

CARTAS AL DIRECTOR

Clínica y dermoscopia de la enfermedad de Bowen pigmentada

J. Hernández-Gil^a, M.A. Fernández-Pugnaire^a, C. Serrano-Falcón^b y S. Serrano-Ortega^a^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.^bServicio de Dermatología. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada. España.*Sr. Director:*

La enfermedad de Bowen (EB) se considera un carcinoma espinocelular *in situ*, que, al igual que otros tumores cutáneos, puede presentarse como tumor pigmentado y plantear problemas de diagnóstico diferencial con otros tumores pigmentados¹⁻⁶.

Presentamos el caso de una mujer de 48 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que fue remitida a la Unidad de Melanomas de nuestro Servicio con el diagnóstico de sospecha de «melanoma en región perianal». La paciente refería que la lesión apareció aproximadamente tres años antes y que había crecido lentamente desde entonces. A la exploración, en la región perianal observamos un tumor pigmentado de 3,5 × 2 cm de diámetro, asimétrico en ambos ejes, de bordes mal delimitados, policromo y de superficie blanquecina escamosa (fig. 1). Con dermoscopia (fig. 2) (sistema FotoFinder) no apreciamos la presencia de retículo pigmentado, estrías radiales, ni otros hallazgos dermoscópicos característicos de lesiones melanocíticas, a excepción de un agregado de glóbulos de morfología y tamaño irregular en uno de los segmentos del tumor. En el resto de la lesión predominaba un patrón vascular atípico, compuesto por estructuras de gran



Figura 1. Tumor pigmentado en región perianal.

tamaño, tortuosas, irregulares, siendo alguna de ellas de morfología redondeada. En la porción inferior de la lesión se apreciaba una zona verrugosa de superficie blanquecina. La biopsia mostraba un tumor confinado a la epidermis con acantosis, cierta papilomatosis, atipias celulares marcadas y figuras de mitosis, estando completamente conservada la membrana basal. Se emplearon técnicas inmunohistoquímicas como el Melan-A y el *cocktail* de pancitoqueratinas, que confirmaron la naturaleza del tumor, estableciendo el diagnóstico de EB pigmentada. Realizamos la extirpación quirúrgica de la lesión y tras dieciocho meses de la intervención la paciente continúa asintomática.

La EB es un tumor cutáneo relativamente frecuente considerado como un carcinoma espinocelular en su fase intraepidérmica^{1-3,6}. Las formas pigmentadas de esta enfermedad, aunque infrecuentes (menos del 2% de los casos^{1,5}), nos obligan a establecer el diagnóstico diferencial con el resto de tumores pigmentados en especial con el melanoma. La EB pigmentada puede aparecer en cualquier localización, aunque el área genital es poco habitual, encontrando tan sólo tres casos descritos en la literatura hasta la actualidad^{1,4,7}. Existen diferentes factores etiológicos implicados en su aparición, entre los que destacan la exposición crónica a la radiación ultravioleta y al arsénico^{1,2}, traumatismos, radiaciones ionizantes y la infección por el virus del papiloma humano. Este último agente parece tener cierta relevancia en la iniciación de los tumores localizados en áreas no fotoexpuestas o en zonas frecuentemente infectadas por el virus, como la región perigenital.

La dermoscopia es una técnica no invasiva que mejora la precisión diagnós-

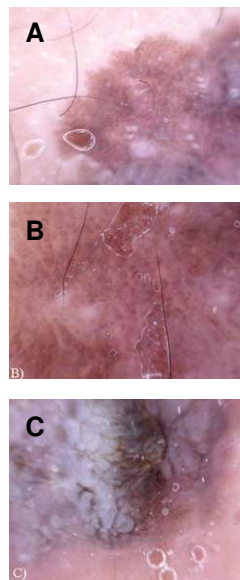


Figura 2. Dermoscopia. A) Glóbulos marrones de distribución parcheada. B) Patrón vascular atípico. C) Estructura verrugosa.

Tabla 1. Hallazgos dermoscópicos de la enfermedad de Bowen

Patrón multicomponente
Patrón vascular atípico (vasos glomerulares)
Ausencia de retículo pigmentado
Pseudoretículo pigmentado
Manchas de pigmento de distribución irregular
Pigmentación gris-marrón homogénea
Puntos y glóbulos de distribución parcheada
Áreas de hipopigmentación
Superficie escamosa/verrugosa
Hemorragias

tica de las lesiones pigmentadas. Se han descrito varios patrones^{2,3,8-10} dermoscópicos de la EB, en los que quedan recogidos los hallazgos más característicos y frecuentes de este tumor (tabla 1). El

patrón dermoscópico que aparece con mayor frecuencia en la EB es el patrón multicomponente⁸. De todos los parámetros recogidos en la tabla 1, los más específicos de la EB son la presencia de un patrón vascular atípico (86,6-90%) y de una superficie tumoral escamosa o verrugosa (64,2-90%)^{3,8}. Dicho patrón vascular puede estar compuesto por vasos de morfología irregular, tortuosos, arboriformes, puntiformes, etc. Para algunos autores^{3,9,10} estas estructuras vasculares son específicas de la EB y las denominan «vasos glomerulares»¹⁰, por su morfología especial y su semejanza con los vasos del glomérulo renal. Refieren que se trata de estructuras vasculares similares a los vasos puntiformes que pueden aparecer en el melanoma amelanótico, pero de mayor tamaño y morfología en espiral. Las formas pigmentadas de EB, además de los criterios anteriormente mencionados, se caracterizan por la presencia de glóbulos (90%) y áreas de pigmentación gris marrón homogénea (80%)³. Estos glóbulos suelen ser de menor tamaño que los que aparecen en las lesiones melanocíticas y característicamente se distribuyen de forma parcheada en algunos segmentos de la lesión. En el caso que presentamos encontramos tres de los cuatro criterios dermoscópicos de la

EB pigmentada (patrón vascular atípico, superficie escamosa o verrugosa y glóbulos de distribución parcheada). Sin embargo, no podemos afirmar la presencia de los específicos «vasos glomerulares», sino más bien un patrón vascular atípico. A pesar del gran valor de los parámetros dermoscópicos descritos para la EB, es necesario destacar que todos ellos pueden aparecer también en tumores melanocíticos benignos, queratosis seborreicas, carcinomas basocelulares y en el melanoma. Por ello, creemos que no son del todo fiables para realizar un correcto diagnóstico diferencial con el resto de las lesiones pigmentadas, especialmente con el melanoma, siendo la anatomía patológica el patrón oro para diferenciarlos con exactitud. El caso que presentamos refleja la complejidad del diagnóstico de la patología tumoral cutánea, sobre todo cuando se presenta con características clínicas y dermoscópicas comunes a varios tumores, en una edad diferente a la habitual y con localización atípica.

Bibliografía

1. Papageorgiu PP, Koumariou AA, Chu AC. Pigmented Bowen's disease. *Br J Dermatol*. 1998;138:515-8.
2. Stante M, de Giorgi V, Massi D, Chiarugi A, Carli P. Pigmented Bowen's disease mimicking cutaneous malignant melanoma: Clinical and dermoscopic aspects. *Dermatol Surg*. 2004;30:541-4.
3. Zalaudek I, Argenziano G, Leinweber B, Citarella L, Hofmann-Wellenhof R, Malvehy J, et al. Dermoscopy of Bowen's disease. *Br J Dermatol*. 2004;150:1112-6.
4. Krishnan R, Lewis A, Orenge IF, Rosen T. Pigmented Bowen's disease (squamous cell carcinoma in situ): A mimic of malignant melanoma. *Dermatol Surg*. 2001;27:673-4.
5. Ragi G, Turner MS, Klein LE, Stoll HL Jr. Pigmented Bowen's disease and review of 420 Bowen's disease lesions. *J Dermatol Surg Oncol*. 1988;14:765-9.
6. Alfaro-Rubio A, Nagore E, Serra C, Botella R, Sanmartín O, Requena C, et al. Enfermedad de Bowen perianal tratada con imiquimod. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:468-70.
7. Wagner RF, Grande DJ. Solitary pigmented Bowen's disease of the scrotum. *J. Dermatol Surg Oncol*. 1986;12:1114-5.
8. Bugatti L, Filosa G, de Angelis R. Dermoscopic observation of Bowen's disease. *JEADV*. 2004;18:572-4.
9. Zalaudek I, di Stefani A, Argenziano G. The specific dermoscopic criteria of Bowen's disease. *JEADV*. 2006;20:361-2.
10. Zalaudek I, Argenziano G. Glomerular vessels in Bowen's disease. *Br J Dermatol*. 2004;151:720.

Desarrollo de fascitis eosinofílica tras la ingesta de simvastatina

P. Serrano-Grau, J.M. Mascaró-Galy y P. Irazzo

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Sr. Director:

La fascitis eosinofílica (FE) es una enfermedad fibrosante rara que se caracteriza por una inflamación dolorosa y simétrica de las extremidades, y que progresa hacia la induración cutánea pudiendo llegar a producir contracturas articulares discapacitantes. También puede asociar artritis, neuropatía y miositis. El hallazgo histológico característico de la FE es la fibrosis de la fascia. Aunque se

ha considerado como una variante de la morfea o la esclerodermia, algunos autores la consideran una entidad aparte. Su etiología es desconocida, pero se ha asociado con varios procesos y exposiciones ambientales, tóxicas y farmacológicas.

Presentamos el caso de una mujer de 71 años con antecedentes de osteoporosis en tratamiento con bifosfonatos e hipercolesterolemia primaria en tratamiento con simvastatina.

La paciente consultó por un cuadro de unos 9 meses de evolución consistente en una induración progresiva de las extremidades superiores e inferiores, acompañada de astenia y disnea a moderados esfuerzos. Este cuadro se inició a las 3 semanas de estar tomando la simvastatina y fue empeorando hasta que 1 mes más tarde la paciente dejó de tomarla, entonces la clínica se estabilizó, pero no mejoró.