

Corno cutâneo: estudo histopatológico retrospectivo de 222 casos*

Cutaneous horn: a retrospective histopathological study of 222 cases

Sônia Antunes de Oliveira Mantese¹

Ademir Rocha (*in memoriam*)³

Ana Karolina Mariano Ferreira⁵

Priscila Miranda Diogo²

Alceu Luiz Camargo Villela Berbert⁴

Thais Camargos Ferreira⁶

Resumo: FUNDAMENTOS: O corno cutâneo é lesão acentuadamente hiperqueratótica, cônica e circunscrita, que pode ocultar tanto lesões benignas como malignas.

OBJETIVO: Identificar histopatologicamente as principais dermatoses que se apresentam clinicamente como corno cutâneo.

MÉTODOS: Estudo histopatológico retrospectivo de 222 cornos cutâneos, a partir de laudos anatomopatológicos do Hospital de Clínicas de Uberlândia entre os anos de 1990 e 2006.

RESULTADOS: A média de idade dos pacientes foi de 67,42 anos. O sexo feminino foi mais acometido (64,86%). O tempo médio de evolução foi de 16,92 meses. As localizações mais frequentes das lesões foram: cabeça (35,14%) e membros superiores (31,08%). Observaram-se lesões histopatologicamente benignas em 41,44% e lesões pré-malignas ou malignas em 58,56% dos cornos cutâneos estudados. Entre as lesões pré-malignas, a queratose actínica foi encontrada em 83,84% dos casos; entre as malignas, o carcinoma espinocelular correspondeu a 93,75% dos casos.

CONCLUSÕES: Este estudo mostrou que a maioria dos cornos cutâneos surgiu sobre áreas do corpo expostas à luz solar, predominantemente, cabeça e membros superiores. Considerando-se a elevada frequência de lesões pré-malignas e também a presença de lesões malignas, sugere-se exérese cirúrgica seguida de estudo histopatológico dos cornos cutâneos, para confirmação de diagnóstico específico.

Palavras-chave: Dermatopatias, Neoplasias cutâneas, Patologia

Abstract: BACKGROUND: Cutaneous horn is a keratotic, conical and circumscribed lesion that can hide both benign or malignant lesions.

OBJECTIVE: To identify, from a histopathological point of view, the main clinical dermatoses that are presented, from a clinical point of view, as cutaneous horn.

METHODS: RETROSPECTIVE HISTOPATHOLOGICAL STUDY OF 222 CASES OF CUTANEOUS HORNS THAT WERE CLASSIFIED AS SUCH BY ANATOMICAL-PATHOLOGICAL REPORTS OF THE UNIVERSITY HOSPITAL (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA) FROM 1990 TO 2006.

RESULTS: The average age of patients was 67,42. The female sex was more affected (64,86%). The average time of clinical evolution was 16,92 months. Lesions were mostly frequent located on the head (35,14%) and upper limbs (31,08%). Histopathological analysis considered 41,44 % of the lesions as benign and 58,56% as pre-malignant or malignant among the 222 cases of cutaneous horns studied. Within the group of pre-malignant lesions, actinic keratosis was found in 83,84% of the cases; within the group of malignant lesions, squamous cell carcinoma was found in 93,75% of the cases.

CONCLUSIONS: This study showed that the majority of cutaneous horns occurred in areas of the body that are exposed to the sun, predominantly head and upper limbs. Considering the high frequency of pre-malignant lesions and also the presence of malignant lesions it is suggested surgical exeresis followed by histopathological study of the cutaneous horns for confirmation of specific diagnosis.

Keywords: Pathology; Skin diseases; Skin neoplasms

Recebido em 07.07.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 29.01.2010.

* Trabalho realizado nos Serviços de Dermatologia e Patologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - Uberlândia (MG), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest:* None

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding:* None

¹ Professora associada da disciplina de Dermatologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - Uberlândia (MG), Brasil. Doutora em Dermatologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.

² Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - Uberlândia (MG), Brasil.

³ Professor titular da disciplina de Patologia Especial II da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - Uberlândia (MG), Brasil.

⁴ Professor assistente da disciplina de Dermatologia da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia (MG), Brasil. Mestre em Clínica Médica pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - Uberlândia (MG), Brasil.

⁵ Médica graduada pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - Uberlândia (MG), Brasil.

⁶ Médica graduada pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - Uberlândia (MG), Brasil.

INTRODUÇÃO

O termo corno cutâneo (*cornu cutaneum*) é a designação morfológica para projeção cônica, acentuaadamente hiperqueratótica, similar ao corno de um animal,¹⁻³ que pode se associar tanto a lesões benignas quanto a malignas. O diagnóstico primário, na maioria dos casos, é sugerido pelo aspecto e pelo curso clínico das lesões,⁴ que podem ser únicas ou múltiplas, de coloração branca ou amarelada,⁵ com formas retilíneas ou curvilíneas, e acometem, comumente, regiões expostas ao sol, especialmente, a face.⁶⁻⁸

Histopatologicamente, as lesões podem ser classificadas de acordo com o padrão celular da base do corno cutâneo em: benignas, pré-malignas e malignas.⁹⁻¹³ As lesões malignas apresentam, em geral, consistência mais endurecida na sua base, devido ao processo inflamatório.^{5,14,15} A ocorrência de uma lesão maligna em outro local do corpo do paciente aumenta, consideravelmente, a probabilidade de que a base do corno cutâneo apresente alteração pré-maligna ou maligna.^{1,16,17}

A faixa etária mais acometida pelo corno cutâneo é acima de 50 anos, em ambos os sexos,^{1,15-17} e a média de idade de ocorrência da lesão em pacientes com lesões pré-malignas e malignas é de cerca de seis anos a mais do que as idades dos que apresentam alterações benignas.¹⁵

As áreas corpóreas em que se observa mais comumente o aparecimento de cornos cutâneos são as regiões superiores da face e próximas às orelhas.⁴ Ocorrem também em couro cabeludo, membros superiores, tronco, membros inferiores e pênis, ainda que em menores proporções.^{16,18-23}

A conduta utilizada para o tratamento do corno cutâneo é a exérese cirúrgica seguida de avaliação histopatológica, para confirmação de diagnóstico específico.^{5,7,16,17,24,25} Essa forma de intervenção é indicada, pois, além de ser um tratamento imediato, considera a possibilidade de que exista, na base, uma lesão pré-maligna ou maligna com tendências evolutivas, cuja exérese deve ocorrer da maneira mais conservadora possível, garantindo-se uma margem suficiente de segurança.^{8,26,27}

Alguns estudos histopatológicos de lesões clinicamente identificadas como cornos cutâneos revelaram predominância de lesões benignas,^{1,15,17,28} enquanto outros mostraram o predomínio de um substrato maligno ou pré-maligno.^{17,29}

O fato de existirem poucas pesquisas sobre o tema e a importância deste, dado o caráter evolutivo e a relação da doença com tumores malignos, motivaram a realização deste estudo. Além disso, um estudo epidemiológico poderia contribuir de maneira eficaz e objetiva em modelos preventivos e de diagnóstico precoce.

O presente trabalho visa, por meio de um estudo retrospectivo, a reconhecer as lesões histopatológicas de base dos cornos cutâneos de pacientes atendidos no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia entre os anos de 1990 e 2006, bem como delimitar, desse modo, um perfil epidemiológico dos pacientes que apresentaram diagnóstico clínico-histopatológico de corno cutâneo no período referido.

MATERIAL E MÉTODOS

Analísaram-se prontuários de pacientes com diagnóstico clínico e exérese de lesões de corno cutâneo e revisaram-se os respectivos laudos histopatológicos e lâminas, referentes ao período compreendido entre 1990 e 2006. A ficha-padrão elaborada para o protocolo desta pesquisa incluiu dados coletados dos prontuários tais como idade, sexo, tempo de evolução, localização das lesões e seus diâmetros de base e altura, provável diagnóstico etiológico e coexistência de lesões pré-malignas e/ou malignas. A medida da base e altura das lesões não constava nos prontuários dos pacientes, sendo calculada a partir da análise microscópica histopatológica das lâminas. As informações obtidas foram avaliadas, relacionadas e disponibilizadas para visualização por meio de tabelas e gráficos, utilizando-se programas de computador (*Microsoft Word*[®] e *Microsoft Excel*[®]). Dados qualitativos foram apresentados em termos de frequência absoluta e percentual; dados quantitativos foram tabulados quanto à variação absoluta, média e desvio-padrão. Quanto à idade, utilizaram-se os testes D'Agostino e de Kolmogorov-Smirnov. No que diz respeito à distribuição de outros valores não paramétricos (tempo de evolução, altura e base das lesões), foram empregados a mediana e o primeiro e o terceiro quartis. Executou-se o teste do qui-quadrado para verificar possíveis associações entre variáveis, por meio do programa BioEstat 5.0, considerando-se como nível de significância $p < 0,05$.

RESULTADOS

De um total de 21.085 biópsias cutâneas realizadas entre os anos de 1990 e 2006, 304 (1,44%) tinham o diagnóstico clínico prévio de corno cutâneo, porém, histopatologicamente, confirmou-se corno cutâneo em 222 lesões provenientes de 211 pacientes. Todos os dados desta pesquisa referem-se a essas 222 lesões com definição histopatológica de corno cutâneo.

Entre as 222 lesões, 92 cornos cutâneos (41,44%) apresentavam na sua base alterações histopatológicas benignas, sendo as mais frequentes: veruga viral (29; 31,52%); queratoacantoma (24;

26,09%); queratose seborreica (20; 21,74%); hiperplasia epitelial benigna (seis; 6,52%); triquilemoma (três; 3,26%) e outras (10; 10,87%) (Gráfico 1). Cento e catorze lesões (51,35%) eram pré-malignas e 16 (7,21%), malignas (Tabela 1).

A média de idade dos pacientes no momento do diagnóstico era de 67,42 anos (desvio-padrão de \pm 18,36 anos, variando entre 14 e 95 anos). Não houve divergência significativa entre os dados observados e uma curva normal padrão.

A faixa etária de maior acometimento dos cornos cutâneos foi de 50 a 89 anos, predominando lesões de base histopatológica pré-maligna (96; 84,21%); notou-se, também, grande frequência de lesões benignas (76; 83,51%), não havendo registro de apenas um caso (Gráfico 2).

Detectaram-se 144 lesões (64,86%) em pacientes do sexo feminino e 78 lesões (35,14%) no sexo masculino. A distribuição de lesões benignas, pré-malignas e malignas em relação aos sexos feminino e masculino foi, respectivamente: benignas (60 e 27,03%; 32 e 14,41%); pré-malignas (72 e 32,43%; 42 e 18,92%) e malignas (12 e 5,41%; quatro e 1,80%) (Gráfico 3).

Lesões pré-malignas ocorreram predominantemente em cabeça, membros superiores e tronco, enquanto membros inferiores foram mais acometidos por lesões com base histopatológica benigna. Não houve registro para 26 casos: 13 de base histopatológica benigna, 11 pré-maligna e dois maligna (Gráfico 4).

Os cornos cutâneos acometeram mais pacientes do sexo feminino, sendo que 39,58% das mulheres apresentavam as lesões nos membros superiores e 31,44%, na cabeça, não havendo informação quanto à localização das lesões em 17 prontuários. Quarenta e um por cento dos pacientes masculinos desenvolve-

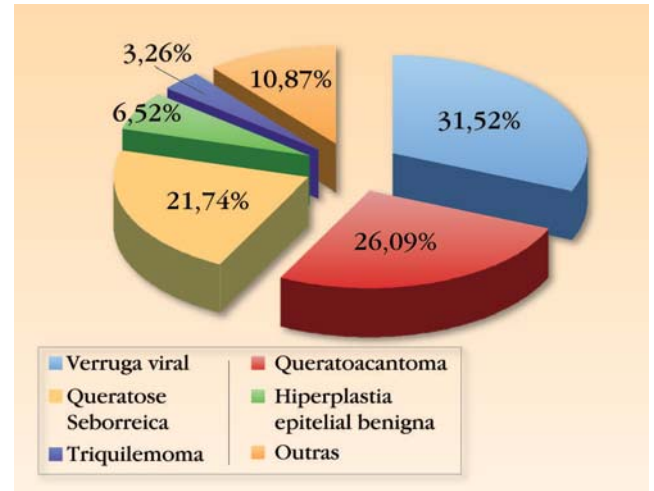


GRÁFICO 1: Distribuição das principais dermatoses benignas diagnosticadas histopatologicamente na base do corno cutâneo

ram as lesões na cabeça e 24,64%, no tronco, não havendo registro da área envolvida no prontuário de nove pacientes (Gráfico 5).

Em relação à cor da pele, 169 (80,10%) pacientes pertenciam à cor branca e 33 (15,64%), a cor não branca. Nove prontuários (4,26%) não continham informações sobre a cor da pele dos pacientes. Dos 169 pacientes de cor branca, 94 (55,62%) apresentaram lesões de base histopatológica pré-maligna, 63 (37,28%), benigna e 12 (7,10%), maligna. Dos 33 pacientes de cor não branca, 18 (54,55%) tinham lesões pré-malignas, 12 (36,36%), benignas e três (9,09%), malignas (Tabela 2).

O tempo de evolução das lesões variou entre uma semana e 240 meses (média de 16,92 meses \pm 29,43 meses).

TABELA 1: Distribuição das principais dermatoses pré-malignas e malignas identificadas histopatologicamente na base do corno cutâneo

Diagnóstico histopatológico	N.	%
Queratose actínica	109	83,84
Queratose actínica-CEC*	5	3,85
CEC**	15	11,54
CBC***	1	0,77
Total	130	100

n: Número absoluto de lesões

* Queratose actínica evoluindo para carcinoma espinocelular

** Carcinoma espinocelular

*** Carcinoma basocelular

p>0,05

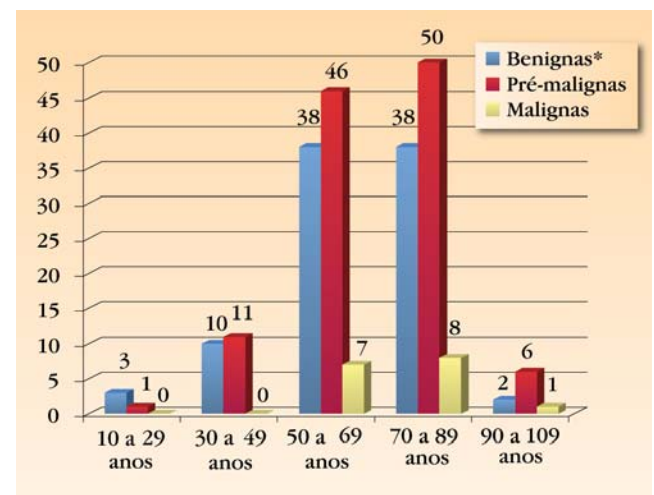


GRÁFICO 2: Distribuição das lesões benignas, pré-malignas e malignas em relação a faixa etária dos pacientes

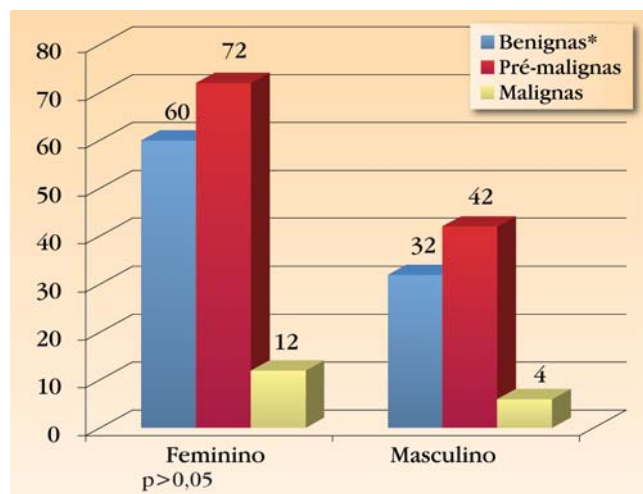


GRÁFICO 3: Distribuição das lesões benignas, pré-malignas e malignas em relação ao sexo dos pacientes

Do total de 211 pacientes, 199 (94,31%) apresentavam lesão única e 12 (5,69%), lesões múltiplas. Entre os 211 pacientes com cornos cutâneos, foi possível medir o diâmetro da altura em 196 e, em 203 deles, o diâmetro da base das lesões. A medida da altura variou entre 0,2cm e 4cm (mediana de 0,6cm, amplitude interquartílica de 0,4cm a 0,83cm), e a da base, entre 0,1cm e 4cm (mediana de 0,5cm, amplitude interquartílica de 0,3cm a 0,8cm) (Tabelas 3 e 4).

A maioria dos pacientes (179; 84,83%) não apresentava coexistência de outras lesões. Nos prontuários constavam, além do(s) corno(s) cutâneo(s), os seguintes diagnósticos: carcinoma basocelular (CBC) (11 pacientes; 5,20%); queratose actínica hipertrófica (nove pacientes; 4,26%); carcinoma espinocelular

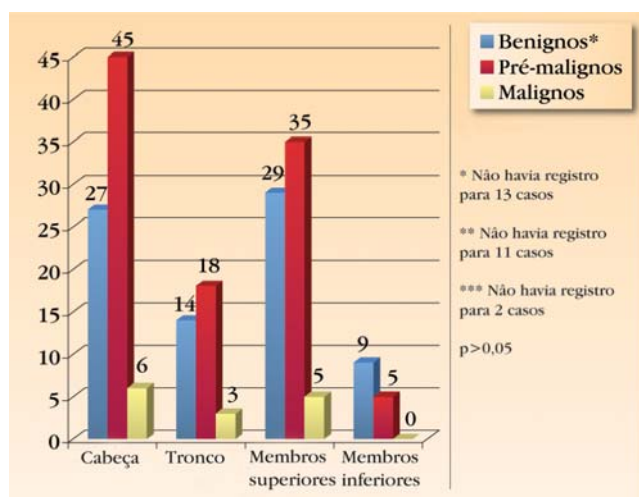


GRÁFICO 4: Principais locais de acometimento dos cornos cutâneos e sua correlação

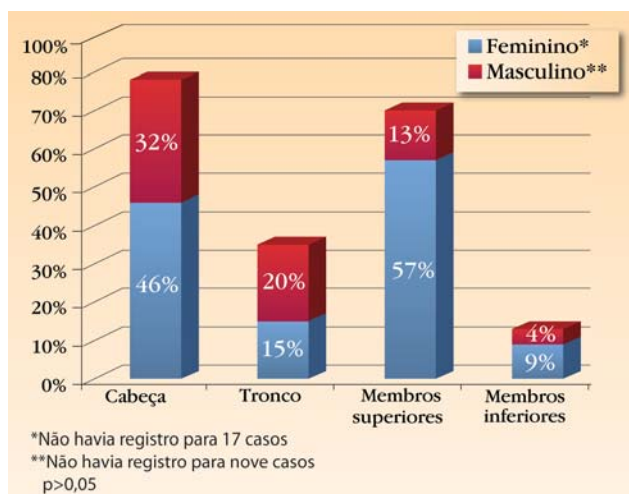


GRÁFICO 5: Relação entre o sexo dos pacientes e as regiões acometidas pelos cornos cutâneos

(CEC) (seis pacientes; 2,83%); queratose actínica (quatro pacientes; 1,92%); doença de Bowen (um paciente; 0,48%), CEC e CBC (um paciente; 0,48%).

De todos os prontuários analisados, somente em 27 foram encontrados relatos de sintomas no momento do diagnóstico clínico de corno cutâneo, sendo os mais comuns dor local (cinco; 18,51%) e prurido (seis; 22,22%).

DISCUSSÃO

O corno cutâneo é uma denominação clínica que descreve uma lesão acentuadamente hiperqueratótica, cônica e circunscrita, de cor branca a amarelada, que varia de poucos milímetros a vários centímetros, podendo ocultar tanto lesões benignas quanto malignas. Portanto, o importante não é o corno cutâneo, propriamente, mas a doença subjacente. Uma vez que numerosos casos correspondem a lesões pré-malignas e malignas, justifica-se a preocupação quanto à exérese do corno cutâneo para o diagnóstico histopatológico de sua base.¹⁶

TABELA 2: Distribuição das principais dermatoses pré-malignas e malignas de acordo com a cor da pele dos pacientes

		Classificação histopatológica		
		Benignas*	Pré-malignas**	Malignas
Cor	Branca	63	94	12
	Não branca	12	18	3

* Não havia registro para oito casos.

** Não havia registro para um caso
 p > 0,05

TABELA 3: Distribuição das principais dermatoses benignas, pré-malignas e malignas de acordo com a medida da lesão

	Classificação histopatológica			
	Benignas [*]	Pré-malignas	Malignas ^{**}	
Altura	≤0,9cm	44	73	9
	>0,9cm	31	35	4

* Não havia registro para oito casos

** Não havia registro para sete casos

p>0,05

Alguns estudos referiram uma provável relação entre o tempo de evolução e o tamanho da base da lesão com o tipo histopatológico. Observou-se que, quanto mais longo o tempo de evolução da lesão e quanto maior a sua base, maior o risco de pré-malignidade e malignidade.¹⁷ Há relatos de relação direta entre o tamanho da base da lesão e sua malignidade,¹ fato não confirmado por alguns autores.¹⁷ Nesta pesquisa, houve maior número de lesões pré-malignas e base mais larga, sugerindo possível correlação, que poderia ser mais bem avaliada em estudos posteriores nos quais constassem, no protocolo clínico, medidas de base e altura das lesões de corno cutâneo.

A presente casuística apontou um número maior de casos de lesões com características histopatológicas pré-malignas (51,35%), seguidos pelas benignas (41,44%). Encontrou-se frequência menor de associação com lesões malignas (7,21%). Tal achado foi semelhante aos de Castillo et al.¹⁷ que, em um estudo retrospectivo de 77 casos, observaram 46% de lesões benignas, 41% de pré-malignas e 13% de malignas. Yu et al.¹⁵ encontraram predomínio de lesões histopatológicas benignas (61%) em relação às pré-malignas e malignas (39%) nos cornos cutâneos estudados. Festa e cols.,¹⁶ em estudo retrospectivo de 514 casos de corno cutâneo, detectaram 25,4% das lesões com características histopatológicas de benignidade, 49,3% de lesões pré-malignas e 25,3% de malignas.

As lesões benignas mais frequentemente encontradas na base do corno cutâneo, nesta pesquisa, foram verruga viral, queratoacantoma e queratose seborreica. Bart et al.,¹ entre lesões benignas, encontraram queratose seborreica, hiperplasia epitelial benigna e angioma; Yu et al.,¹⁵ hiperplasia epitelial benigna, papiloma de células basais e verruga vulgar; Festa e cols.,¹⁶ verruga, hiperplasia epitelial benigna e queratose seborreica.

As lesões com base histopatológica maligna corresponderam a 7,21% do total, sendo o CEC (93,75%)

TABELA 4: Distribuição das principais dermatoses benignas, pré-malignas e malignas de acordo com a medida da base do corno cutâneo

	Classificação histopatológica			
	Benignas [*]	Pré-malignas	Malignas ^{**}	
Base	≤0,7cm	53	75	9
	>0,7cm	25	36	5

* Não havia registro para cinco casos

** Não havia registro para três casos

p>0,05

a lesão mais comumente encontrada, fato concordante com a literatura.^{16,17}

Apesar das divergências quanto ao grau de malignização, vários autores detectaram a queratose actínica como a principal lesão de base do corno cutâneo,^{15-17,29,30} sendo este classificado por alguns autores como um tipo especial de queratose actínica hipertrófica.⁷ A queratose actínica, também conhecida como queratose senil, surge pela proliferação de queratinócitos atípicos em resposta à exposição prolongada à radiação ultravioleta, sendo, historicamente, considerada uma lesão pré-maligna que pode evoluir para carcinoma de células escamosas.^{1,4,7,25} Entretanto, Duncan e Leffell⁷ apontaram a queratose actínica já como carcinoma de células escamosas em evolução. No presente estudo, encontrou-se a queratose actínica, como base histopatológica mais frequente, em 39,64% do total de casos, sendo que, destes, 4,39% já apresentavam alterações histopatológicas de transformação para carcinoma espinocelular. Tais dados foram semelhantes aos relatados na literatura por Schosser et al.²⁹ e Festa e cols.¹⁶

O corno cutâneo ocorre, principalmente, em indivíduos acima de 50 anos de idade, em ambos os sexos,^{1,15-17} provavelmente, pela maior degeneração actínica e neoplásica que ocorre em indivíduos idosos.¹⁶ Estudos descrevem que a média de idade em pacientes com lesões pré-malignas e malignas é de cerca de seis anos a mais do que as idades em que surgem alterações benignas e que, portanto, a chance de encontrar substrato maligno na base do corno cutâneo aumentaria proporcionalmente com a idade.^{15,17} Na presente pesquisa, a faixa etária de maior acometimento dos cornos cutâneos correspondendo a lesões pré-malignas e malignas foi de 50 a 89 anos. Semelhantemente, Festa e cols.¹⁶ mostraram essa tendência de elevação da frequência dessas lesões à medida que a idade dos pacientes também aumenta, provavelmente, devido ao maior tempo de exposição

da pele à luz solar. Na casuística deste estudo, entretanto, não foram demonstradas diferenças significativas no que tange à faixa etária em relação à malignidade das lesões.

Apesar de alguns trabalhos apontarem o sexo masculino como o mais comumente acometido, estudos recentes, ao contrário, indicam o feminino. Em contraste com algumas séries,^{1,15,17} neste estudo, houve maior frequência de cornos cutâneos no sexo feminino, com predomínio de lesões com base histopatológica pré-maligna. A predominância no sexo feminino poderia ser atribuída à maior procura de tratamento por parte das mulheres, devido a razões de ordem estética, como também sugeriram Festa e cols.¹⁶ Na literatura, as lesões benignas são mais encontradas nas mulheres e, nos homens, as pré-malignas e malignas.¹⁵⁻¹⁷

Nos casos analisados, as localizações mais comuns dos cornos cutâneos foram cabeça (35,13%) e membros superiores (31,08%), o que concorda com a literatura,¹⁵⁻¹⁷ estando a maioria das lesões situada em áreas de maior dano actínico. Outras séries mostraram que as áreas corpóreas em que se observa mais comumente o aparecimento deles são as regiões superiores da face e as periauriculares.⁴ Foram também envolvidos tronco e membros inferiores, ainda que em menores proporções.¹⁶ Alguns estudos indicaram que áreas menos expostas à ação solar, como os membros inferiores, são mais acometidas por lesões benignas,^{16,17} enquanto que áreas mais expostas, como nariz, dorso de mão, couro cabeludo, antebraço e braço, têm duas vezes mais probabilidade de ter lesões pré-malignas ou malignas na base do corno cutâneo em relação a qualquer outra parte do corpo.¹⁵

Segundo Festa e cols.,¹⁶ em ordem decrescente de importância, as regiões mais acometidas foram: malar, frontal, dorso do nariz, pescoço, auricular, lábios e pálpebra superior.

O corno cutâneo foi definido por Bart et al.¹ como uma lesão hiperqueratótica cuja altura corresponde a pelo menos a metade do diâmetro da sua base. Entretanto, na casuística apresentada e confirmada histopatologicamente como sendo de corno cutâneo, demonstrou-se essa proporção em apenas 23,98% das lesões. Salienta-se a possibilidade de essa percentagem ser maior se sua evolução clínica não houvesse sido interrompida pela exérese cirúrgica.

Neste estudo, encontrou-se como base histopatológica mais frequente a queratose actínica e como regiões mais acometidas a cabeça e os membros superiores, áreas mais expostas à luz solar. Preventivamente, torna-se essencial, portanto, a orientação dos pacientes quanto à fotoproteção, uma vez que a radiação ultravioleta é o principal fator físico indutor de carcinogênese cutânea.

CONCLUSÃO

A maioria dos cornos cutâneos surgiu sobre cabeça e membros superiores, áreas do corpo mais expostas à luz solar. O uso rotineiro de fotoprotetores poderia atuar preventivamente, minimizando a ação da radiação ultravioleta, que, sabidamente, constitui importante fator na gênese de tumores cutâneos. Considerando-se nesta pesquisa a elevada frequência de lesões pré-malignas e a possibilidade de lesões malignas, sugere-se exérese cirúrgica, seguida de estudo histopatológico dos cornos cutâneos, para confirmação do diagnóstico específico de sua base. □

AGRADECIMENTOS

À doutora Eliana Chaves Salomão (professora titular da disciplina de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia), pela ajuda na análise final das lâminas histopatológicas de biópsias de pele.

Ao professor Sérgio Vitorino Cardoso (professor adjunto II da disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia), pelo auxílio na análise estatística dos dados deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Bart RS, Andrade R, Kopf AW. Cutaneous horns. A clinical and histopathologic study. *Acta Derm Venereol.* 1968;48:507-15.
2. Bondeson J. Everard Home, John Hunter, and cutaneous horns: a historical review. *Am J Dermatopathol.* 2001;23:362-9.
3. 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.
4. Markie RM. Epidermal Skin Tumours. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. *Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology.* 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 2004. p. 1477-81.
5. Vañó-Galván S, Sanchez-Olaso A. Images in clinical medicine. Squamous-cell carcinoma manifesting as a cutaneous horn. *N Engl J Med.* 2008;359:10.
6. Michal M, Bisceglia M, Di Mattia A, Requena L, Fanburg-Smith JC, Mukensnabl P, et al. Gigantic cutaneous horns of the scalp: lesions with a gross similarity to the horns of animals: a report of four cases. *Am J Surg Pathol.* 2002;26:789-94.
7. Duncan KO, Leffell DJ. Epithelial precancerous lesions. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 6th ed. New York: McGraw Hill; 2003. p. 719-21.
8. Souza LN, Martins CR, de Paula AM. Cutaneous horn occurring on the lip of a child. *Int J Paediatr Dent.* 2003;13:365-7.
9. Askar I, Aytakin S. Linear verrucous epidermal nevus with cutaneous horn. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003;17:353-5.
10. Kirkham, N. Tumors and cysts of the epidermis. In Elder DE, Elenitsas R, Johnson Jr BL, Murphy JF. *Lever's Histopathology of the skin.* 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 805-66.
11. Blasini W, Hu S, Gugic D, Vincek V. Papillary eccrine adenoma in association with cutaneous horn. *Am J Clin Dermatol.* 2007;8:179-82.
12. Sood A, Sharma S, Khanna N. Cutaneous horn and thermal keratosis in erythema AB igne. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2002;68:237-8.
13. Kitagawa H, Mizuno M, Nakamura Y, Kurokawa I, Mizutani H. Cutaneous horn can be a clinical manifestation of underlying sebaceous carcinoma. *Br J Dermatol.* 2007;156:180-2.
14. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Winkelmann RK. *Dermatology.* 3rd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1991. p. 999-1003.
15. Yu RCH, Pryce DW, Macfarlane AW, Stuwart TW. A histopathological study of 643 cutaneous horns. *Br J Dermatol.* 1991;124:449-52.
16. Festa CN, Falda S, Rivitti EA. Corno cutâneo: estudo retrospectivo de 514 casos. *An Bras Dermatol.* 1995;70:21-5.
17. Castillo D, Zerpa O, Loyo N, López C, Oliver M. Histopatología del cuerno cutaneo: estudio retrospectivo de 77 casos. *Derm Venez.* 2002;40:65-9.
18. Mencía-Gutiérrez E, Gutiérrez-Díaz E, Redondo-Marcos I, Ricoy JR, García-Torre JP. Cutaneous horns of the eyelid: a clinicopathological study of 48 cases. *J Cutan Pathol.* 2004;31:539-43.
19. Cruz Guerra NA, Sáenz Medina J, Ursúa Sarmiento I, Zamora Martínez T, Madrigal Montero R, Diego Pinto D, et al. Malignant recurrence of a penile cutaneous horn. *Arch Esp Urol.* 2005;58:61-3.
20. Mastrolorenzo A, Tiradritti L, Locunto U, Carini M, Massi D, Zuccati G. Incidental finding: a penile cutaneous horn. *Acta Derm Venereol.* 2005;85:283-4.
21. Nthumba PM. Giant cutaneous horn in an African woman: a case report. *J Med Case Reports.* 2007;1:170.
22. Zhu JW, Luo D, Li CR, Lu Y, Ji X, Zhu J, et al. A case of penile verrucous carcinoma associated with cutaneous horn. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32:213-4.
23. Vañó-Galván S, Marqués A, Muñoz-Zato F, Jaén P. A facial cutaneous horn. *Cleve Clin J Med.* 2009;76:92-5.
24. Azulay RD, Azulay DR. *Dermatologia.* 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 430-1.
25. Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia.* 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p. 1157- 62.
26. Cristóbal MC, Urbina F, Espinoza A. Cutaneous horn malignant melanoma. *Dermatol Surg.* 2007;33:997-9.
27. Aquino LL, Wu JJ, Murase JE, Dyson SW, Jeffes EW. Cutaneous horn on the finger. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33:529-30.
28. Aydogan K, Ozbek S, Balaban Adim S, Tokgöz N. Irritated seborrheic keratosis presenting as a cutaneous horn. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:626-8.
29. Schosser RH, Hodge SJ, Gaba CR, Owen LG. Cutaneous horns: a histopathologic study. *South Med J.* 1979;72:1129-31.
30. Weiss SR. Actinic keratosis. In: Newcomer VD, Young EM. *Geriatric dermatology: a clinical diagnosis and practical therapy.* New York: Igaku-Shoin. 1989. p. 593-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Sônia Antunes de Oliveira Mantese

Av Pará, 1979. B. Umarama.

38405 320 Uberlândia-MG, Brasil.

E-mail: dermato@bc.ufu.br / orlando@ufu.br.

Tel./fax: 34 3218 2246 34 3232 2736

Como citar este artigo/How to cite this article: Mantese SAO, Diogo PM, Rocha A, Berbert ALCV, Ferreira AKM, Ferreira TC. Corno cutâneo: estudo histopatológico retrospectivo de 222 casos. *An Bras Dermatol.* 2010;85(2):157-63.