con buenos resultados están la crioterapia por ciclos de 30 segundos separados por algunas semanas con recurrencias de hasta de 10%, electrocauterización con recurrencias de hasta 20 %, escisión quirúrgica muestra recurrencias de hasta 5%, Terapia fotodinámica, laser y radioterapia. En el caso de nuestro paciente según las guías clínicas publicadas en el 2006 por la asociación de dermatólogos británicos recomiendan por ser una lesión pequeña en un área de difícil cicatrización el uso de terapia fotodinámica. Nuestro paciente recibe tratamiento con imiquimod y acude a sus controles, mostrando evolución favorable de la lesión⁽³⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cox N, Eedy D, Morton C. Guidelines for management of Bowen disease. Br J Dermatol 1999; 141: 633-41.
2. Hansen I, Ashley D, Walling H. Bowen Disease: A Four Year Retrospective Review of Epidemiology And Treatment at a University Center. Dermatol Surg 2008; 34: 878-83.
3. Cox N, Eedy D, Morton C. Guidelines for management of Bowen disease: 2006 update. Br J Dermatol 2007;156:11-21
4. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffel D. Fitzpatrick's, Dermatology in General Medicine, 7th Edition 2008, chapter 113.
5. Drake A, Walling H, Variations in presentation of squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease) in immunocompromised patients. J Am Acad Dermatol 2008;59:68-71
6. Shimizu A, Tamura A, Abe M, Motegi S, Nagai Y, Ishikawa O, et al. Detection of human papillomavirus type 56 in Bowen's disease involving the nail matrix. Br J Dermatol 2008; 158: 1273-9.
7. Starke W. Bowen's disease of the palma associated a Hodgkin's Lymphoma. Cancer 1972, 30: 1315-8
8. Kettler A, Rutledge M, Tschen J, Buffone G. Detection of human papillomavirus in nongenital Bowen's disease by in situ DNA hybridization. Arch Dermatol 1990;126:777-81.
9. Gonzales Perez R, Gardeazabal J, Eizaguirre X, Diaz Perez J. Metastatic squamous cell carcinoma arising in Bowen's disease of the palm. J Am Acad Dermatol 1997; 36:635-6.
10. Firooz A, Farsi N, Rashighi-Firoozabadi M, Gorouhi F. Pigmented Bowen's Disease of the Finger Mimicking Malignant Melanoma. Arch Iranian Med 2007; 10:255-7.

Correspondencia para el autor:

Dra. Patricia Güere Salas
E-mail: pattygueres@yahoo.es