

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68iS1.10141>

Sarcoma de Kaposi en la base de un cuerno cutáneo gigante: afección histopatológica poco frecuente

Kaposi's sarcoma on the base of a giant cutaneous horn: A rare histopathological entity.

Fray Elaev Serrano Ríos,¹ Marco Antonio Rodríguez Castellanos,² Berenice Monse-
ratt Pérez Aldrete³

Resumen

ANTECEDENTES: El cuerno cutáneo se caracteriza por la acumulación de material queratinizado anormal. Puede asociarse con una variedad de lesiones cutáneas benignas, premalignas y malignas.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 45 años, con antecedente de infección por virus de la inmunodeficiencia humana, diagnosticada cuatro meses previos. En la extremidad inferior izquierda se observó una neoformación cónica e hiperqueratósica. El reporte de la biopsia por escisión fue de sarcoma de Kaposi como base de cuerno cutáneo gigante.

CONCLUSIONES: El cuerno cutáneo ocurre muy raramente en relación con neoplasias de tejidos blandos. En la revisión bibliográfica sólo encontramos cinco casos de esta asociación.

PALABRAS CLAVE: Cuerno cutáneo; sarcoma de Kaposi; neoplasias de tejidos blandos.

Abstract

BACKGROUND: Cutaneous horn is characterized by the accumulation of abnormal keratinized material. It can be associated with a variety of benign, premalignant, and malignant skin lesions.

CLINICAL CASE: A 45-year-old male patient with a history of human immunodeficiency virus infection, diagnosed four months previously. A conical and hyperkeratotic neoformation was observed in the left lower extremity. The report of the excisional biopsy was of Kaposi's sarcoma as the base of a giant cutaneous horn.

CONCLUSIONS: Cutaneous horn occurs very rarely in relation to soft tissue neoplasms. In our literature review we only found five cases of this association.

KEYWORDS: Cutaneous horn; Sarcoma, Kaposi; Soft tissue neoplasms.

¹ Dermatólogo egresado, práctica privada.

² Dermatólogo.

³ Dermatóloga y dermatopatóloga. Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

Recibido: julio 2024

Aceptado: septiembre 2024

Correspondencia

Marco Antonio Rodríguez Castellanos
ma.rguezc@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Serrano-Ríos FE, Rodríguez-Castellanos MA, Pérez-Aldrete BM. Sarcoma de Kaposi en la base de un cuerno cutáneo gigante: afección histopatológica poco frecuente. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (Supl. 1): S118-S122.

ANTECEDENTES

Un cuerno cutáneo es una lesión tumoral cónica, hiperqueratósica, hipertrófica y bien circunscrita, causada por la acumulación de corneocitos, que asemeja al cuerno de un animal, pero sin su núcleo óseo. Es más frecuente en sujetos mayores de 50 años, sin predominio de sexo.^{1,2,3}

Afecta topografías fotoexpuestas con daño actínico secundario, como la cara, el pabellón auricular, el cuello y las extremidades superiores.¹ El término gigante se utiliza cuando se encuentran lesiones clínicas con tamaño mayor a un centímetro.²

Su importancia radica en determinar su causa para poder otorgar la mejor opción terapéutica a los pacientes porque puede encontrarse una causa subyacente benigna, premaligna o maligna,¹ que se confirma mediante la escisión y la revisión histopatológica de la base.²

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 45 años con antecedente de hipoacusia neurosensorial congénita y de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) diagnosticada cuatro meses previos, momento en que comenzó la terapia antirretroviral. Inició su dermatosis 6 meses antes de la consulta con lesiones cutáneas en la pierna izquierda, una de las cuales tuvo un crecimiento rápido.

A la exploración física de la pierna izquierda, en la cara anterolateral de la región pretibial, se observaron seis neoformaciones nodulares, eritematosas, de superficie lisa y bordes precisos, que medían entre 0.3 y 1 cm (**Figura 1**) y una neoformación cónica, color marrón claro, hiperqueratósica, de superficie rugosa y bordes precisos, que medía 3 x 2 x 0.8 cm (**Figura 2**), todas de evolución aparentemente crónica.



Figura 1. Neoformaciones de base sésil, nodulares, eritematosas y de superficie lisa.



Figura 2. Neoformación cónica, hiperqueratósica, de bordes regulares, de 3 x 2 x 0.8 cm.

Los estudios de laboratorio mostraron una carga viral de 37,989 copias/mm, un conteo de linfocitos CD3 de 3376 cél/ μ L, CD4 de 748 cél/ μ L, CD8 de 2259 cél/ μ L y relación CD4/CD8 de 0.30 (valor normal > 1). El estudio histopatológico de la biopsia por escisión de la lesión de mayor tamaño reportó epidermis hiperqueratósica-ortoqueratósica y, en todo el espesor de la dermis, una neoformación compuesta por células fusiformes, entremezclada con vasos sanguíneos y fibras de colágeno (**Figura 3**). Estos hallazgos fueron compatibles con sarcoma de Kaposi en fase tumoral, como base de cuerno cutáneo. Según los estudios de laboratorio, el paciente se clasificó en C1-SIDA, se interconsultó al servicio de Infectología para continuar con apego estricto a la terapia antirretroviral.

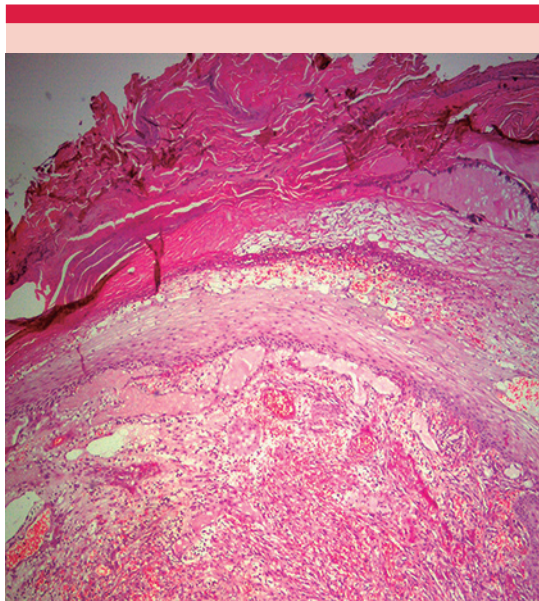


Figura 3. Estudio histopatológico de la lesión corniforme que muestra la epidermis hiperqueratósica-ortoqueratósica y en toda la dermis un tumor compuesto por células fusiformes, entremezclada con vasos sanguíneos y fibras de colágeno, datos compatibles con sarcoma de Kaposi en fase tumoral como base de cuerno cutáneo (tinción de hematoxilina y eosina, 40X).

DISCUSIÓN

La importancia del diagnóstico del cuerno cutáneo no es la afección como tal, sino el padecimiento subyacente que puede encontrarse en su base porque de forma macroscópica no existen elementos clínicos que permitan sospechar la dermatosis que propició tal neoformación. Por ello es importante practicar un estudio histopatológico, ya sea a través de una biopsia profunda con sacabocado o, bien, la escisión total cuando las lesiones son pequeñas, para poder determinar la lesión precursora.^{3,4}

De forma microscópica las causas de los cuernos cutáneos se dividen en: 1) lesiones benignas, que son las más frecuentes y de éstas lo son las verrugas vulgares, las queratosis seborreicas, los tricolemomas y los adenomas sebáceos; 2) lesiones premalignas: queratosis actínicas, queratosis arsenicales, queratoacantomas y la enfermedad de Bowen y 3) lesiones malignas, que representan del 7 al 20% de los casos e incluyen el carcinoma espinocelular, el carcinoma basocelular y el melanoma.⁵

El sarcoma de Kaposi como base de un cuerno cutáneo es una asociación muy rara y poco reportada en la bibliografía. En una revisión de las bases de datos Medline, Google Académico y Dialnet, sólo encontramos cinco casos reportados antes del nuestro (**Cuadro 1**). Aunque la localización en la extremidad inferior ha sido la constante en estos pacientes,^{1,5-8} es atípica para los cuernos cutáneos por ser sitios sin daño actínico. En los casos en que las lesiones no se encuentran en áreas fotoexpuestas, se ha sugerido que el traumatismo puede ser un factor predisponente,^{5,8} como en el caso comunicado por Yavuzekinci,¹ que tenía el antecedente de haber recibido criocirugía y radioterapia.

La morfología de manifestación no varía en relación con otros tipos clínicos de sarcoma de Kaposi, como el clásico, el endémico o el iatro-

Cuadro 1. Reportes de caso de sarcoma de Kaposi en la base de un cuerno cutáneo

Núm. de casos	Edad	Sexo	Localización	Inmunosupresión	Tratamiento
1 ⁷	NE	NE	Antebrazo	NE	NE
2 ⁵	78	Masc	Interdigital pie	No	Escisión
3 ⁶	82	Masc	Maléolo externo	No	Escisión
4 ¹	65	Masc	Fosa poplítea	No	Escisión
5 ⁸	NE	Masc	Primer dedo del pie	No	Escisión
Actual	45	Masc	Pierna	Sí	Escisión

NE: no especificado.

génico, de modo que puede mostrar la transición habitual de parche-placa-nódulo.⁹

La etiopatogenia del sarcoma de Kaposi asociado con la infección por VIH no es precisa. Se ha propuesto que las lesiones se manifiestan por ciertos estímulos, como el gen transactivador del VIH (*tat*), algunas citocinas y el propio virus herpes tipo 8, lo que, aunado al deterioro de la inmunovigilancia y a la liberación del factor de crecimiento de fibroblastos y del factor de crecimiento vascular endotelial, pudiera explicar la hipertrofia local y la angiogénesis.¹

En los casos de sarcoma de Kaposi asociados con un cuerno cutáneo, el tratamiento consistió en la extirpación completa,^{1,5-8} como en el paciente del caso. Pero, en general, en casos de SK asociado con el VIH, cuyas lesiones son más numerosas, es factible que los pacientes con enfermedad mínima reciban solo terapia anti-retroviral y aquéllos con enfermedad cutánea extensa o que requieren alivio rápido de la enfermedad reciban adicionalmente tratamientos específicos dirigidos al sarcoma de Kaposi, como la quimioterapia con doxorubicina liposomal pegilada, paclitaxel o pomalidomida. Este último es un agente oral inmunomodulador de tercera generación que tiene propiedades antiangiogénicas y fue aprobado para pacientes con sarcoma de Kaposi con y sin infección por VIH.^{10,11}

CONCLUSIONES

El interés de comunicar este caso clínico radica no sólo en la rara asociación entre sarcoma de Kaposi y un cuerno cutáneo, sino en la importancia que tiene que este último siempre se extirpe y analice histopatológicamente, debido a que las lesiones precursoras también pueden ser de extirpe premaligna o maligna.

REFERENCIAS

1. Yavuzekinci Ü, Özcan D, Güleç AT. Kaposi's sarcoma beneath a cutaneous horn. *Int J Dermatol* 2014; 53: e65-67. doi:10.1111/j.1365-4632.2012.05526.x
2. Soriano LF, Piansay-Soriano ME. A rapidly growing giant cutaneous horn on the chest. *J Dermatol Case Rep* 2015; 9: 113-115. doi:10.3315/jdcr.2015.1217
3. Bondeson J, Everard Home, John Hunter, and cutaneous horns: a historical review. *Am J Dermatopathol* 2001; 23: 362-369. doi:10.1097/00000372-200108000-00014
4. 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. doi: 10.1186/1477-7819-2-18
5. Onak Kandemir N, Gun BD, Barut F, Ozdamar SO, et al. Cutaneous horn-related Kaposi's sarcoma: A case report. *Case Rep Med* 2010; 2010: 825949. doi:10.1155/2010/825949
6. Silapunt S, Jordon RE, Piao Y, Tsai KY. Kaposi sarcoma presenting as a cutaneous horn. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64: 447-448. doi:10.1016/j.jaad.2009.07.002
7. Gibbs RC, Hyman AB. Kaposi's sarcoma at the base of cutaneous horn. *Arch Dermatol* 1968; 98: 37-40.
8. Oludiran OO, Ekanem VJ. Cutaneous horns in an African population. *J Cutan Aesthet Surg* 2011; 4: 197-200. doi:10.4103/0974-2077.91253

9. Grayson W, Pantanowitz L. Histological variants of cutaneous Kaposi sarcoma. *Diagn Pathol* 2008; 3: 31. doi:10.1186/1746-1596-3-31
10. Patel R, Lurain K, Yarchoan R, Ramaswami R. Clinical management of Kaposi sarcoma herpesvirus-associated diseases: an update on disease manifestations and treatment strategies. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2023; 21: 929-941. doi:10.1080/14787210.2023.2247161
11. Polizzotto MN, Uldrick TS, Wyvill KM, Yarchoan R, et al. Pomalidomide for symptomatic Kaposi's sarcoma in people with and without HIV Infection: A phase I/II study. *J Clin Oncol* 2016; 34: 4125-4131. doi:10.1200/JCO.2016.69.3812

