

# ENFERMEDAD DE BOWEN DEL LECHO UNGUEAL

## Informe de un Caso

Santacoloma Osorio, Germán

### RESUMEN

Se informa el caso de un hombre de 67 años, con onicólisis parcial y ulceración del lecho y pliegue ungueal lateral del 4o. dedo de la mano izquierda, tratado durante tres años como onicomycosis. La biopsia evidenció enfermedad de Bowen del lecho ungueal. Se manejó quirúrgicamente con amputación de la falange distal.

**Palabras clave:** Uña, Enfermedad de Bowen, Carcinoma escamocelular.

### INTRODUCCION

La enfermedad de Bowen es un carcinoma escamocelular in situ de la piel y membranas mucosas.<sup>1</sup>

Jhon T. Bowen en 1912,<sup>2</sup> fue el primero en describir la entidad como una dermatosis precancerosa al hallar histológicamente una característica proliferación epitelial atípica. Posteriormente, ha sido considerada una neoplasia intraepitelial cutánea, la cual puede ocurrir en áreas expuestas y no expuestas al sol, con tendencia a crecer lenta pero progresivamente sobre un largo período de tiempo y con un riesgo del 3% al 5% de evolucionar a un carcinoma escamocelular invasivo.<sup>3</sup>

Su localización en el lecho y áreas periungueales es rara. En 1972 Coskey y colaboradores<sup>4</sup> describieron cuatro casos y al revisar la literatura mundial, de los veinte casos anteriores, sólo encontraron un caso publicado por Pardo-Costelo en 1960.<sup>5</sup> Posteriormente se han publicado aproximadamente 150 casos.

### HISTORIA CLINICA

Hombre de 67 años de edad, natural y procedente de Viterbo, Caldas, agricultor, con lesión ulcerativa en región ungueal del cuarto dedo de la mano izquierda, asintomática, de tres años de evolución. Durante este tiempo fue tratado en varias oportunidades como un proceso micótico. Al examen físico presentaba onicólisis parcial, con ulceración del lecho y pliegue ungueal lateral. (Fig. No. 1). No se palpaban adenopatías regionales.



Fig. No. 1.

Con impresiones diagnósticas de Enfermedad de Bowen, carcinoma escamocelular y melanoma maligno amelanótico, se tomó biopsia incisional.

La histopatología demostró acantosis con prominente atipia que comprometía el grosor completo de la epidermis, se apreciaban queratinocitos disqueratóticos, pleomórficos, algunos con núcleos gigantes y numerosas figuras mitóticas. En un extremo del espécimen se observaban proyecciones del proceso neoplásico hacia la dermis. (Figs. Nos. 2 y 3), hallazgos diagnósticos de Enfermedad de Bowen del lecho ungueal con posible invasión. Una radiografía de la falange fue normal.

El caso fue evaluado en un comité de tumores del Hospital de Caldas y se decidió manejo quirúrgico con amputación de la falange distal.

### DISCUSION

Algunos autores prefieren no usar el término de enfermedad de Bowen para el carcinoma escamocelular in situ localizado bajo la placa ungueal, porque no siempre es fácil separar el carcinoma in situ del carcinoma invasivo en esta localización, y una biopsia que muestre enfermedad de Bowen no excluye la posibilidad de invasión en otras áreas de la lesión; por esto consideran juntos la enfermedad de Bowen y el carcinoma escamocelular invasivo como "carcinoma epidermoide del aparato ungueal".<sup>6</sup>

Se han citado el arsénico, el trauma y la paroniquia crónicos como posibles factores etiológicos. La exposición a rayos X se ha asociado con una presentación polidactilar de la enfermedad.<sup>7</sup> La infección por virus del papiloma humano es considerado el factor más común para su desarrollo y específicamente los tipos 16-34-35 han sido detectados en carcinoma

Germán Santacoloma Osorio, Residente III Dermatología Universidad de Caldas.

Correspondencia: Germán Santacoloma Osorio, M.D. Carrera 23 No. 51-139 (302). Tel.: 852 774. FAX: 845 211 Manizales, Caldas.

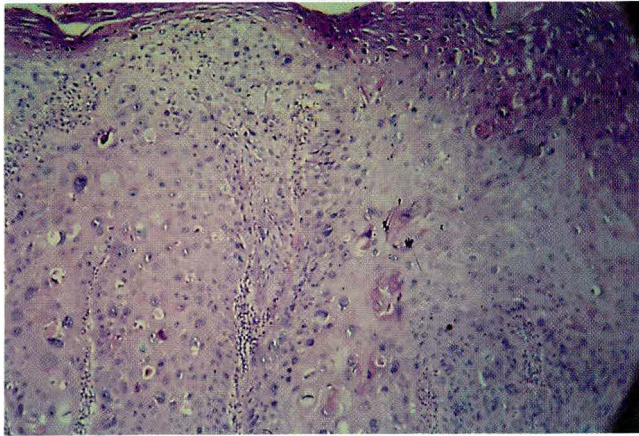


Fig. No. 2.

epidermoide in situ e invasivo<sup>8,9</sup>; este hallazgo ha hecho pensar en la posibilidad de transmisión genital-digital del virus, o si la neoplasia puede ser el producto de transformación maligna de verrugas.

La entidad ha sido informada entre los 20 y 90 años de edad, pero con una mayor incidencia entre la 5a. y 6a. décadas. Tiene un crecimiento lento y la duración de los signos y síntomas desde su inicio hasta el momento del diagnóstico fluctúa entre varios meses hasta 18 años. Los dedos de las manos son significativamente afectados con mayor frecuencia que los de los pies, siendo los pulgares el sitio más común.<sup>6</sup>

Su presentación clínica es muy variable y esto depende en gran parte si está localizado en el área periungueal o en los tejidos subungueales. El compromiso periungueal incluye crecimiento hiperqueratósico o papilomatoso; erosión, descamación y fisuración de los pliegues; inflamación periungueal por proliferación tumoral profunda o infección secundaria. La lesión subungueal se puede presentar con onicolisis y pérdida parcial de la placa ungueal, mostrando hiperqueratosis o ulceración del lecho ungueal; la placa puede hacerse distrófica o perderse totalmente, lo cual indica que el proceso maligno se ha desarrollado en la matriz ungueal; más recientemente se ha publicado una forma con apariencia de melanoniquia longitudinal.<sup>10</sup> Se puede presentar dolor localizado intenso. La presencia de nodularidad, ulceración, o sangrado pueden ser indicativos de invasión. El compromiso óseo es visto en menos del 20% de los casos,<sup>11</sup> y las metástasis son muy raras. El proceso puede clínicamente semejar una amplia variedad de desórdenes infecciosos, inflamatorios o neoplásicos como onicomycosis, verrugas vulgares, tuberculosis verrucosa, granuloma piógeno, exostosis subungueal, tumor glómico, queratocantoma subungueal, y melanoma maligno amelanótico.<sup>8</sup>

El diagnóstico está basado en los hallazgos histopatológicos, los cuales son idénticos a los de la enfermedad localizada en otras áreas de la piel, con una epidermis mostrando atipia en todo su espesor, completa desorganización en su arquitectura, pérdida de maduración y falta de polaridad de las células, con extensión hacia la dermis cuando se hace invasivo, pero conservando las características citológicas del tumor intraepidérmico.<sup>12</sup>

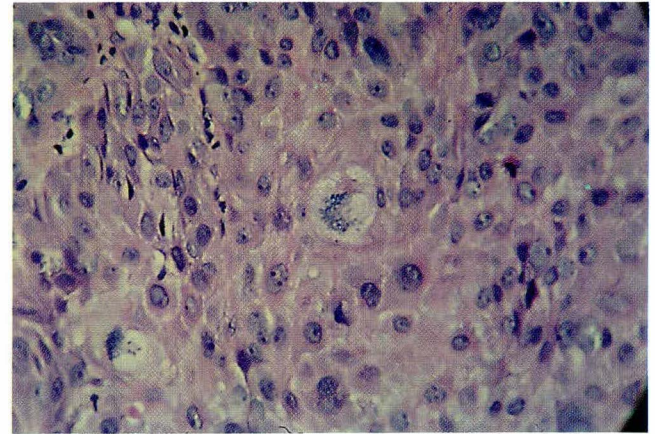


Fig. No. 3.

La mejor modalidad terapéutica es la cirugía micrográfica de Mohs, la cual ofrece una total excisión con máxima preservación de tejido normal y función.<sup>13</sup> La cirugía excisional puede ser utilizada en algunos casos con remoción completa del aparato ungueal, y la criocirugía ha dado buenos resultados en algunos pacientes.<sup>14</sup>

## SUMMARY

The case of a 67 year old man, who presented partial onycholysis and ulceration of the lateral nail fold and nail bed of the left fourth finger is reported. He was treated for three years for onychomycosis. A biopsy showed Bowen's Disease from the nail bed. Treatment was amputation of the distal phalanx.

Key words: Nail, Bowen's disease, Squamous cell carcinoma.

## BIBLIOGRAFIA

1. Wade TR, Ackerman AB. The many faces of squamous cell carcinomas. *J Dermatol Surg Oncol.* 1978; 4: 291-294.
2. Bowen JT. Precancerous Dermatoses: A study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation. *J Cutan Dis* 1912; 30: 241.
3. Kao GF. Carcinoma arising in Bowen's Disease. *Arch Dermatol* 1986; 122: 1124-1126.
4. Coskey RJ, Mehregan A, Fosnaugh R. Bowen's Disease of the nail bed. *Arch Dermatol* 1972; 106: 79-80.
5. Pardo-Castello V, Pardo CA, eds. Diseases of the nail. Springfield, Ill. Charles C Thomas Publisher 1963; 88-91.
6. Baran R, Dawber RPR. Diseases of the nails and their management. Second Edition. London, Blackwell Scientific Publications 1994: 431-435.
7. Baran R, Gormley D. Polydactylous Bowen's Disease of the nail. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17: 201-204.
8. Sau P, Mcmarlin S, Sperling L, et al. Bowen's Disease of the nail bed and periungueal area: A clinicopathologic analysis of seven cases. 1994; 130: 204-209.
9. Guitart J, Bergfeld WF, Tutthill RJ, et al. Squamous cell carcinoma of the nail bed: A clinicopathological study of 12 cases. 1990; 123: 215-222.
10. Baran R, Eichmann A. Longitudinal melanonychia associated to Bowen disease. *Dermatology* 1993; 186: 159-160.
11. Salasche SS, Garland LD. Tumour of the nail. *Dermatol Clin* 1985; 3: 501-519.
12. Lever WF, Schaumburg G. Histopathology of the skin. Seventh Edition. Philadelphia. Lippincott 1990: 549-552.
13. Mikhail G. Subungueal Epidermoid carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 1984; 11: 666-669.
14. Dawber RPR, Colver GB, Jackson A. Cutaneous Cryosurgery. 1st Edition. London, Martin Dunitz 1992; 78-82.