

# Carcinoma de glândula apócrina em coxa direita

## Apocrine gland carcinoma on the right thigh

Sergio Renato Pais Costa<sup>1</sup>, Alexandre Cruz Henriques<sup>2</sup>, Sergio Henrique Horta<sup>3</sup>

### RESUMO

Os autores relatam um caso de carcinoma ductal apócrino cutâneo de coxa direita em uma paciente do sexo feminino de 78 anos de idade. O exame histológico revelou um tumor glandular, ductal e sólido, com intensa reação desmoplástica. As células tumorais apresentavam alto grau de atipia associado a escasso infiltrado inflamatório peritumoral. No entanto, não apresentava indícios de Doença de Paget extramamária na pele adjacente. A neoplasia em questão apresentava imunistoquímica positiva para proteína S-100, lisozima e alfaquimiotripsina, porém negativa para CEA, EMA e HMB-45. Desta forma, foi confirmado o diagnóstico de carcinoma ductal apócrino. A paciente foi submetida à ressecção ampla do tumor, associada à linfadenectomia inguinal radical em monobloco. Para reconstrução, utilizou-se um retalho do tensor da fáscia lata. Ao exame histológico, observam-se margens livres e ausência de linfonodo comprometido (dez dissecados). Não foi realizado tratamento adjuvante. Atualmente, um ano após tratamento cirúrgico, a paciente se encontra bem e sem sinal de recidiva.

**Descritores:** Carcinoma; Carcinoma ductal; Glândulas apócrinas/ patologia; Coxas/ patologia; Imunistoquímica; Relatos de casos

### ABSTRACT

The authors report a case of cutaneous apocrine ductal carcinoma of the right thigh in a 78-year-old female. Histological examination revealed a solid, ductal and glandular tumor with a significant desmoplastic reaction. The tumor cells showed high-grade cellular atypia, and occasional peritumoral inflammatory infiltration was also observed. There were no characteristics of extramammary Paget's Disease on the overlying skin. The neoplastic cells were immunohistochemically positive for S-100 protein, lysozyme and alpha-chymotrypsin, but negative for CEA, EMA, and HMB-45. On the basis of these findings, the diagnosis of apocrine ductal carcinoma was confirmed. The patient then underwent wide resection of the tumor plus *en-bloc* radical inguinal lymphadenectomy. The local reconstruction was done by means of a tensor fascia lata flap, no adjuvant treatment was performed. To date, one year on, the patient remains healthy, there being no evidence of tumor recurrence.

**Keywords:** Carcinoma; Carcinoma, ductal; Apocrine glands/ pathology; Thigh/pathology; Immunohistochemistry; Case reports

### INTRODUÇÃO

Os tumores de glândula sudorípara são lesões raras dos anexos cutâneos. São classificados conforme a origem do tipo de célula da glândula sudorípara em écrinos e apócrinos. Tanto tumores benignos como malignos podem ser encontrados nesses dois tipos de glândulas sudoríparas. Dentre os tumores malignos, os carcinomas ductais apócrinos cutâneos (CDACs) são muito raros<sup>(1-2)</sup>.

Os CDACs ocorrem com mais frequência na região da axila, na qual existe maior concentração de glândulas apócrinas<sup>(1-3)</sup>, mas também podem acometer esporadicamente outras áreas, tais como região anogenital, mamilos, couro cabeludo, face, tronco, extremidades, pulsos, ponta dos dedos e lábios<sup>(3)</sup>.

É difícil estabelecer a conduta para estes tumores já que são raros. Existem poucos artigos referentes ao tratamento desses tumores e a maioria aborda os aspectos patológicos, e não os clínicos. Os autores relatam um caso de CDAC de coxa direita. Um breve resumo da literatura é apresentado, considerando-se principalmente o diagnóstico e a conduta cirúrgica.

### RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, afro-brasileira, de 78 anos apresentava uma lesão nodular de crescimento lento na coxa direita há um ano. Queixava-se de dor local. Apresentava antecedentes de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial controladas com uso de medicações orais.

Estudo realizado no Serviço Geral de Cirurgia na disciplina de Cirurgia do Trato Digestivo no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC, Santo André (SP), Brasil.

<sup>1</sup> Mestre em Cirurgia; Assistente do Serviço de Cirurgia Oncológica da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC, Santo André (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Especialista em Cirurgia Geral; Professor Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC, Santo André (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Especialista em Cirurgia Geral e Coloproctologia na Faculdade de Medicina do ABC – FMABC, Santo André (SP), Brasil.

Autor correspondente: Sergio Renato Pais Costa – Avenida Pacaembu, 1.400 – CEP 01308 000 – São Paulo (SP), Brasil – e-mail: sergiorenatopais@terra.com.br

Data de submissão: 8/3/2006 – Data de aceite: 16/10/2007

Ao exame físico apresentava um tumor subcutâneo firme e nodular, medindo 10 *versus* 8 cm, aderente à pele adjacente, mas móvel nos planos profundos. A lesão se encontrava na região anterior da coxa direita, abaixo da região inguinal. Era uma massa vermelho-arroxeadada bem delimitada (Figura 1). O diagnóstico diferencial incluiu tumor de anexos cutâneos, tumor metastático, câncer de pele não-melanoma, melanoma amelanótico, linfoma cutâneo e tuberculose cutânea. Uma biópsia incisional foi realizada para avaliação patológica.



Figura 1. Aspecto clínico – uma grande massa de pele na coxa direita

O diagnóstico histológico revelou um adenocarcinoma apócrino invasivo pouco diferenciado. A neoplasia em questão apresentava imunistoquímica positiva para a proteína S-100, lisozima e alfa-antiquimiotripsina, porém negativa para CEA, EMA e HMB-45.

Foram realizadas tomografia local (Figura 2) e de corpo inteiro (tórax, abdome e região pélvica). O tumor não apresentava metástases locais nem à distância.

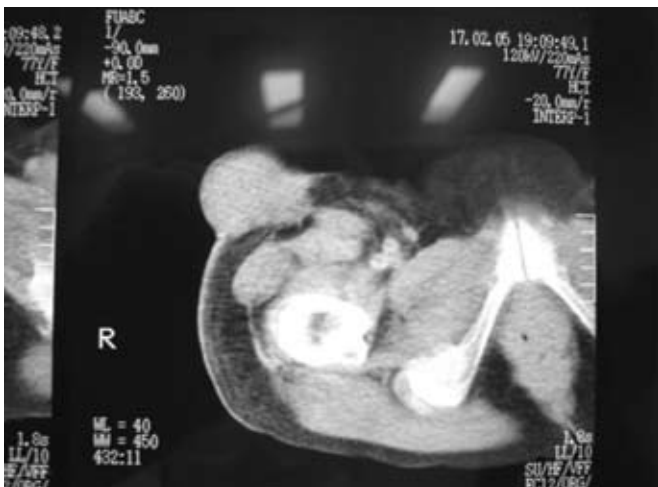


Figura 2. Aspecto radiológico do tumor – sem invasão das estruturas vizinhas

A paciente foi submetida à ressecção ampla com uma margem de 2 cm de tecido normal (ressecção tridimensional). A cicatriz prévia juntamente com a pele adjacente e o tecido subcutâneo foram ressecadas em monobloco com os linfonodos inguinais superficiais e profundos (linfadenectomia inguinal radical). Essa conduta foi adotada, pois a margem profunda da peça cirúrgica encontrava-se próxima aos linfonodos inguinais profundos do triângulo de Scarpa (Figura 3). Para a reconstrução, utilizou-se um retalho do tensor da fáscia lata, e foi colocado um dreno para drenagem fechada.

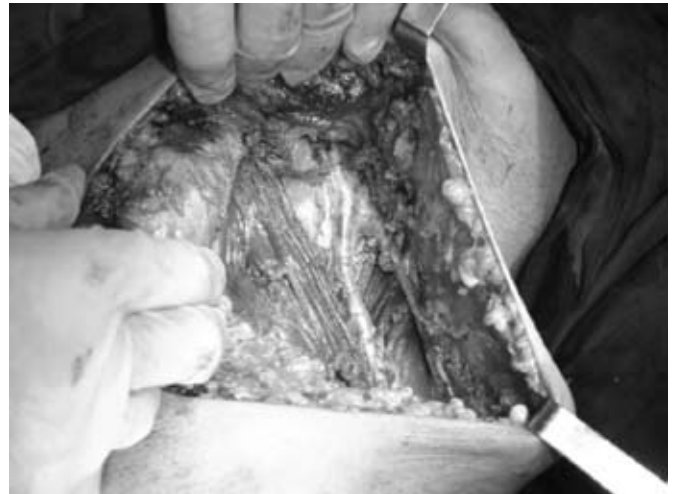


Figura 3. Aspecto cirúrgico final – ampla ressecção com linfadenectomia radical inguinal

O retalho apresentou sinais de necrose parcial (cerca de 40%) no quinto dia pós-operatório. A paciente apresentou um abscesso de tecidos moles e foi, portanto, submetida a desbridamento extenso e antibioticoterapia endovenosa. Recebeu alta hospitalar no décimo dia pós-operatório. O exame anatomopatológico revelou um carcinoma ductal apócrino cutâneo sem comprometimento das margens. Dez linfonodos regionais não evidenciaram comprometimento pelo tumor. Não foi realizado tratamento adjuvante. A ferida resultante cicatrizou por segunda intenção aproximadamente quatro meses após a alta. Atualmente, um ano após tratamento, a paciente se encontra bem e sem sinais de recidiva.

## DISCUSSÃO

Tumores de glândulas sudoríparas são raros e a taxa de incidência relatada em uma revisão retrospectiva de peças de patologia em uma grande instituição foi de 0,05%<sup>(4)</sup>. Treze dos 108 tumores de glândulas sudoríparas identificados nesta revisão eram malignos. Os picos de incidência desses tumores situam-se na quinta e sexta décadas de vida, sem predominância entre os sexos<sup>(5)</sup>.

Esses tumores surgem com mais frequência na face, membros superiores, e na axila. Contudo, existem alguns relatos de casos de tumores encontrados em diferentes locais, como membros inferiores, mão e região genital<sup>(3-7)</sup>. A aparência típica desses tumores é de um nódulo avermelhado ou arroxeadado, indolor, de crescimento lento que pode se encontrar ulcerado<sup>(7-9)</sup>. O intervalo médio de tempo entre o aparecimento do tumor e seu diagnóstico é de 7,3 anos. Em alguns casos, estão presentes por muitos anos antes de crescerem rapidamente<sup>(3)</sup>.

Devido à baixa frequência, muitas vezes esses tumores são de difícil diagnóstico. O diagnóstico diferencial inclui tumores metastáticos, linfomas cutâneos, tuberculose cutânea e câncer de pele não-melanoma ou mesmo melanoma amelanótico<sup>(1-3)</sup>. Devido à possibilidade das lesões cutâneas nodulares serem malignas, os autores deste artigo recomendam a realização de algum tipo de biópsia em massas cutâneas. Como regra geral, realizamos apenas biópsias excisionais em lesões pequenas e móveis. Por outro lado, as biópsias incisionais são a conduta de primeira escolha para lesões profundas e volumosas.

A despeito da sua origem, os tumores malignos de glândulas sudoríparas apresentam um comportamento biológico semelhante. Frequentemente, tanto os carcinomas apócrinos como os ecrinos se disseminam principalmente por via linfática. Metástases hematogênicas são raras, sendo os ossos e os pulmões os locais mais comuns de metástase à distância. O grau de disseminação linfática se correlaciona com o grau histológico do tumor<sup>(1-4,6)</sup>. Segundo Katagiri e Ansai<sup>(3)</sup>, 43 CDACs foram descritos na literatura. Dentre esses casos, 11 apresentaram recorrência local e 17 casos apresentaram metástases ganglionares regionais ou em outros órgãos. Todos, com exceção de um caso<sup>(4)</sup>, foram submetidos à excisão total do tumor ou à excisão com ressecção linfática. Sendo assim, o tratamento dos carcinomas apócrinos permanece eminentemente cirúrgico. Mais recentemente, Michel et al.<sup>(10)</sup> recomendaram linfadenectomia sentinela para neoplasias malignas cutâneas não-melanoma, tais como os tumores de anexos cutâneos. Essa conduta evita morbidade significativa. Nos últimos anos, a linfadenectomia sentinela tem sido nossa conduta preferencial. Entretanto, no presente caso, realizou-se ressecção ganglionar regional em monobloco, porque a margem cirúrgica profunda estava próxima aos linfonodos inguinais profundos.

Ocasionalmente, quimioterapia ou mesmo radioterapia pode ser usada. Contudo, não há consen-

so em relação às drogas ou dose de radiação a serem empregadas<sup>(1,3)</sup>. De forma geral, não há relatos de ineficácia do tratamento cirúrgico nos CDACs, apesar de não haver ensaios clínicos formais<sup>(1,5-6,8)</sup>.

Apesar dos poucos artigos sobre o prognóstico dos CDACs, esses tumores parecem permitir sobrevida longa, com boa qualidade se adequadamente tratados. Segundo Katagiri e Ansai<sup>(3)</sup>, dos 32 pacientes acompanhados após tratamento, apenas quatro faleceram por causa da doença (seguimento de 0,4 a 7,7 anos). Entretanto, mesmo sendo favorável, o prognóstico depende do grau de diferenciação tumoral no caso dos carcinomas de glândulas sudoríparas<sup>(5)</sup>.

## CONCLUSÕES

O CDAC é uma neoplasia rara que se apresenta como lesão cutânea vermelho-arroxeadada. Desenvolve metástases para linfonodos ou órgãos distantes. Ressecção ampla com margens livres associada à linfadenectomia regional é o tratamento de primeira escolha. Nos últimos anos, linfadenectomia sentinela vem sendo recomendada como uma conduta interessante. Um diagnóstico adequado associado a um bom tratamento cirúrgico pode propiciar um bom controle locorregional ou mesmo a cura dessa neoplasia.

## REFERÊNCIAS

1. Brichkov I, Daskalakis T, Rankin L, Divino C. Sweat gland carcinoma. *Am Surg*. 2004;70(1):63-6.
2. Zehr KJ, Rubin M, Ratner L. Apocrine adenocarcinoma presenting as a large ulcerated axillary mass. *Dermatol Surg*. 1997;23(7):585-7.
3. Katagiri Y, Ansai S. Two cases of cutaneous apocrine ductal carcinoma of the axila. Case report and review of the literature. *Dermatology*. 1999;199(4):332-7.
4. Jacobson YG, Rees TD, Grant R, Fitchett VH. Metastasizing sweat-gland carcinoma; notes on the surgical therapy. *AMA Arch Surg*. 1959;78(4):574-81.
5. Miller WL. Sweat gland carcinoma: a clinicopathology problem. *Am J Clin Pathol*. 1967;47(6):767-80.
6. el-Domeiri AA, Brasfield RD, Huvos AG, Strong EW. Sweat gland carcinoma: a clinico-pathologic study of 83 patients. *Ann surg*. 1971;173(2):270-4.
7. Yaremchuk MJ, Elias LS, Graham RR, Wilgis EF. Sweat gland carcinoma of the hand: two cases of malignant eccrine spiradenoma. *J Hand Surg*. 1984;9(6):910-4.
8. Wertkin MG, Bauer JJ. Sweat gland carcinoma. Current concepts of surgical management. *Arch surg*. 1976;111(8):884-5.
9. Arnold HL, Odom RB, James WD, editors. *Andrew's diseases of the skin: clinical dermatology*. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1990.
10. Michl C, Starz H, Bachter D, Balda BR. Sentinel lymphonodectomy in nonmelanoma skin malignancies. *Br J Dermatol*. 2003;149(4):763-9.