

Multimed 2019; 23(3)

Mayo-Junio

Caso Clínico

Cuerno Cutáneo vs Carcinoma epidermoide. Presentación de caso

Cutaneous horn vs epidermoid carcinoma. Case presentation

Buzina cutânea vs carcinoma epidermóide. Apresentação do caso

Esp. I Embriol. Lisset de la Caridad Arévalo Nueva.^{I*} ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9880-0222>

Esp. I Oftalmol. Dielvis Alarcón Zamora.^{II} ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5618-940X>

Esp. II Embriol. Rafael Gutiérrez Núñez.^I ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1133-456X>

Est. 2do año Med. Leydis Martha García Arévalo.^I ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6941-2762>

Est. 2do año Med. Beatriz María Gutiérrez Alarcón.^I ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0731-6545>

^I Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital General Universitario Célia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Email: lisetarevalo@ucm.grm.sld.cu

RESUMEN

El cuerno cutáneo es una neoformación cónica, exofítica y queratósica, designado así por la similitud morfológica con el cuerno de un animal. Se trata de una manifestación cutánea más que de un diagnóstico patológico real, aunque tiene en asociación a una amplia variedad de enfermedades subyacentes benignas, premalignas y malignas. Su diagnóstico inicial es clínico, sin embargo para descartar malignidad como patología de

base siempre es necesario su exéresis quirúrgica y estudio histopatológico. El tratamiento consiste en la resección completa de la lesión, seguido de un estudio histopatológico para precisar el diagnóstico. El carcinoma sebáceo, neoplasia maligna derivada del epitelio anexial de las glándulas sebáceas, se ha descrito como una etiología poco frecuente de cuerno cutáneo. Su diagnóstico es difícil, ya que carece de elementos clínicos característicos y su histología puede ser similar al carcinoma espinocelular o basocelular, pero importante ya que constituye una neoplasia agresiva, con riesgo de recurrencia local y metástasis. A continuación, presentamos el caso de un adolescente de 14 años con diagnóstico clínico de cuerno cutáneo en ángulo ocular izquierdo y diagnóstico histopatológico de cuerno cutáneo.

Palabras clave: Carcinoma de Células Escamosas.

ABSTRACT

The cutaneous horn is a conical neoplasm, exophytic and keratotic, so designated by the morphological similarity to the horn of an animal. It is a cutaneous manifestation rather than a real pathological diagnosis, although it has in association with a wide variety of underlying benign, premalignant and malignant diseases. Its initial diagnosis is clinical, however to rule out malignancy as a basic pathology it is always necessary to perform its surgical exeresis and histopathological study. The treatment consists in the complete resection of the lesion, followed by a histopathological study to determine the diagnosis. Sebaceous carcinoma, a malignant neoplasm derived from the adnexal epithelium of sebaceous glands, has been described as a rare etiology of cutaneous horn. Its diagnosis is difficult, since it lacks characteristic clinical elements and its histology may be similar to squamous cell or basal cell carcinoma, but important as it constitutes an aggressive neoplasia, with risk of local recurrence and metastasis. Next, we present the case of a 14-year-old adolescent with clinical diagnosis of cutaneous horn in the left ocular angle and histopathological diagnosis of cutaneous horn.

Keywords: Squamous Cell Carcinoma.

RESUMO

O corno cutâneo é um neoplasma cônico, exofítico e ceratótico, assim designado pela semelhança morfológica ao corno de um animal. É uma manifestação cutânea, e não um diagnóstico patológico real, embora esteja associada a uma ampla variedade de doenças benignas subjacentes, pré-malignas e malignas. Seu diagnóstico inicial é clínico, no entanto, para descartar a malignidade como patologia básica, é sempre necessário realizar a exérese cirúrgica e o estudo histopatológico. O tratamento consiste na ressecção completa da lesão, seguida de estudo histopatológico para determinação do diagnóstico. O carcinoma sebáceo, neoplasia maligna derivada do epitélio anexial das glândulas sebáceas, tem sido descrito como uma etiologia rara do corno cutâneo. Seu diagnóstico é difícil, porque carece de elementos clínicos e histológicos característicos pode ser semelhante ao carcinoma de células escamosas ou basal, mas importante porque é uma neoplasia agressiva com risco de recorrência local e metástases. A seguir, apresentamos o caso de um adolescente de 14 anos com diagnóstico clínico de corno cutâneo no ângulo ocular esquerdo e diagnóstico histopatológico de corno cutâneo.

Palavras-chave: Carcinoma de células escamosas.

Recibido: 7 de enero de 2019.

Aprobado: 18 de febrero de 2019.

Introducción

El término “Cuerno cutáneo” (del latín corno, cuerno, piel córnea, excrecencia) hace referencia a una lesión tumoral hiperqueratósica formada por el cúmulo de queratina compacta, de aspecto cónico y tamaño variable, cuya altura generalmente es mayor a su diámetro basal .

Es un concepto semiológico que no define su origen histológico, por lo tanto, puede ser la presentación clínica de una lesión benigna, premaligna o maligna subyacente.

Es más frecuente en pacientes de edad avanzada y raza caucásica. Suele localizarse en zonas fotoexpuestas como antebrazos, dorso de manos y cara. ⁽¹⁻³⁾ aunque suele ser infrecuente a nivel palpebral. ⁽²⁾

Dado que clínicamente no es posible descartar su origen maligno, el tratamiento de elección es la resección completa junto al estudio histopatológico de la lesión. ⁽¹⁾ Dentro de las etiologías malignas, el carcinoma sebáceo se ha descrito como una causa poco frecuente de cuerno cutáneo. Corresponde a una neoplasia derivada del epitelio anexial de las glándulas sebáceas, que generalmente se presenta en los párpados aunque puede localizarse en zonas extra oculares. Su diagnóstico es difícil ya que no tiene una presentación clínica característica y además, el estudio histológico puede ser similar al carcinoma espino-celular o al carcinoma basocelular.

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino de 14 años, con antecedentes de ser fumador hace más de 2 años, consulta por una lesión hiperqueratósica de 0,9 por 0,4 cm, con color de su piel, indolora, de 8 a 10 meses de evolución, localizada en ángulo ocular izquierdo.



Fig. 1. Cuerno Cutáneo ojo izquierdo.

Considerando las características de la lesión, se decide realizar extirpación del mismo con cirugía escisional estándar, sin complicaciones, y se envía a estudio histopatológico con diagnóstico de cuerno cutáneo.

En el estudio histopatológico se observan varios fragmentos de tejido que muestran epitelio estratificado plano, en corte transversal, con algunas áreas de espongiosis, infiltración linfocítica y presencia de algunos neutrófilos, con incontinencia pigmentaria y marcada hiperqueratosis. No se observa dermis. Fragmento de tejido adiposo sin alteraciones morfológicas compatible con Cuerno Cutáneo con inflamación crónica agudizada sobreañadida.

Discusión

Epidemiología

El cuerno cutáneo se desarrolla con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada, generalmente sobre los 50 años (edad promedio de 57 a 62 años en algunos estudios),^(2,4) de piel clara (fototipo I y II de Fitzpatrick) y en áreas fotoexpuestas. Respecto a la incidencia según sexo, no se han encontrado diferencias significativas.^(4,5) Aproximadamente el 30% de los cuernos cutáneos se localiza en cuero cabelludo y rostro, (frente, nariz, mejillas, pabellones auriculares, párpados y labios).⁽³⁾ Otras áreas frecuentemente afectadas son cuello, hombros, antebrazos y dorso de manos. Aunque suele ser una lesión infrecuente a nivel palpebral (4% de los tumores palpebrales), se ha descrito una mayor incidencia en párpado superior.^(2,5) Por otra parte, el 75% de los carcinomas sebáceos (CS) se localiza en los párpados y representa entre el 0,2% y el 0,8% de todos los tumores palpebrales y el 1%-5,5% de las neoplasias malignas de los párpados. Se presentan con mayor frecuencia entre los 60 y 80 años. La incidencia es levemente mayor en las mujeres, con un rango del 55%-77%.⁽⁶⁻¹⁰⁾ Aunque el CS puede desarrollarse a partir de cualquier glándula sebácea del cuerpo, se presenta más frecuentemente en las glándulas de Meibomio, seguido por las glándulas de Zeis, la carúncula y las cejas.⁽¹⁰⁾

El diagnóstico diferencial incluye: queratoconjuntivitis, blefaroconjuntivitis, carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular, fibroma pendulum, penfigoide ocular, tumores de la glándula lagrimal, granulomas telangiectásicos, carcinoma conjuntival in situ, metástasis tumorales, carcinoma de células de Merkel, chalazión (error diagnóstico más frecuente),⁽¹⁰⁾ y cuerno cutáneo, como en este caso.

De las localizaciones extraoculares, la mayoría de los casos se presentan en la cabeza y cuello (75%), seguidos por el tronco (15%) y las extremidades (10%).⁽¹⁾

Etiología

La patología subyacente al cuerno cutáneo puede ser de origen benigno, premaligno o maligno. Dado que se presenta con mayor frecuencia en áreas fotoexpuestas, se postula que la exposición solar prolongada es uno de los factores etiológicos más importantes en la patogénesis del cuerno cutáneo.⁽¹⁾

En algunos casos se observó que el 61,1% correspondía a patología benigna y solo el 38,9% a patología premaligna o maligna.⁽⁵⁾ Resultados similares se encontraron en otros estudios donde el 60% fueron de origen benigno.⁽¹⁾ Sin embargo, otros estudios reportaron resultados discordantes donde el 25,4% fueron lesiones benignas y un 49,3% pre malignas y 25,3% malignas.⁽⁶⁾

En población chilena, destaca el estudio realizado por Iribarren y col,⁽⁵⁾ donde se reportó un 61,3% de patología benigna, 25,8% pre maligna y sólo 12,9% maligna. Dentro de las etiologías benignas más frecuentes, se encuentran las queratosis seborreicas, verrugas virales, queratoacantomas, quistes epidermoides y triquilémicos.

En la categoría premaligna, destacan las queratosis actínicas y arsenicales, mientras que dentro de las patologías malignas se mencionan el carcinoma basocelular y espinocelular, enfermedad de Bowen, sarcoma de Kaposi y carcinoma sebáceo.^(1,3)

Respecto a la etiología de este último, aún es desconocida pero se ha asociado con el virus del papiloma humano, el uso de diuréticos, el síndrome Muir-Torre (SMT),⁽⁷⁾ la radioterapia, y los trasplantes renales.⁽⁸⁾

Diagnóstico

El cuerno cutáneo se observa como un tumor hiperqueratósico de color blanco con tinte amarillento, de forma cilíndrica, recta o curva, que recuerda al cuerno de un animal. Su tamaño puede variar de algunos milímetros a varios centímetros y su altura prevalece sobre su diámetro. ^(1,3) Generalmente es asintomático, aunque puede presentar dolor local, prurito y eritema perilesional. ⁽⁷⁾ El estudio histológico muestra una masa compacta con hiperqueratosis difusa y paraqueratosis. ⁽³⁾ Los hallazgos en la base del cuerno cutáneo varían según la patología subyacente.

Respecto al carcinoma sebáceo, la presentación clínica ocular más frecuente es la de un nódulo solitario, profundo, pequeño, firme, algo solevantado y de crecimiento lento. ⁽⁹⁾ Puede ser relativamente translúcido, de color amarillo o naranja y estar cubierto por piel normal o ligeramente verrugosa.

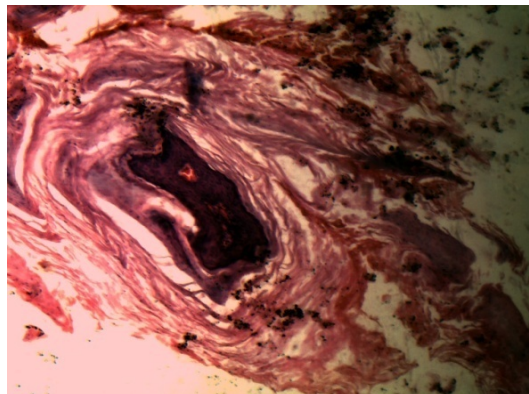


Fig. 2. Aspecto histológico de la lesión extirpada. Tinción Hematoxilina y Eosina.

Pronóstico

El pronóstico del cuerno cutáneo está directamente relacionado con la patología subyacente, mostrando mayor tasa de recurrencia y agresividad cuando la causa del cuerno cutáneo corresponde a patología maligna como carcinoma espinocelular y sebáceo. ^(1,7) Se han descrito algunas características clínicas predictoras de malignidad como la presentación en pacientes de edad avanzada, localización en áreas fotoexpuestas, presencia de una base más ancha que su altura, dolor y eritema perilesional. ⁽¹⁻⁷⁾

Además, el antecedente de cáncer de piel y queratosis actínica, aumenta el riesgo de presentar una lesión pre maligna o maligna subyacente al cuerno cutáneo. ⁽³⁾

Respecto al carcinoma sebáceo, es una neoplasia agresiva con una mortalidad que varía entre el 20% y el 30% a los 5 años.^(8,10) Los factores pronósticos de CS incluyen la pobre diferenciación sebácea, origen multicéntrico, tamaño (a mayor tamaño, peor pronóstico), crecimiento infiltrativo e invasión linfática y vascular. La recurrencia local a 5 años es del 9%-36% y metastatiza en el 14%-25% de los casos, inicialmente a ganglios linfáticos, luego a hígado, pulmones, cerebro y huesos.⁽³⁾

Tratamiento

El tratamiento del cuerno cutáneo es quirúrgico, ya que es necesario realizar una resección completa de la lesión con márgenes amplios, profundizando en la base, y siempre asociado a estudio histopatológico con el fin de descartar malignidad.⁽¹⁻⁷⁾ El manejo definitivo está determinado por el diagnóstico histológico de la lesión. A su vez, el tratamiento primario del CS también es quirúrgico. La cirugía escisional estándar ha presentado recurrencias de hasta el 30% (20, 21); en cambio, la microcirugía de Mohs ha mostrado ser más efectiva.⁽²⁾

Respecto a la magnitud de los márgenes en la resección de CS existe controversia. Rivera Valdespino y colb,⁽²⁾ efectuaron un seguimiento durante 5 años a 14 pacientes con CS palpebral operados con reconstrucción por aposición primaria o colgajos transposicionales. Esos autores observaron recurrencia en 5 pacientes (35,7%), cuyos márgenes libres fueron de 1-3 mm; sin embargo, no hubo recurrencia cuando los márgenes fueron de 5 mm. Los CS oculares no limitados a los párpados requieren una exéresis orbital para lograr márgenes adecuados. La radioterapia debe considerarse como tratamiento paliativo y no curativo cuando el paciente rechaza la cirugía, está fuera del alcance quirúrgico o como manejo post operatorio de las metástasis.⁽³⁾

Conclusiones

El cuerno cutáneo es una entidad clínica que puede tener múltiples orígenes. Su importancia radica en la patología subyacente, la cual puede ser benigna, premaligna o maligna, por lo tanto, se requiere de un diagnóstico histológico en todos los casos para descartar malignidad. En relación a la prevención, dado que se presenta con mayor

frecuencia en áreas fotoexpuestas, es de suma importancia educar a la población en medidas de fotoprotección.

Por otra parte, es importante sospechar un CS en lesiones oculares crónicas, ya que corresponde a una neoplasia maligna de curso agresivo, de alta mortalidad, con riesgo de recurrencia local y metástasis.

Referencias bibliográficas

- 1-Irisarri Arévalo J, Oliva Mella P. Eficacia de la radioterapia y la quimioterapia combinadas comparada con la radioterapia en el carcinoma oral de células escamosas. Rev Cubana Est 2015; 52(4): 52-8.
- 2-Rivera Valdespino A, Sierra Rosales J, Capote Vázquez A. Carcinoma de células escamosas de la piel infiltrando hueso. Presentación de un caso. MULTIMED 2015; 19(5): 962-71.
- 3-Hernández Piñero L, Rodríguez López JL, Menéndez Villa Md. Carcinoma de células escamosas de pene. Rev Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. 2009 [citado 2019/5/7]; 40(11). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v31n5/spu16509.pdf>
- 4-González Pérez M, González Gámez S, Suárez Arias M. Carcinoma epidermoide de conjuntiva en un adulto mayor. MEDISAN 2016 Nov; 20(11): 2362-2366.
- 5- Canto Vidal B, Aguilar Colina D, González Sánchez D, Viera Dócil Á. Resultados de cirugía estética en pacientes con carcinomas basocelulares y epidermoides. Medisur 2016; 14(4): 375-381.
- 6-Fernández Martell RM, Legrá Lezcano A, Sánchez Fernández CM, Dopico Toledo AP, González Carrillo L, González Romo R. Comportamiento del cáncer de piel en el Policlínico Universitario Héroes del Moncada, en Cárdenas. Estudio de 10 años. Rev Med Electron 2016; 38(3): 324-333.
- 7-Hernández Piñero L, Menéndez Villa Md. Carcinoma epidermoide de conducto auditivo externo. Medimay [Internet]. 2015 [citado 2019/5/7]; 21(3). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/873/1297>

8-Coca Granado RM, Jiménez Rodríguez Y. Colgajo temporal como alternativa reconstructiva en un carcinoma epidermoide cutáneo de la región parotídea. Rev Cubana Cir 2016 Jun; 55(2): 176-84.

9-Iribarren O, Ramírez M, Madariaga JA, Riveros Ó, Valdés C, Toledo J. Carcinoma de células escamosas de piel. Serie de casos. Rev Chil Cir 2018 Ago; 70(4): 315-321.

10-García Massó D, Chacón Oduardo E, Almenares Soria L. Presentación clínica atípica del carcinoma epidermoide cutáneo. Rev Cub Med Mil 2016 Jun; 45(2): 215-220.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.