

Cuerno cutáneo: una sorpresa histopatológica

RESUMEN

El cuerno cutáneo es una lesión poco frecuente, compuesta principalmente de queratina. En la base de esta dermatosis pueden encontrarse múltiples padecimientos. Se comunica el caso de una paciente de 55 años de edad con diagnóstico de artritis reumatoide, hipotiroidismo e insuficiencia cardiaca, quien tenía un cuerno cutáneo en la región submandibular que, al estudio histopatológico, demostró molusco contagioso. En esta afección frecuentemente se observan pápulas del color de la piel y umbilicadas; sin embargo, su manifestación como cuerno cutáneo es extraordinariamente rara.

Palabras clave: cuerno cutáneo, molusco contagioso, artritis reumatoide, metotrexato.

José Manuel Ruiz-Matta¹
Karla Michelle Gatica-Torres¹
Carla Cruz-Reyes²
Marcela Saeb-Lima²

¹Departamento de Dermatología.

²Departamento de Patología.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Cutaneous Horn: a Histological Surprise

ABSTRACT

Cutaneous horn is an uncommon lesion composed primarily of keratin. The entities that occur at the base of this lesion are manifold. We herein, report the case of a 55-year-old female patient with diagnosis of rheumatoid arthritis, hypothyroidism and heart failure, who developed a cutaneous horn on the submandibular region, where the histopathologic specimen showed a molluscum contagiosum. This entity commonly presents as skin-colored umbilicated papules; however, the presentation as a cutaneous horn is extremely rare.

Key words: cutaneous horn, molluscum contagiosum, rheumatoid arthritis, methotrexate.

Recibido: enero 2014

Aceptado: marzo 2014

Correspondencia

Dra. Marcela Saeb Lima
Vasco de Quiroga 15
14000 México, DF
marcela.saeblima@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Ruiz-Matta JM, Gatica-Torres KM, Cruz-Reyes C, Saeb-Lima M. Cuerno cutáneo: una sorpresa histopatológica. Dermatol Rev Mex 2014;58:285-288.

El cuerno cutáneo es la denominación morfológica de las lesiones que clínicamente se observan queratósicas, clásicamente con una altura de por lo menos la mitad de su diámetro. Son lesiones poco frecuentes, únicas, de consistencia firme y no dolorosas.^{1,2}

Se localizan predominantemente en áreas fotoexpuestas, como la cara y los miembros torácicos; sin embargo, se han reportado casos de cuerno cutáneo en el tronco, los miembros pélvicos y el pene.^{2,3} El grupo de edad en el que esta lesión es más prevalente es el mayor a 50 años, sin predominio de género. Esto probablemente debido al mayor daño actínico y traumatismo repetido que pudieran acumular a lo largo de la vida.^{1,2}

La importancia del diagnóstico de cuerno cutáneo no es la entidad como tal, sino la afección subyacente, porque macroscópicamente no existen elementos que permitan sospechar o hacer el diagnóstico de la enfermedad de base. En términos histológicos pueden encontrarse lesiones benignas, premalignas o malignas, por lo que para confirmar el diagnóstico se necesita el análisis histológico preciso y la toma de muestra adecuada de la base de la lesión.^{1,3,4} Se ha observado que el mayor tiempo de evolución de la lesión y un mayor diámetro de ésta aumentan las probabilidades de que resulte una afección premaligna o maligna.¹

La importancia de comunicar este caso es la manifestación clínica poco habitual de esta enfermedad.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 55 años de edad, ama de casa, residente de la Ciudad de México, con diagnóstico de artritis reumatoide desde 2008. Tenía el antecedente de haber iniciado tratamiento con metotrexato, con control subóptimo,

por lo que se agregó sulfasalazina y prednisona. El resto de sus afecciones incluían: hipotiroidismo subclínico en tratamiento con levotiroxina e insuficiencia cardiaca, con antecedente de recambio valvular mitral. Acudió a la consulta de dermatología por padecer una dermatosis localizada en la cara, de la que afectaba la región submandibular derecha, que se distinguía por una neoformación de superficie anfractuosa, amarillenta, de consistencia dura, que medía 0.5 cm de diámetro, de un año de evolución, asintomática, compatible con un cuerno cutáneo (Figura 1A). Continuaba en tratamiento con metotrexato, prednisona y sulfasalazina.

Además, tenía otras lesiones en el entrecejo y el cuello, que se distinguían por pápulas de superficie irregular, del color de la piel, blandas y con umbilicación central, que contenían un material blanco-amarillento, compatibles con molusco contagioso (Figura 1B).

Por lo anterior se realizó biopsia por rasurado del cuerno cutáneo para diagnóstico histopatológico, porque esta técnica se recomienda en caso de lesiones elevadas. Al obtenerse así epidermis, dermis papilar e incluso dermis reticular se puede determinar el tratamiento de acuerdo con la confirmación histológica en caso de ser una lesión benigna o maligna.^{5,6} En el resto de las lesiones se realizó curetaje.

En el estudio histopatológico se observó un nódulo epitelial compuesto por invaginaciones infundibulares y dilataciones de aspecto quístico. Éstas estaban revestidas de un epitelio queratinizado que mostraba desde el estrato escamoso inclusiones virales intracitoplasmáticas, con aspecto granular que desplazaban el núcleo a la periferia con imagen de semiluna. El estrato córneo mostraba numerosas láminas de queratina compacta, con paraqueratosis y células con las mismas inclusiones virales (cuerpos de Henderson-Paterson), por lo que se emitió el



Figura 1. A. Imagen clínica del cuerno cutáneo, con apariencia queratósica amarillenta y leve eritema de la base. A y B. Nótese algunas pápulas color piel, con umbilicación central.

diagnóstico de molusco contagioso asociado con cuerno cutáneo (Figura 2).

La paciente continúa con el mismo tratamiento farmacológico y se mantiene en vigilancia ante la probable aparición de nuevas lesiones.

DISCUSIÓN

Si bien el diagnóstico clínico de cuerno cutáneo no suele tener dificultad, es la variedad de lesiones subyacentes la que trasciende en el pronóstico del paciente. En este caso, la biopsia diagnosticó el molusco contagioso.

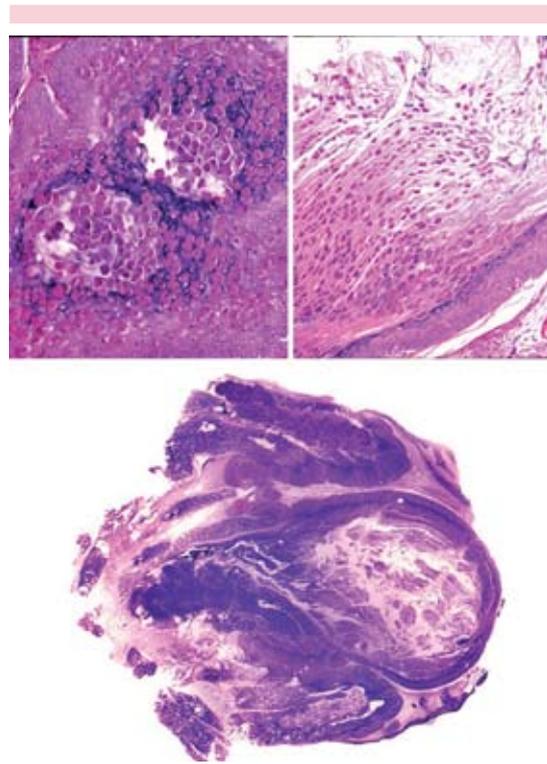


Figura 2. Los cortes histológicos muestran un nódulo epitelial con invaginaciones foliculares con gran contenido de queratina que forman un cuerno cutáneo. En el acercamiento se observan las inclusiones virales intracitoplasmáticas granulares eosinófilas y los cuerpos de Henderson-Paterson.

El molusco contagioso es producido por un ADN-virus, que es el principal poxvirus que causa enfermedades en los humanos. Produce una infección viral caracterizada por pápulas pequeñas, en promedio de 3 a 5 mm, del color de la piel, con umbilicación central y de contenido cremoso.^{7,8} El molusco contagioso puede contraerse al estar en contacto directo con piel infectada o en raras ocasiones por fómites.⁸

En pacientes inmunocompetentes generalmente se observan menos de 20 lesiones y pueden aliviarse espontáneamente; sin embargo, en

Cuadro 1. Características clínicas de la asociación entre cuerno cutáneo y molusco contagioso reportadas en la bibliografía

Referencia	Edad (años)	Localización	Comorbilidades	Otras lesiones de molusco contagioso	Tratamiento
Presente caso	55	Barba	Artritis reumatoide	Sí	Rasurado
Schwartz y colaboradores ¹⁰	34	Barba	VIH	Sí	No especificado
Thappa y colaboradores ¹¹	5	Párpado superior izquierdo	VIH	Sí	Extirpación y ácido tricloroacético
Manchanda y colaboradores ¹²	34	Pene	VIH	Sí	Electrocauterización
Sim y colaboradores ¹³	9	Retroauricular	Sana	Sí	No especificado

pacientes inmunosuprimidos puede haber 100 o más lesiones de manera diseminada.^{8,9} El molusco contagioso en un cuerno cutáneo es extremadamente poco frecuente, en la bibliografía sólo se encontraron cuatro casos reportados, tres en pacientes infectados con VIH y uno en una paciente inmunocompetente (Cuadro 1).¹⁰⁻¹³ Se han reportado varios casos en los en los que al parecer el tratamiento con metotrexato predispone a la infección por molusco contagioso, en particular en pacientes con artritis reumatoide con terapia con metotrexato de larga evolución.^{7,9}

Esta infección se diagnostica con el estudio histológico, al identificar las inclusiones virales, llamadas cuerpos de Henderson-Paterson y un cráter central lleno de queratina. En casos donde haya duda puede realizarse hibridación *in situ* y PCR de muestras de tejido.⁸

La escisión quirúrgica de los cuernos cutáneos debe ser conservadora y en el caso de las lesiones de molusco el curetaje tiende a ser curativo; sin embargo, cuando la infección afecta a pacientes inmunodeprimidos suele ser resistente al tratamiento.^{7,9} En ocasiones la suspensión del tratamiento con metotrexato ayuda a la desaparición de las lesiones; sin embargo, en esta paciente, al tratarse de una infección localizada y ser mayor el beneficio para el tratamiento de la artritis reumatoide, no se interrumpió el tratamiento inmunosupresor.

REFERENCIAS

- Mantese SA, Diogo PM, Rocha A, Berbert AL, et al. Cutaneous horn: a retrospective histopathological study of 222 cases. *An Bras Dermatol* 2010;85:157-163.
- Sathyanarayana SA, Deutsch GB, Edelman M, Cohen-Kashi KJ. Cutaneous horn: a malignant lesion? A brief review of the literature. *Dermatol Surg* 2012;38:285-287.
- Copcu E, Sivrioglu N, Culhaci N. Cutaneous horns: are these lesions as innocent as they seem to be? *World J Surg Oncol* 2004;2:18.
- Castillo D, Zerpa O, Loyo N, López C, y col. Histopatología del cuerno cutáneo: estudio retrospectivo de 77 casos. *Derm Venez* 2002;40:65-69.
- Affleck AG, Colver G. Skin biopsy techniques. In: Robinson JK, Hanke CW, Siegel DM, Fratila A, editors. *Surgery of the skin: procedural dermatology*. 2nd ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2010;167-176.
- Olbricht S. Biopsy techniques and basic excisions. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors. *Dermatology*. 3rd ed. St. Louis: Elsevier, 2012;2381-2397.
- Madan V, August PJ. Facial molluscum contagiosum in a patient with rheumatoid arthritis taking methotrexate. *Clin Exp Dermatol* 2008;33:347.
- Chen X, Anstey AV, Bugert JJ. Molluscum contagiosum virus infection. *Lancet Infect Dis* 2013;13:877-888.
- Lim KS, Foo CC. Disseminated molluscum contagiosum in a patient with chronic plaque psoriasis taking methotrexate. *Clin Exp Dermatol* 2007;32:591-593.
- Schwartz JJ y col. HIV-related molluscum contagiosum presenting as a cutaneous horn. *Int J Dermatol* 1992;31:142-144.
- Thappa DM, Laxmisha C. Cutaneous horn of eyelid. *Indian Pediatr* 2004;41:195.
- Manchanda Y, Sethuraman G, Paderwani PP, Singh M, et al. Molluscum contagiosum presenting as penile horn in HIV positive patient. *Sex Transm Infect* 2005;81:183-184.
- Sim JH, Lee ES. Molluscum contagiosum presenting as a cutaneous horn. *Ann Dermatol* 2011;23:262-263.