

Corno cutâneo em paciente atendido no ambulatório de dermatologia das Faculdades BWS

Cutaneous horn in a patienttt reated at BWS dermatology ambulatory.

Resumo

Introdução

O corno cutâneo é um termo clínico para uma lesão hiperqueratótica, de coloração branca a amarelada, variando de poucos milímetros a vários centímetros de tamanho, seu diagnóstico histopatológico da sua base é muito relevante porque a lesão pode estar associada a origens benignas, pré-malignas e malignas.

Objetivos

Ilustrar um relato de caso reportado pela exuberância da lesão e ainda reforçar a necessidade de pesquisar as diferentes etiologias da base, que o corno cutâneo pode apresentar.

Materiais / Sujeitos e Métodos

Informações obtidas com anamnese do paciente, registro fotográfico das lesões, análise do histopatológico e revisão da literatura.

Resultados

Foi evidenciado na anatomopatologia um carcinoma espinocelular que se caracteriza por um tumor maligno que pode evoluir, o diagnóstico precoce e sua exérese é o melhor tratamento para o paciente.

Conclusões

O caso é mais um dentre a literatura que demonstra que tais lesões podem ser malignas sendo o carcinoma espinocelular a mais comum.

Abstract

The cutaneous horn is a clinical term for a hyperkeratotic lesion, conical and circumscribed, white to yellowish, firm, ranging from a few millimeters to several centimeters in size; its histopathological diagnosis of its base is very relevant because the lesion may be associated with origins benign, pre-malignant and malignant. This study aims to illustrate a case report related to the exuberance of the lesion and also to reinforce the need to research the different etiologies of the base that the cutaneous horn can present.

Autora/Orientadora



Thaise Fornasier Shigemori
Pós-graduanda em Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil



Erminia Aparecida Domingos
Professora - Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Corno cutâneo. Carcinoma espinocelular.
Biopsia.

Keywords

Cutaneous horn. Squamous cell carcinoma. Biopsy.

INTRODUÇÃO

O corno cutâneo é um termo clínico para uma lesão hiperqueratótica, cônica e circunscrita, de coloração branca a amarelada, firme, variando de poucos milímetros a vários centímetros de tamanho ⁽¹⁾. Seu diagnóstico inicial é dado pela clínica, porém, para descartar malignidade como patologia básica, é sempre necessária realizar exérese cirúrgica e estudo histopatológico da base ^(2,4).

A análise da sua base é muito relevante porque a lesão pode estar associada a origens benignas, pré-malignas e malignas. Segundo Arevalo e na maioria dos estudos, aproximadamente 61,1% das lesões apresentam etiologia benigna e 38,9% pré-maligna ou maligna, porém há divergências entre eles ⁽²⁾.

Mantese analisou estudos que relatavam que quanto mais longo o tempo de evolução da lesão e maior o diâmetro da base, ocorre um aumento do risco de pré-malignidade e malignidade ^(3,4).

Quanto à etiologia benigna pode se originar de: verruga viral, queratoacantoma, queratose seborreica, hiperplasia epitelial benigna e angioma ^(2,3,8). Etiologia pré-maligna: queratose actínica. Etiologia maligna: CEC é a lesão mais corriqueira. De todas as etiologias, a queratose actínica é a lesão mais comumente encontrada na base do corno cutâneo ^(3,4).

O corno cutâneo acomete mais frequentemente indivíduos com mais de 50 anos, e a chance de malignidade aumenta proporcionalmente com a idade do indivíduo, ainda segundo Mantese ⁽³⁾. Homens são mais afetados que mulheres e indivíduos de pele clara e idosos têm predisposição aumentada de apresentação ⁽⁵⁾.

A lesão é mais presente em áreas de exposição solar e alguns estudos questionam a relação desta com aumento da pré-malignidade e malignidade ⁽⁴⁾. As localizações mais comuns são na região da cabeça, colo, tronco e extremidades, principalmente os membros superiores ⁽²⁾. Geralmente são assintomáticos, mas Pyne relata em seu trabalho que o carcinoma de células escamosas representa 94% das lesões malignas da base e há algumas características que o caracterizam como provável CEC: presença de eritema na base, sugerindo aumento da perfusão sanguínea e história prévia de dor ⁽⁶⁾.

De modo geral os estudos concluem que pacientes com idade avançada, antecedentes de câncer de pele e queratose actínica, corno cutâneo localizado em área fotoexposta, presença de uma base mais larga que sua altura, dor e eritema perilesional apresentam maior tendência à malignidade ^(2,3,4,5).

O tratamento do corno cutâneo é cirúrgico, sempre associado ao histopatológico da base ^(2,8). Kumaresan refere que caracterizada a lesão pré-maligna ou maligna na base, a mesma deve ser retirada com margens apropriadas e o paciente deve ser analisado cuidadosamente em exame físico avaliando os linfonodos de drenagem no trajeto da área da lesão ^(4,8).

O prognóstico do corno cutâneo está diretamente relacionado com a patologia da base ^(2,8).

RELATO DO CASO

Paciente FLB 62 anos, obeso, diabético e hipertenso. Referiu queimadura com óleo quente em abdome há aproximadamente 3 anos. Relatou que neste período, depois da queimadura citada acima, houve o surgimento de uma casca, e pele excedente; que ele mesmo retirava durante esse período. Referiu dor no local da lesão, que piorava com a manipulação da mesma.

Foi submetido a altos níveis de exposição solar quando jovem (morava no Nordeste em região árida), e não utilizava proteção solar; depois de adulto trabalha como segurança no período noturno não se expondo mais ao sol. FLB negou lesões de pele malignas pregressas em si mesmo ou em familiares. Faz uso de medicação continua para diabetes e hipertensão, porém não sabia relatar o nome dos mesmos. Houve tentativa de contato com paciente para averiguar fumo e uso de bebida alcoólica, porém o mesmo não tinha telefone válido.

Ao exame físico apresentava uma lesão tumoral única, bem delimitada, hiperkeratótica, consistência pétrea, pedunculada, base macerada, localizada na cicatriz umbilical. Leve hiperpigmentação perilesional. Restante do corpo sem outras lesões suspeitas.

Como o paciente não apresentava contato válido e não retornou ao ambulatório nas datas preestabelecidas, não pode ser reavaliado.

Figura 1 - Corno cutâneo em abdome.



Fonte: Original da autora.

Figura 2 - Lateral da Lesão.



Fonte: Original da autora.

Figura 3 - Base da Lesão.

Fonte: Original da autora

Conforme a anatomopatologia temos que a nível macroscópico a lesão tem fragmento elíptico de pele medindo 1,5 x 1,0cm de comprimento por 0,4cm de espessura. Apresenta na sua superfície lesão deprimida, rugosa e acinzentada que mede 0,5 x 0,5cm e dista 0,2cm de margem cirúrgica lateral mais próxima.

Aos cortes, o tecido é esbranquiçado e homogêneo. Acompanha fragmento irregular de aspecto polipoide, medindo 3,5 x 2,8cm de comprimento 1,0cm de espessura. A superfície é granulosa e acastanhada. Aos cortes o tecido é ora firme, ora friável e pardo acastanhado.

Em nível microscópico temos que existem cortes de pele que apresenta neoplasia epitelial imatura caracterizada por proliferação de células escamosas que formam blocos de tamanhos irregulares que encerram pérolas córneas e infiltram a derme. Com base nessas informações podemos constatar que se trata de um carcinoma de células escamosas invasivo de grau histológico bem diferenciado.

Apresenta espessura tumoral de 5,3mm com profundidade tumoral Clark IV e invasão perineural e angiolinfática não detectada. As margens cirúrgicas laterais estavam livres, porém, distavam 1mm da neoplasia. As margens cirúrgicas profundas estavam livres.

O paciente deveria retornar para reavaliação e ampliação das margens, porém como já citado, não apresentava contato válido e não retornou ao ambulatório na data agendada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O paciente corrobora os números de literatura como relatados por Mantese, que apresenta o CEC como a lesão maligna mais comumente encontrada na base do corno cutâneo. Com isso, também ressalta a importância de abordagem da lesão para pesquisa da base e suas diversas possibilidades de etiologia ^(2,3,4,8).

A hiperqueratose extensa, base macerada, hipercromia perilesional em local onde anteriormente referiu queimadura, manipulação da lesão, dor local e surgimento em área fotoexposta são características referidas em vários estudos que evidenciavam a tendência de malignidade da lesão, comprovada com a retirada e o histopatológico da base ^(6,7,8).

Outros diagnósticos diferenciais que poderiam ser encontrados na base são de etiologia benigna, sendo: ceratoses seborreicas; verrugas virais; certoacantomas; cistos epidermóides e triquilemais. Entre os pré-malignos tem papel importante as ceratoses actínicas e arsênicas; nas malignas tem destaque o carcinoma de células escamosas, doença de Bowen, sarcoma de Kaposi e carcinoma sebáceo.

No dia da excisão o paciente havia sido orientado a regressar ao ambulatório para receber o resultado do anatomopatológico, porém até o fechamento desse relato não retornou. De acordo com os resultados obtidos posteriormente, a lesão deveria ter as margens ampliadas e o paciente ser submetido ao exame físico para pesquisa de linfonodos ^(5,8). Houve várias tentativas de contato para ressaltar a importância de dar seguimento ao seu tratamento, todavia os dados informados para contato eram inválidos.

Segundo Arevalo, Mantese e Eray, o paciente deveria ser acompanhado quanto ao surgimento de novas lesões e sobre a importância da fotoproteção no dia a dia para evitar o aparecimento de novos tumores^(2,3,4).

CONCLUSÕES

O paciente corrobora a literatura, sendo um exemplo de importância da acertada identificação clínica do corno cutâneo, sua correta exérese e análise anatomopatológica da sua base, que possibilita verificar suas possíveis causas e seu tratamento adequado. Tal diagnóstico deve servir de alerta para lesões possivelmente malignas. Com a identificação da base, o acompanhamento do paciente se torna mais minucioso e permite a procura de possíveis metástases nos linfonodos.

REFERÊNCIAS

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
2. Nueva LA, Zamora DA, Núñez RG, Arévalo LMG, Alarcón BMG. Cuerno Cutáneo vs Carcinoma epidermoide. Presentación de caso. Multimed Rev Med Granma. [Internet]. 2019;23(3):552-561. Disponível em <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n3/1028-4818-mmed-23-03-552.pdf>
3. Mantese SAO, Diogo PM, Rocha A, Berbert ALCV, Ferreira AKM, Ferreira TC. Cutaneous horn: a retrospective histopathological study of 222 cases. An Bras Dermatol. [Internet]. 2010;85(2):157-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/zs7G54c7JzFgnPQWQjSJvzz/?format=pdf&lang=en>
4. Eray C, Nazan S, Nil C. Case report Open Access Cutaneous horns: are these lesions as innocent as they seem to be? World J Surg Oncol. [Internet]. 2004; 2(18):1-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC421749/pdf/1477-7819-2-18.pdf>
5. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p. 1157-62.
6. Pyne J, MBBS, BOptom, MMed, Sapkota D, BSc, M.D., and Wong J, C, BSc, MStat. Cutaneous horns: clues to invasive squamous cell carcinoma being present in the horn base. Dermatol Pract Concept. [Internet]. 2013; 3(2): 3-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663395/pdf/dp0302a02.pdf>
7. Haddad CJ, Haddad-Lacle JEM. Cutaneous horn: get to the bottom of it. BMJ Case Rep. [Internet]. 2014;23(1):1-2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4009915/>
8. Kumaresan M, Kumar P, Pai MV. Giant cutaneous horn. Indian J Dermatol. [Internet]. 2008;53:199-200. Disponível em: <https://www.e-ijd.org/article.asp?issn=0019-5154;year=2008;volume=53;issue=4;spage=199;epage=200;aulast=Kumaresan>