

CASO CLÍNICO

Cuerno Cutáneo Doble de Dorso Nasal. Reporte de un caso de presentación inusual

Enrique Úraga,* Andrea Lubkov,** Verónica Úraga,** Annette Morán,** Juan Carlos Garcés***

* Director del Centro
Dermatológico "Dr. Úraga"
** Dermatóloga del Centro
Dermatológico "Dr. Úraga"
*** Dermatopatólogo

Correspondencia a:
drenriqueuragap@hotmail.com

Palabras clave: Cornu
cutaneum, cuerno cutáneo
doble, dermatoscopia

RESUMEN

El cuerno cutáneo es una lesión bastante frecuente en la patología dermatológica que se puede observar solitario, con características benignas, o asociado a otros procesos benignos o malignos. Se discuten sus características clínicas y dermatoscópicas y se reporta un sencillo caso que por su ubicación, forma de presentación, tiempo de evolución y edad del paciente le otorgan una particularidad especial.

INTRODUCCIÓN

El término cuerno cutáneo (CC) que proviene del latín cornu, (cuerno, excrecencia), es denominado de esta manera por su semejanza con el cuerno de ciertos animales, diferenciándose de ellos por la ausencia de una posición axial y por carecer de hueso bien formado, siendo esta denominación en realidad más bien un concepto clínico o semiológico. Generalmente se presenta como una neoformación exofítica, queratósica, de forma cónica, de un color blanco amarillento, recta o curva. Estas lesiones pueden asociarse con lesiones benignas o malignas y es frecuente observarlas en zonas descubiertas¹

El cuadro fue descrito hace ya mucho tiempo, el primer caso registrado en la literatura fue en el año 1300 en un paciente varón que presentaba siete lesiones en el cuero cabelludo.² Se lo conoce también por el epónimo de cornu cutaneum de Rokitansky por el patólogo alemán Barón Carl von Rokitansky pero, históricamente fue el cirujano inglés Everard Home quien hace la primera descripción del CC en 1791.³

Son proyecciones cónicas en la piel que están formadas por queratina compactada que se manifiestan como hi-

perqueratosis. Son más frecuentes en pacientes caucásicos y relativamente menos comunes en árabes, asiáticos y descendientes de africanos, se piensa que esta tendencia racial puede explicarse por la protección relativa de la piel pigmentada frente a los rayos UV.⁴ Tiene más incidencia en pacientes mayores de 50 años y según unos autores no se reporta una predilección sexual manifiesta mientras que otros refieren predominancia del sexo femenino que aumenta con la edad.

Como lo indicamos, es más frecuente el encontrarlo en áreas expuestas al sol sobre todo cara y cuero cabelludo, pero se lo ha reportado en manos, plantas, pene, párpados, vestíbulo nasal, labios, pecho, cuello y hombros, e incluso en zonas cubiertas.^{4,5,6,7} Generalmente se presenta sobre una verruga benigna o de una queratosis seborreica³ y si bien más de la mitad de las patologías ubicadas en la base de las lesiones son benignas no se debe olvidar que entre 23% y 37% se derivan de queratosis actínicas pre malignas, habiéndose reportado un porcentaje de hasta 20% de lesiones situadas en la base del CC que son identificadas como procesos malignos.⁸

Uno de los mayores estudios fue el de Yu et al. en 643 CC y en 19 años de seguimiento, estos autores encontraron que el 38,9% derivaban de una lesión maligna o pre maligna mientras que el 61,1% procedían de lesiones benignas.⁹ En su estudio encontraron en todos los casos carcinomas espinocelulares como lesión maligna.

Las lesiones que pueden constituirse en la base de los CC son muy variadas incluyendo queratosis actínicas, carcinomas espinocelulares, queratoacantomas, enfermedad de Bowen, queratosis seborreicas, carcinomas basocelulares, hemangiomas, balanitis micácea pseudoepiteliomatosa, sarcoma de Kaposi, adenoma sebáceo, enfermedad de Paget de la mama, etc.¹⁰

Para que podamos denominarlos como CC es importante que su altura exceda de forma convencional al menos la mitad de su diámetro mayor, es decir que hay preponderancia de la longitud sobre el diámetro de la base pudiendo alcanzar longitudes de hasta 25 cm.^{11,12}

En lo que respecta al tiempo de evolución Pérez et al. en su trabajo retrospectivo de 10 años reportaron por primera vez, que en las lesiones con evolución de 12 meses o menos predominaban lesiones precursoras benignas hasta en un 51% de los casos, mientras que en evoluciones más largas (37 a 48 meses) predominaban las lesiones precursoras malignas hasta en 50% de los casos.¹³

Por otra parte, en lo que respecta a la relación del tamaño de la base lesional y malignidad, Mencia et al. encontraron que los CC pequeños, menores de 10 mm se asociaban con lesiones benignas y los de mayor tamaño (más de 20 mm) con lesiones malignas.¹⁴ Sin embargo, Pérez y col. difieren de estos resultados afirmando que los CC de pequeño tamaño no necesariamente están exentos de malignidad.¹³ Es importante acotar que el estudio de Mencia fue llevado a cabo en lesiones de párpados.

Finalmente, la mayor parte de los estudios están de acuerdo que en los pacientes ancianos se presenta el CC con más frecuencia y en ellos aumenta la posibilidad de malignidad. Mencia¹⁴ reporta que el CC en pacientes jóvenes es un evento muy raro y en su trabajo el solo encontró seis casos en pacientes menores de 40 años y de ellos solo uno presentaba carcinoma basocelular.¹⁴

La dermatoscopia juega actualmente un papel importante en el diagnóstico del CC. Si pensamos que esta lesión se desarrolla en una base queratinocítica con la histopatología dentro de un espectro que va desde la queratosis benigna hasta el carcinoma de células escamosas con carácter invasivo, es interesante que este método nos oriente hacia un CC benigno basado en las siguientes características:¹⁵

1. El signo de las terrazas que consiste en láminas horizontales paralelas de queratina muerta y que se corresponde histopatológicamente con una ortohiperqueratosis compacta, la presencia de este signo inclina la balanza hacia un proceso benigno sin las características invasivas de rápida evolución de los carcinomas escamosos.
2. La determinación dermatoscópica de predominio de la altura del CC sobre el diámetro de su base nos inclina igualmente hacia un CC
3. La ausencia de eritema en la base del CC que se presume que representa una mayor perfusión que podría estar ligada a factores intrínsecos de un proceso neoplásico. Invasivo.
4. A estos signos dermatoscópicos se suman un signo clínico que es la presencia o ausencia de dolor espontáneo o a la palpación y los hechos del tiempo de evolución y la edad de los pacientes que ya señalamos anteriormente.

Podemos entonces concluir que: la presencia de estructura en terrazas, longitud mayor que el diámetro de la base, ausencia de eritema en su base, ausencia de dolor, tiempo corto de evolución y edad joven de los pacientes, inclinan hacia un cuerno cutáneo simple mucho más que a un carcinoma de células escamosas invasivo.

REPORTE DEL CASO

Se trata de un paciente varón de 15 años de edad quien consulta por presentar dos lesiones coniformes, elevadas, paralelas, separadas por un espacio de piel sana que se encuentran ubicadas en el tercio superior del dorso de la nariz, dando lugar a una imagen muy peculiar. El paciente refiere que las lesiones tienen un mes de evolución.



Fig 1a. Vista frontal de las 2 lesiones. Fig 1b. Vista lateral de las mismas. Se aprecia la integridad de la piel en la base de las espículas.

Son discretas lesiones que aparecieron al mismo tiempo, muy pequeñas, para luego rápidamente elevarse verticalmente en paralelo dejando entre las dos formaciones un espacio de piel sana. Las dos estructuras tienen forma cónica terminada en una punta más fina, de consistencia firme y un color blanquecino opaco. La base de las lesiones no estaba infiltrada ni se observaban cambios indicadores de otras patologías (Fig. 1a y 1b).

La relación diámetro mayor vs longitud muestra predominio de la segunda. El paciente no refería molestias de ningún tipo ni antecedentes traumáticos, igualmente negaba la presencia de lesiones previas en el área lesional.

Se practica examen dermatoscópico que permite visualizar más claramente las lesiones que se observan como estructuras queratinizadas terminadas en punta, de un color blanco amarillento y de orientación vertical. La de la derecha formada por un solo cuerpo y la de la izquierda presenta una bifurcación que termina en doble punta (Fig. 2).

En el cuerpo del cuerno y en su extremo se puede observar la presencia de discreta vascularización en forma de muy escasos vasos lineares y en hebilla. Tal vez por el pequeño tamaño lesional no se visualiza claramente el signo de las terrazas, pero si se ve se ve claramente el predominio de la altura, sin observarse eritema en la base de la lesión (Fig. 3).



Fig 2. La magnificación dermatoscópica permite observar la formación queratósica, la bifurcación en la lesión izquierda (flecha blanca) y el color blanco amarillento.

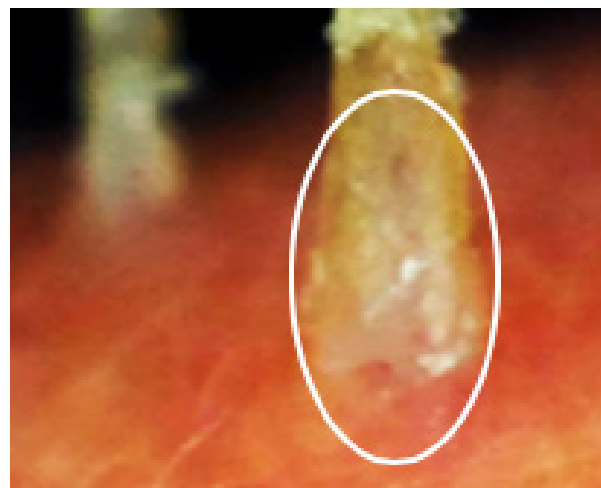


Fig. 3. En la base de la lesión se puede observar la presencia de vasos lineares y en horquilla (óvalo blanco).



Fig. 4. Microfotografía del corte histológico teñido con hematoxilina-eosina que muestra la presencia de una columna córnea. Se observa la bifurcación denotada por la dermatoscopia.

Se realiza biopsia por afeitado (Fig. 4), a fin de evitar cicatrices innecesarias y por solicitud expresa del paciente la misma que reporta: Presencia de material córneo paraqueratósico (muestra superficial) compatible con cuerno cutáneo.

CONCLUSIÓN

Presentamos un sencillo caso de CC que si bien cumple con las manifestaciones usuales del proceso como son estructura lesional, relación diámetro versus longitud, características dermatoscópicas e histopatológicas, sin embargo, posee varias curiosas características que nos pareció de importancia reportar. En primer lugar, la peculiar disposición en espículas verticales independientes y paralelas ubicadas en el dorso nasal, es de muy rara observación y por lo menos nosotros no la hemos encontrado reportada en la literatura a nuestro alcance. En segundo lugar, la edad de aparición (15 años) es totalmente inusual y finalmente el tiempo de evolución del cuadro (un mes) afirmado enfáticamente por el paciente tampoco es totalmente usual. Por todo ello nos ha parecido de interés el reporte de este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosas A, Díaz JM, Mancheno A, De La Torre M, Toussaint S, Sorti HM. Cuerno cutáneo: Estudio clínico-patológico retrospectivo en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en México y en el Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel de Guatemala. *Med Cutan Iber Lat Am* 2014; 42: 104-108.
2. Alarcón H, Rodríguez E, Ramos A. Cuerno cutáneo: Comunicación de un caso de topografía inusual. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001;10:97-99.
3. Sonarkar R, Ghuge A, Gajendra G. An interesting case of cutaneous horn. *Indian J Case Reports* 2019;5:67-69.
4. Padmini HR, Pandey N. Eyelid Cutaneous Sebaceous Horn: A Rare and Interesting Case Report. *International Journal of Scientific Study* 2015;3:134-136.
5. Blasco G, Arias S, Pérez I, Aneiros J. Cuerno cutáneo en labio superior. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:429.
6. Esrarlan H, Basaran MM, Akmansu S. Diagnosis and Management of Cornu Cutaneum of Nasal Vestibule: A Rare Case Report. *Case Reports in Medicine Volume* 2015, Article ID 625832, 3 pages
7. Marrugo J, Sánchez MT, Romo C, Hernández MM. Cuerno cutáneo en la planta. *Dermatol Rev Mex* 2017;61:234-239.
8. Kumar S, Bijalwan P, Saini SK. Carcinoma buccal mucosa underlying a giant cutaneous horn: A case report and review of the literature. *Case Rep Oncol Med*. 2014;5:1.
9. Yu R, Pryce D, Macfarlane A, Stewart T. A histopathological study of 643 cutaneous horns. *Br J Dermatol* 1991;124:449-452.
10. Hermida JA, Bermejo A. Cuerno cutáneo, queratosis actínica y carcinoma espinocelular. A propósito de un caso clínico. *Semergen*. 2013;39:113-116
11. Sánchez MT, Barba JM, Munguía J. Cuerno cutáneo: una fascinación clínica con implicaciones médicas. *Rev Sal Jal* 2016;3:108-111.
12. Solanki LS, Dhingra M, Raghubanshi G, Thami GP. An innocent giant. *Indian J Dermatol* 2014;59:633-634.
13. Pérez RAG, Guevara GE, Hernández TM. Lesiones precursoras de cuernos cutáneos: estudio retrospectivo de 10 años. *Dermatol Rev Mex* 2009;53:282-287.
14. Mencía GE, Gutiérrez DE, Redondo MI, Ricoy JR, García TJP. Cutaneous horns of the eyelid: a clinicopathological study of 48 cases. *J Cutan Pathol* 2004;31:539-43.
15. Pyne J, Saptoka D, Cheng J. Cutaneous horns: clues to invasive squamous cell carcinoma being present in the horn base. *Dermatol Pract Conc*. 2013;3:3-7.