

## Papulosis bowenoide lineal



### Linear Bowenoid Papulosis

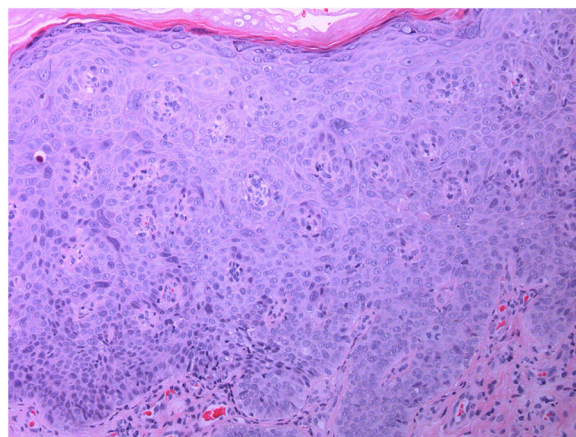
Sr. Director:

La papulosis bowenoide (PB) es un proceso relacionado con algunos tipos de virus del papiloma humano (HPV), fundamentalmente el 16, y cuya histopatología sería la de una carcinoma escamoso in situ, similar a la enfermedad de Bowen<sup>1</sup>. Aunque el término de PB no queda recogido como tal en la clasificación de tumores de pene de la OMS del año 2016<sup>2</sup>, sus características clinicoepidemiológicas y su buen pronóstico lleva a los dermatólogos a persistir en la nomenclatura clásica y su mantenimiento como entidad diferenciada<sup>3</sup>. Habitualmente suele aparecer a modo de pápulas planas poligonales en la región genitoanal, pero que no en raras ocasiones, puede adoptar múltiples morfologías que deben ser tenidas en cuenta por el clínico. Presentamos un caso de PB con una forma clínica poco común

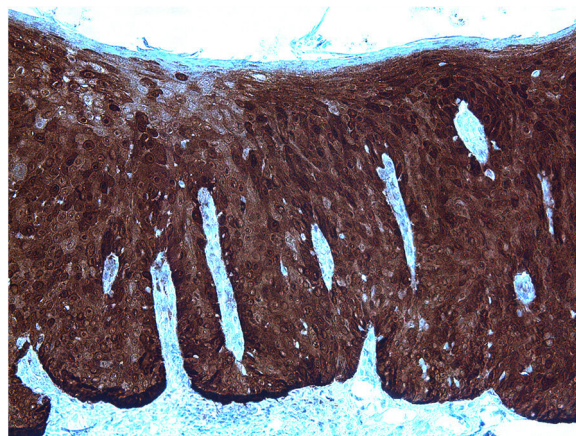
Varón de 46 años, sin antecedentes patológicos de interés, no circuncidado, que acude por la presencia de una lesión lineal en pene, de pocas semanas de evolución. Refería leve prurito. Negaba relaciones sexuales fuera de su pareja habitual o traumatismos en la zona. Tampoco refería disuria o secreción uretral. A la exploración presentaba una lesión lineal sobre elevada que discurría paralela al surco balanoprepucial casi en toda su circunferencia. Medía entre 1 y 2 milímetros de ancho y era de color



**Figura 1** Lesión lineal eritematoviolácea que circunvala el pene.



**Figura 2** Epidermis con acantosis irregular, hiperqueratosis, hipergranulosis y células escamosas, con disqueratosis y con núcleos hipercrómicos y multinucleados. La atipia citológica afecta a todo el espesor epidérmico. HE-EO x200.



**Figura 3** El estudio IHQ con P16 es intensamente positivo en los citoplasmas y los núcleos de los queratinocitos a través de todo el espesor epidérmico. IHQ P16 X200.

eritematoviolácea. Era continua y parecía formada por pápulas coalescentes (fig. 1). No existían otras lesiones en el territorio genitoanal ni oral, así como tampoco se evidenciaban adenopatías accesibles. Una biopsia mostró una epidermis irregularmente acantósica, con hiperqueratosis, paraqueratosis y aumento de celularidad desde la capa basal hasta la superficie, con pérdida de maduración en todo su espesor. Las células eran grandes, a veces multinucleadas, con núcleos hipercrómicos y presencia de mitosis en estratos altos epidérmicos (fig. 2). El estudio inmunohistoquímico de P16 mostró positividad nuclear intensa y difusa en todo el espesor de la epidermis (fig. 3).

Se solicitó serología luética y de virus de la hepatitis B y c y de la inmunodeficiencia humana, que resultaron negativas.

Tras ofrecer al paciente distintas opciones terapéuticas, este se decantó por un tratamiento más conservador. Previo consentimiento, se decidió iniciar tratamiento tópico mediante pomada de sincatequinas al 10%, tres veces al

día, con desaparición completa del proceso en 6 semanas y una tolerancia excelente.

La PB es una dermatosis que suele afectar a personas jóvenes, entre la tercera y cuarta década de la vida, y por lo general sexualmente activas. Tiene una clínica polimorfa de máculas, pápulas y placas, con una superficie plana, cupuliforme, papilomatosa o verrucosa y generalmente lesiones multifocales, frecuentemente pigmentadas, aunque también eritematosas, violáceas, del color de la piel normal o leucoplásicas<sup>1,3-5</sup>.

La presentación en forma de lesiones lineales es muy poco frecuente. En nuestra revisión hemos encontrado solo siete casos<sup>1,5-8</sup>, siendo este que aportamos el octavo. Siete de los ocho casos eran varones, y solo uno mujer<sup>6</sup>. En los hombres, muestra una predilección por afectar el surco balanoprepucial o la vecindad de este, adoptando una disposición circunferencial<sup>1,6,7</sup>. Las lesiones suelen formarse por la coalescencia de lesiones individuales, por lo que la configuración lineal puede ser continua o intermitente, y por ello también son frecuentes pápulas aisladas en la vecindad del proceso lineal<sup>7</sup>. Nuestro caso es prácticamente un calco del referido por Sweidan<sup>6</sup> en el sentido de que es una lesión única lineal, casi filiforme, en la proximidad del surco balanoprepucial, y sin la presencia de lesiones satélites, que podrían facilitar el diagnóstico clínico del proceso.

No se conoce el mecanismo por el que se origina esta presentación de la PB, pero se ha sugerido que podría ser debido a un fenómeno de Koebner<sup>6</sup>. De este modo se ha especulado que, dado que la mayoría de estas lesiones aparecen en la vecindad del surco coronal, los HPV residentes en esa zona quizás sean más difíciles de eliminar posiblemente por razones anatómicas y así, por su prolongada persistencia en la zona, podrían favorecer esta presentación<sup>1</sup>.

El tratamiento de la PB lineal no difiere de la de la PB clásica, que es un cuadro con capacidad para persistir, regresar o recidivar. En general los tratamientos son destructivos, habiéndose utilizado cirugía convencional, electrocoagulación, crioterapia, imiquimod, 5-fluoruracilo tópico, podofilino, podofilotoxina, laser CO2 y terapia fotodinámica<sup>1,2</sup>.

La pomada de sinecatequinas es un extracto estandarizado de las hojas del té verde que contienen una mezcla de polifenoles, con propiedades antioxidantes, inmunoestimuladoras, antitumorales y antiproliferativas cuya indicación son las verrugas genitales en pacientes mayores de 18 años<sup>9</sup>. Sin embargo, resulta curioso que, pese a existir una clara implicación del HPV en la etiopatogenia de la PB, solo hayamos encontrado una paciente así tratada<sup>10</sup>. Nosotros lo hemos utilizado con buenos resultados y excelente tolerancia, al igual que en el caso referido.

Aunque no podemos descartar la posibilidad de una involución espontánea, hecho bien conocido en la PB, creemos que sería una buena opción de tratamiento para establecer en el futuro en esta indicación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Peng WS, Tan C. Bowenoid papulosis in a linear distribution. *Adv Dermatol Allergol*. 2016;33:146-8.
2. Moch H, Cubilla AL, Humphrey PA, Reuter VE, Ulbright TM. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs-Part A: Renal Penile, and Testicular Tumours. *Eur Urol*. 2016;70:93-105.
3. Dauendorffer JN, Cavellier Balloy B, Bagot M, Renaud-Vilmer C. Les néoplasies intra-épithéliales bowénoïdes HPV-induites du pénis. *Ann Dermatol Venerol*. 2017;144:220-4.
4. Wade TR, Kopf AW, Ackerman AB. Bowenoid papulosis of the penis. *Cancer*. 1978;42:1890-903.
5. Berger BW, Hori Y. Multicentric bowen's disease of the genitalia: spontaneous regression of lesions. *Arch Dermatol*. 1978;114:1698-9.
6. Sweidan NA, Salman SM, Zaynoun ST, Sanaknaki BA, Kibbi AG. Linear bowenoid papulosis of the genitalia. A possible Koebner phenomenon. *Int J Dermatol*. 1990;29:430-1.
7. Kumei A, Imanishi H, Tsuruta D, Yoshida Y, Nakagawa K. Multiple linear bowenoid papulosis without surrounding papules. *J Dermatol*. 2012;39:862-3.
8. Patterson JW, Kao GF, Graham JH, Helwig EB. Bowenoid papulosis. A clinicopathologic study with ultrastructural observations. *Cancer*. 1986;57:823-36.
9. Stockfleth E, Meyer T. Sinecatechins (polyphenon E) ointment for treatment of external genital warts and possible future indications. *Expert Opin Biol Ther*. 2014;14:1035-43.
10. Gupta N, Rodríguez E, Andikyan V, Salob SP, Chi D. A case report of vulvar carcinoma in situ treated with sinecatechins with complete response. *Gynecologic Oncology Reports*. 2013;6:10-2.

F. Allegue<sup>a,\*</sup>, C. Fachal<sup>b</sup>, D. González-Vilas<sup>a</sup> y A. Zulaica<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital do Meixoeiro, EOXI, Vigo, Pontevedra, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI, Vigo, Pontevedra, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fallegue@mun-do-r.com](mailto:fallegue@mun-do-r.com) (F. Allegue).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.019>

0001-7310/ © 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).