Caso clínico
Dermatol Rev Mex 2021; 65 (4): 612-616.

Dermatología
Revista mexicana

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i4.6614

Manifestación atípica de enfermedad de Bowen ungueal

Atypical presentation of subungual Bowen's disease.

Abril de María Ayala-Ortiz,[1] Rocío Tovar-Franco,[2] Hiram Aguilar-Ugalde,[3] Araceli Barrera-Jácome[4]

Resumen

ANTECEDENTES: La enfermedad de Bowen ungueal es considerada un carcinoma de células escamosas *in situ*, es poco frecuente, de origen controvertido y de difícil diagnóstico por sus diversas manifestaciones clínicas.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 37 años, que acudió a nuestra unidad por tener una mancha localizada en al aparato ungueal que afectaba el primer dedo de la mano derecha y el tercer dedo de la mano izquierda, de cuatro meses de evolución y asintomática. La biopsia reportó enfermedad de Bowen ungueal. Se realizó resección quirúrgica de ambas lesiones y reparación por segunda intención.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Bowen ungueal es infrecuente y debido a sus numerosas variedades clínicas, puede confundirse con lesiones benignas. Entre los diagnósticos diferenciales debe considerarse también la naturaleza maligna. Asimismo, ante la duda, siempre debe hacerse confirmación histológica para establecer el diagnóstico temprano y logar un buen resultado funcional y cosmético.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad ungueal; enfermedad de Bowen; carcinoma epidermoide.

Abstract

BACKGROUND: *Bowen nail disease is considered a squamous cell carcinoma* in situ, *it is a rare and difficult disease to diagnose due to its various clinical presentations.*

CLINICAL CASE: *A 37-year-old male who came to our unit due to a spot located on the nail apparatus, affecting the first finger of the right hand and the third finger of the left hand of four months of evolution and asymptomatic. The biopsy reported Bowen nail disease. Surgical resection of both lesions was performed, with closure by second intention and repair with placement of a hydrocolloid dressing.*

CONCLUSIONS: *Bowen nail disease is infrequent and due to its multiple clinical varieties; it is common to confuse with benign lesions. It is important to have in mind the diagnostic suspicion despite the rare nature of this location, and when in doubt, always carry out histological confirmation. All this, with the aim of making an early diagnosis to achieve a better aesthetic and functional result.*

KEYWORDS: *Nail disease; Bowen disease; Squamous cell carcinoma.*

[1] Residente de Dermatología.
[2] Dermato-oncóloga adscrita.
[3] Dermatóloga adscrita.
[4] Dermatopatóloga adscrita.
Unidad de Especialidades Médicas, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Ciudad de México.

Recibido: marzo 2021

Aceptado: marzo 2021

Correspondencia
Abril de María Ayala Ortiz
admao1991@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Ayala-Ortiz AM, Tovar-Franco R, Aguilar-Ugalde H, Barrera-Jácome A. Manifestación atípica de enfermedad de Bowen ungueal. Dermatol Rev Mex 2021; 65 (4): 612-616.

Dermatología
Revista mexicana

ANTECEDENTES

La enfermedad de Bowen es un carcinoma de células escamosas *in situ* de la piel, su aparición en el aparato ungueal es poco frecuente. Afecta predominantemente a hombres entre 50 y 69 años de edad.[1]

Su causa aún no está bien definida; sin embargo, se considera que ocurre como consecuencia de inflamación, infección o lesiones crónicas y recurrentes, ya sea debido a traumatismos, exposición al arsénico, radiación ionizante, paroniquia crónica, radiación ultravioleta y parece estar asociada también con la infección por el virus del papiloma humano (VPH), sobre todo los serotipos 16, 34, 35, 56 y 73.[1,2]

Ikenberg y su grupo[3] informaron por primera vez en 1983 que el VPH se correlacionaba con la enfermedad de Bowen digital y genital. Ohishi y colaboradores[4] examinaron pacientes con diagnóstico histológico de enfermedad de Bowen asociada con el aparato ungueal durante siete años, y encontraron siete muestras a las que se les realizó amplificación por PCR del ADN del VPH, demostrándose éste en 7 de 7 muestras; los tipos de VPH identificados fueron de alto riesgo para la mucosa (16, 33, 52, 56 y 59).[3-7]

Se cree que existe una transmisión digital-genital por la autoinoculación del VPH desde los genitales a los dedos, lo que resulta en la aparición de EBAU. Por tanto, en el interrogatorio deben considerarse los antecedentes de enfermedad de Bowen digital y genital en el paciente o en la pareja sexual.[5,6,7]

Comunicamos el caso de un paciente masculino de 37 años con enfermedad de Bowen de localización ungueal, lo que es una manifestación muy poco frecuente descrita en la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 37 años, sin antecedentes médicos de importancia, valorado en nuestro servicio por una dermatosis que afectaba los pliegues ungueales proximales del dedo medio de la mano izquierda y el dedo índice de la mano derecha, constituida por dos manchas hipercrómicas de color gris-violáceo de 2 a 3 mm de diámetro, de límites irregulares, asintomáticas, de cuatro meses de evolución. **Figura 1**

Ante la existencia de una lesión pigmentada en el aparato ungueal, se le realizó biopsia incisional de piel en el dedo índice de la mano derecha, con sospecha clínica de mancha posinflamatoria. El estudio histopatológico reportó hiperqueratosis compacta, epitelio acantósico con ensanchamiento y anastomosis de los procesos interpapilares (**Figura 2A**), además de desorganización de los queratinocitos que afectaba toda la capa de la epidermis. Los queratinocitos se observaron con núcleos pleomórficos e hipercromáticos, múltiples nucléolos,

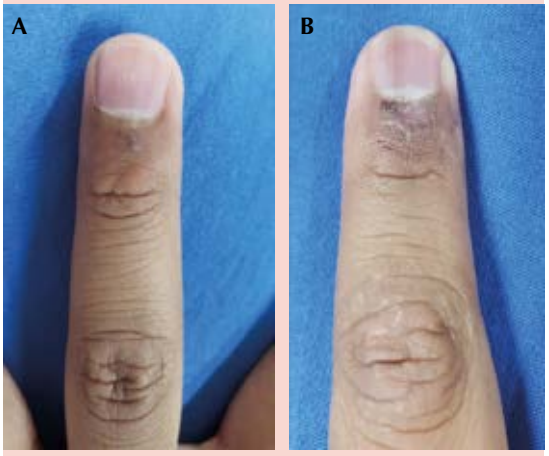

Figura 1. A. Dedo medio de la mano izquierda. **B.** Dedo índice de la mano derecha.

con escasa disqueratosis y abundantes mitosis atípicas. Esta proliferación se limitaba a la capa basal del epitelio. En la dermis superficial había un leve infiltrado inflamatorio linfohistocitiario. **Figura 2B**

Con los hallazgos clínicos e histopatológicos se estableció el diagnóstico de enfermedad de Bowen ungueal; se tomó biopsia de piel de la lesión de la otra mano, que mostró características histológicas similares. En la histología de esta lesión se observó hiperqueratosis laminar con acantosis moderada e irregular con ensanchamiento y fusión de los procesos interpapilares, todo el espesor del epitelio estaba ocupado por proliferación de queratinocitos atípicos que mostraban núcleos pleomórficos, nucléolos prominentes, escasas disqueratosis y mitosis (**Figura 3A**). En algunos focos se observó también la formación de células multinucleadas neoplásicas (fenómeno de poiquilocarinosis; **Figura 3B**). Asimismo, por los hallazgos histopatológicos se diagnosticó enfermedad de Bowen subungueal.

Se realizó extirpación quirúrgica de ambas lesiones y cierre por segunda intención porque el paciente viajaría al extranjero y no podría asistir a citas subsecuentes (**Figura 4**). El estudio histopatológico de las dos lesiones reportó márgenes y lecho libres de la proliferación. En el seguimiento anual mostró adecuada evolución sin recidivas. **Figura 5**

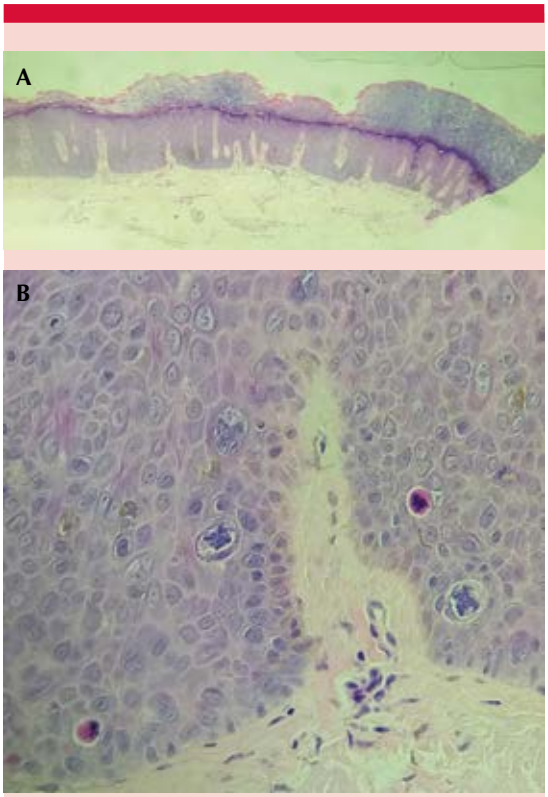

Figura 2. A. Biopsia de piel teñida con HyE donde se aprecia hiperqueratosis compacta, epitelio acantósico con ensanchamiento y anastomosis de los procesos interpapilares. **B.** Desorganización de los queratinocitos, núcleos pleomórficos e hipercromáticos, alternan con disqueratosis y mitosis atípicas, limitándose a la capa basal del epitelio.

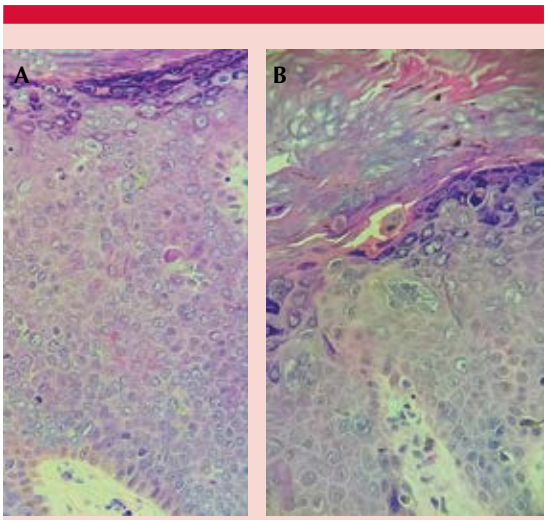

Figura 3. A. Proliferación de queratinocitos atípicos que muestran núcleos pleomórficos, nucléolos prominentes, escasas disqueratosis y mitosis. **B.** Células multinucleadas neoplásicas. Fenómeno de poiquilocarinosis.

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i4.6614

Figura 4. Resección quirúrgica con cierre a segunda intención con apósito hidrocoloide.

Figura 5. Seguimiento anual con adecuada evolución sin recidivas.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Bowen del aparato ungueal es poco común, habitualmente se manifiesta en el primer al tercer dedo de la mano izquierda, así como en el pulgar. En la mayoría de los casos afecta un dedo únicamente, pero puede ocurrir en 2 o más y puede afectar los dedos de los pies.[2,5]

La lesión puede originarse en el epitelio de la matriz, lecho o pliegues. En términos clínicos, tiene un gran polimorfismo: pueden observarse lesiones verrugosas, hiperqueratósicas, escamosas, eritematosas, infecciosas e inflamadas, así como fisuras y costras que producen distrofia, onicólisis, destrucción y pérdida parcial o total de la lámina ungueal, generalmente son indoloras. Otras manifestaciones clínicas mencionadas en la bibliografía son melanoniquia y eritroniquia longitudinal.[8,9] Tiene un comportamiento más agresivo en comparación con otras manifestaciones; la ulceración, el sangrado y la formación de lesiones nodulares pueden indicar el inicio de invasión. En menos del 20% de los pacientes se observa afectación ósea y el riesgo de metástasis es bajo.[2,4,5]

Habitualmente se diagnostica de forma tardía por su apariencia benigna y larga evolución, ya que tiene crecimiento lento e indolente. Se considera un padecimiento subdiagnosticado.[1]

Los diagnósticos diferenciales clínicos incluyen: granuloma piógeno, verruga vulgar, onicomicosis, exostosis, melanoma, tumor glómico, quiste epidermoide, queratoacantoma, fibroma, eccema y osteomielitis crónica.[5,6]

El tratamiento de elección es la cirugía de Mohs que permite la adecuada extirpación del tumor y la máxima preservación de tejido sano y de la función. Posterior a la extirpación quirúrgica, la reparación puede realizarse con cierre por segunda intención, colgajos o injertos cutáneos. La electrocirugía y el nitrógeno líquido son tratamientos alternativos; sin embargo, no permiten el control histológico adecuado de los márgenes del tumor. La radioterapia debe considerarse en lesiones que no puedan resecarse y es una alternativa antes de realizar una amputación.[10]

CONCLUSIONES

La enfermedad de Bowen ungueal es infrecuente y, debido a sus múltiples variedades clínicas, puede confundirse con lesiones benignas. Lo que hace interesante a este caso es su manifestación clínica como manchas hipercrómicas, esperando poco probable un origen maligno. Es importante tener la sospecha diagnóstica a pesar de lo poco frecuente de esta localización y, ante la duda, realizar siempre la confirmación histológica. Todo esto con el objetivo de establecer el diagnóstico de manera temprana para lograr mejor resultado estético y no afectar la función.

REFERENCIAS

1. Coskey RJ, Mehregan A, Fosnaugh R. Bowen's disease of the nail bed. Arch Dermatol 1972; 106: 79-80.4.
2. Shimizu A, Kuriyama Y, Hasegawa M, Tamura A, et al. Nail squamous cell carcinoma: A hidden high-risk HPV reservoir for sexually transmitted infections. J Am Acad Dermatol 2019; 81 (6): 1358-1370. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.03.070.
3. Ikenberg H, Gissmann L, Gross G, Grussendorf-Conen EI, et al. Human papillomavirus type-16-related DNA in genital Bowen's disease and in Bowenoid papulosis. Int J Cancer 1983; 32 (5): 563-5. doi. 10.1002/ijc.2910320507.
4. Ohishi K, Nakamura Y, Ohishi Y, Yokomizo E, Ohara K, Takasaki M, Ueno T, Kawana S, Mitsuishi T. Bowen's disease of the nail apparatus and association with various high-risk human papillomavirus types. J Dermatol Sci 2011; 63 (1): 69-72. doi. 10.1016/j.jdermsci.2011.04.006.
5. Ongenae K, Van De Kerckhove M, Naeyaert JM. Bowen's disease of the nail. Dermatology 2002; 204 (4): 348-50. doi. 10.1159/000063383.
6. Lambiase MC, Gardner TL, Altman CE, Albertini JG. Bowen disease of the nail bed presenting as longitudinal melanonychia: detection of human papillomavirus type 56 DNA. Cutis 2003; 72 (4): 305-9.
7. Ashinoff R, Li JJ, Jacobson M, Friedman-Kien AE, Geronemus RG. Detection of human papillomavirus DNA in squamous cell carcinoma of the nail bed and finger determined by polymerase chain reaction. Arch Dermatol 1991; 127 (12): 1813-8.
8. Baran R, Simon C. Longitudinal melanonychia: a symptom of Bowen's disease. J Am Acad Dermatol 1988; 18 (6): 1359-60. doi. 10.1016/s0190-9622(88)80115-4.
9. Baran R, Perrin C. Longitudinal erythronychia with distal subungual keratosis: onychopapilloma of the nail bed and Bowen's disease. Br J Dermatol 2000; 143 (1): 132-5. doi. 10.1046/j.1365-2133.2000.03602.x.
10. Weisenseel P, Prinz J, Korting H. Therapie eines parungualen HPV-73-positiven Morbus Bowen mit Imiquimod-Creme [Treatment of paraungual HPV73-positive Bowen disease with imiquimod cream]. Hautarzt 2006; 57 (4): 309-10, 312. doi. 10.1007/s00105-005-0934-5.

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i4.6614