

# Reporte de casos

## Manejo Conservador de la Enfermedad de Bowen Perianal

### Presentación de un caso y Revisión de la Literatura

Dr. Germán Millán \*  
Dr. Carlos Pacheco Soler\*  
Dr. Alejandro González Padrón\*  
Dr. Francisco Rodríguez\*\*  
Dr. Manuel Delgado Santana \*

Millán Germán, Pacheco S.C., González P.A., Rodríguez F., Delgado S.M. Manejo conservador de la enfermedad de Bowen Perianal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Centro Médico, 1993; 39:36-38.

#### RESUMEN

La Enfermedad de Bowen del ano es una entidad poco frecuente, la cual, es considerada como una lesión premaligna por su capacidad de transformarse en una lesión invasora. Solo habían sido descritos en la literatura 112 casos hasta 1979. En la última década, ha sido reportado un incremento en la incidencia de ésta patología, lo cual se debe, probablemente, al aumento de las infecciones venéreas de origen viral. eporta un caso, el cual, fue sometido a tratamiento quirúrgico exitoso y se revisa la literatura.

#### ABSTRACT

The Bowen's disease of the anus is an infrequent entity, which, is considered as a premalignant lesion by its transformer capability in invaso lesions. There have only been 112 cases reported in the literature until 1979. In the last decade, an increment in the incidence of this pathology has been reported. Here, we report one case which was subject to successfull surgical resection and the literature was reviewed.

#### PALABRAS CLAVES

Carcinoma, Neoplasia, Ano.

#### INTRODUCCION

La Enfermedad de Bowen fue descrita por primera vez por M. Bowen. en 1912.<sup>1</sup> Esta enfermedad consiste en un carcinoma escamoso intraepitelial que generalmente se encuentra en la vulva o en la región perianal, el cual, se ha cosiderado como una lesión premaligna, capaz de transformarse en un carcinoma invasor y, que además puede acompañarse de lesiones malignas en otras localizaciones.<sup>12</sup>

Solo hasta el año 1979,<sup>1</sup> habían sido descritos 112 casos, pero a partir de entonces, se han reportado en la literatura mundial aproximadamente 50 casos nuevos hasta 1989.<sup>2,4,13</sup> Recientes estudios demuestran un incremento en la incidencia del carcinoma escamoso intraepitelial en la población general, y especialmente en la homosexual.<sup>11</sup> Todo esto, pudicra reflejar un incremento en las infecciones perianales por el Virus del Papiloma Humano (VPH), quien es considerado actualmente como el agente etiológico de esta enfermedad. De allí, la importancia de esta publicación.

#### CASO CLINICO

Paciente femenina de 55 años de edad, de nacionalidad colombiana y procedente de Caracas, quien dos años antes de su ingreso, presenta dolor perianal posterior a las evacuaciones y prurito perianal de varios meses de evolución, por lo que consulta a facultativo, quien realiza rectoscopia rígida hasta 15 cm., resultando normal y diagnostica fisura anal, por lo cual recibió tratamiento médico sin mejoría (24-5-90). La lesión perianal continúa progresando hasta formar una úlcera perianal por lo que consulta nuevamente a facultativo en Enero de 1991, realizándose una Biopsia de tejido perianal, la cual reportó Enfermedad de Bowen del Ano. Inexplicablemente, la paciente no recibe tratamiento y se repite una nueva biopsia en Agosto de ese mismo año, con igual resultado. Se le practica Colonoscopia, la cual reporta

\* Cirujano adscrito al Servicio de Cirugía General 3. Hospital Domingo Luciani.

\*\* Residente del 3er. año del Servicio de Cirugía General 3. Hospital Domingo Luciani.

normal, siendo ingresada en nuestro Servicio para tratamiento quirúrgico. Antecedentes personales: Cesarea hace 27 años, resto no contributivo. Antecedentes Familiares no contributivos (madre + por Tifus). Los exámenes paraclínicos, hematograma, química sanguínea, Rx de tórax y función cardiovascular, al momento de su ingreso resultaron normales.

En noviembre de 1991 es llevada a Pabellón, encontrándose una lesión ulcerosa perianal de aproximadamente 2,5 cm de diámetro, que abarcaba toda la circunferencia derecha, con dos pequeñas prolongaciones hacia la región perianal izquierda. La lesión se extendía en extensión por el canal anal, hasta 1 cm desde el margen anal. Se practicó una resección de la lesión con un margen anal. Se le practicó una resección de la lesión con un margen de 0,5 cm, respetando las estructuras esfinterianas. Se realiza la reparación con una rotación de colgajo de piel de espesor total. La paciente evoluciona satisfactoriamente y, en controles sucesivos, 6 meses después se observa una cicatrización completa sin evidencia de recidiva local y con una continencia anal total.

## ANATOMIA PATOLOGICA

La primera Bx. realizada en Enero de 1991 reportó: Corte de piel. Hiperqueratosis laminar leve con paraqueratosis marcada con elongación de redes de crestas, células epiteliales dispuestas en forma desorganizadas con núcleos con diferentes formas y tamaños (pleomórficos), hiper cromáticos, presencia de mitosis atípicas y células disqueratósicas. Melanófagos en dermis superior, Infiltrado inflamatorio en bandas linfo-histiocitario marcado.

La segunda Bx de Agosto de 1991 reportó: Dos fragmentos de tejido cubierto por epitelio, acantótico con pérdida de la polaridad y maduración en células epiteliales las cuales son pleomórficas y presentan mitosis atípicas. En el estroma hay edema y severa reacción inflamatoria.

En la pieza quirúrgica no se encontró evidencia de transformación a carcinoma invasor.

## DISCUSION

La enfermedad de Bowen consiste en un carcinoma escamosos intraepitelial y fue descrito por primera vez por M. Bowen en 1912.<sup>1</sup> Esta entidad es considerada como una lesión premaligna porque, a pesar de su lento crecimiento, tiene la capacidad de transformarse en un carcinoma invasor. En la mayoría de los casos se presenta como una lesión multifocal. Reynolds y Cols,<sup>14</sup> en 1984 describen 2 casos en que la pieza de resección reportó carcinoma invasor. En las series reportadas, se describe hasta un 6% de progresión a carcinoma invasivo. Esta invasión, cuando está presente, ocurre en mujeres menopáusicas o en los individuos inmunocomprometidos, así como también, en la población homosexual.<sup>17</sup> También ha sido reportado la regresión espontánea de la enfermedad en un 6%, lo cual ocurre, en personas jóvenes, especialmente en mujeres jóvenes embarazadas.<sup>8</sup>

Otro aspecto importante de ésta entidad, es que estas lesiones

se acompañan hasta de un 30% de tumores en otras localizaciones: cuello uterino, laringe, bronquios, ano. Las mujeres con lesiones localizadas en la vulva presentan hasta un 50% de probabilidad de presentar cáncer del cuello uterino.<sup>8</sup> Las metástasis son infrecuentes, menos del 5%.<sup>6</sup>

La localización más frecuente de la Enfermedad de Bowen es en la vulva, en segundo lugar, en la región perianal, pero puede ocurrir en cualquier lugar con mucha menor frecuencia; ha sido reportada en ambos sexos, entre los 15 y 60 años, con una mayor incidencia en la tercera y cuarta década de la vida, generalmente asintomática, puede presentarse como síntoma principal el prurito. Su aspecto macroscópico puede ser el de una fisura anal, una ulceración o como una lesión papular o verrugosa, que no cede a los tratamientos habituales. Su diagnóstico puede realizarse por citología o por biopsia.

La Enfermedad de Bowen presenta una etiología viral. Hay evidencia de infección por Virus Papiloma Humano (VPH), en el 90% de estas lesiones. En algunos casos se ha demostrado infección por Virus Herpes tipo II. De los 42 serotipos del VPH, se han aislado más frecuentemente los serotipos 16 y 18, los cuales están implicados en la transformación maligna de las lesiones por VPH.<sup>7</sup>

Solo habían sido reportados 112 casos de la Enfermedad de Bowen hasta 1979,<sup>1</sup> pero en la última década han sido reportados alrededor de 50 casos nuevos. Se ha señalado al aumento del número de infecciones venéreas por VPH como la causa del aumento de la incidencia de la Enfermedad de Bowen en estos últimos años.<sup>10,15</sup> El 50% de los casos cursan con Condiloma Acuminado asociado.

Recientemente se ha descrito otra entidad, la Papulomatosis Bowenoides,<sup>9,17</sup> la cual, clínicamente se distingue por presentar lesiones papulares o verrugosas violáceas o rojizo-parduzcas. Histológicamente esta entidad es indistinguible de la Enfermedad de Bowen, por lo que no se acepta universalmente como una entidad patológica aparte.<sup>8</sup>

Los diagnósticos diferenciales de la Enfermedad de Bowen son: la Enfermedad de Paget, el melanoma maligno, y el Condiloma Acuminado. De éstas, la Enfermedad de Paget ocurre generalmente en la línea mamaria, consiste en un adenocarcinoma, presenta un pronóstico peor y se considera actualmente como un signo de un tumor subyacente: generalmente ocurre en personas de mayor edad y su aspecto es de una lesión rojiza exzematosa con segmentos blanquesinos de hiperqueratosis.

El tratamiento usualmente practicado en los pacientes con Enfermedad de Bowen es el de la resección local de la lesión con márgenes mínimos.<sup>3,12,13,14</sup> Dicha resección puede llegar a ser tan amplia que necesite la utilización de rotación de colgajos cutáneos para su reparación. Generalmente la función del aparato esfinteriano no se ve afectada. La tasa de recidiva tumoral varía entre el 9% y el 19%.<sup>5</sup> Dado que la enfermedad de Bowen es una lesión multifocal, se deben practicar cortés congelados para determinar los márgenes de resección.

Otros métodos de tratamiento incluyen la terapia con laser de Argón,<sup>5</sup> la cual ha dado buenos resultados y, en caso de recidivas puede ser nuevamente aplicado sin mayor molestia para el

paciente. También se ha utilizado la radioterapia<sup>4</sup> con buenos resultados, pero se han presentado proctitis actínica como complicación. Recientemente se ha descrito el tratamiento tópico de este tipo de lesiones con 5-Fluoracilo.<sup>16</sup>

En los casos en los cuales la pieza de resección reporta carcinoma invasor, se puede realizar una resección abdominoperineal o se puede utilizar radioterapia.

Cuando se realiza la resección local de la lesión, se debe hacer un seguimiento cercano del paciente, ya que se ha reportado una recidiva tumoral hasta de un 19%.

## BIBLIOGRAFIA

1. Allegra G; Taruffi F; Bowen's disease of the anus, *Ann Gastroenterol-Hepatol-(Paris)*; 23 (6); 333-6; 1987.
2. Andreasson B; Bock JE; Buur k; Visfe; Multicentric Pigmented Bowen's Disease in the vulva and anal canal. *Ygeskr-lae*. 147(2); 249-57; 1985.
3. Beck DE; Fazio VW; Premalignant Lesions of the anal margin. *South-Med-J*; 82(4); 470-4; 1989.
4. Blank AA; Schnyder UW; Soft-X-Ray Therapy in Bowen's Disease and Erythroplasia of Queyrat. *Dermatologic A*; 171(2); 89-94; 1985.
5. Boynton KK; Argon Laser Therapy for perianal Bowen's disease; a case report; *Lasers-Surg-Med*; 11(4); 385-7; 1991.
6. Crofts; *Essentials of Gynecologic and Obstetric Pathology*. 1ra. Edición. New York, Editorial Appleton; 43; 1983.
7. Fiumara NJ; Wagner Rf; Perianal Bowen's Disease associated with anorectal warts; a case report. *Sex-Transm-Dis*; 14(1); 58-60; 1987.
8. Kurman Robert J. Editor, *Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract*. 3ra. Edición. New York, Editorial Springer-Verlag; 66-70; 1989.
9. Bowenoid Ppulosis Lavoo JW; *Dis-Colon-Rectum*; 30(1); 62-4; 1987.
10. Loning T; Riviere a; Henke RP; Penile/Anal condylomas and squamous cell cancer. A HPV hybridization study. *Virchows-Arch*; 413(6); 491-8; 1988.
11. Allen W; Nash S; Nash G; Atypical Lesions of the mucosa in homosexual men. *Jama*; 256(6); 873-6; 1986.
12. Ramos R. Salinas H. Tucker L; Conservative Approach to the Treatment of Bowens's disease of the anus. *Dis-colon-Rectum*; 26(11); 712-5; 1983.
13. Christiansen J; Rasussen OO; Conservative Management of Bowen's Disease of the anus. *Int-J-Colorectal-Dis*; 4(3); 164-6; 1989.
14. Anklin JD; Madden JJ; Reynolds VH; Preservation of anal function after total excision of the anal mucosa for Bowen's Disease. *Ann-Surg*; 199(5) 563-8; 1984.
15. Fidalgo P; Ribiere O; A case of Bowen's Disease of the anus associated with Condylomata Acuminata having developed into a epidermoid carcinoma. *Gastroenterol-Clin-Biol*; 11(11); 830-1; 1987.
16. Riedler L; "Bowenoid" Leukoplakia in the anal region. *Klin Wochenschr*; 66(6); 271-3; 1988.
17. Buchmann P. Rudlinger R; HPV 16-positive Bowenoide Papulomatosis and Squamous-Cell carcinoma of the anus in an HIV-positive man. *Dois-Colon-Rectum*; 32(12); 1042-5; 1989.