



Surgical & Cosmetic Dermatology

ISSN: 1984-8773

Sociedade Brasileira de Dermatologia

Tavares, Glaysson Tassara; Ledsham, Carolina De Magalhães;
Oliveira, Isabella Vieira De; Barcelos, Vanessa Martins
Carcinoma ductal de glândulas sudoríparas écrinas - desafio diagnóstico
Surgical & Cosmetic Dermatology, vol. 11, núm. 4, 2019, Outubro-Dezembro, pp. 338-341
Sociedade Brasileira de Dermatologia

DOI: 10.5935/scd1984-8773.20191141316

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265562783014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

 [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Relato de caso

Autores:

Glaysen Tassara Tavares ¹
 Carolina De Magalhães Ledsham ²
 Isabella Vieira De Oliveira ²
 Vanessa Martins Barcelos ¹

¹ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Correspondência:

Glaysen Tassara Tavares
 Clínica Dr. Glaysen Tassara
 Avenida do Contorno, 9636 - sala 1208
 30110-017 - Barro Preto
 Belo Horizonte (MG)
E-mail: gtassara@terra.com.br

Data de recebimento: 24/01/2019

Data de aprovação: 14/11/2019

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Carcinoma ductal de glândulas sudoríparas écrinas - desafio diagnóstico

Ductal eccrine carcinoma - diagnostic challenge

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20191141316>

RESUMO

É apresentado um caso de carcinoma ductal écrino cutâneo primário na região parietal do couro cabeludo em paciente de 77 anos. A biópsia mostrou carcinoma de padrão ductal, infiltrante, sugestivo de neoplasia metastática. Foi identificada infiltração por adenocarcinoma de padrão tubular écrino. O paciente foi encaminhado ao Mastologista e Oncologista, que não detectaram lesões primárias em outros órgãos. Diante da clínica e análise imuno-histoquímica, o diagnóstico foi de carcinoma écrino primário da pele. Para tratamento, realizou-se cirurgia micrográfica de Mohs, em três fases para obter margem livre. O tumor apresentava infiltração profunda da tela subcutânea e gálea aponeurótica.

Palavras-Chave: Carcinoma ductal; Glândulas écrinas; Cirurgia de Mohs

ABSTRACT

A 77-year-old patient presents a case of primary cutaneous ductal eccrine carcinoma in the parietal region of the scalp. The biopsy showed a carcinoma with a ductal and infiltrative pattern, suggestive of metastatic neoplasia. An invasive carcinoma with eccrine tubular pattern was identified. The mastologist and oncologist did not detect primary lesions in other organs. Based on clinical and immunohistochemical analyses, the diagnosis was primary cutaneous eccrine carcinoma. Mohs micrographic surgery was performed with three phases to get a free margin. The tumor presented deep infiltration of the subcutaneous tissue and galea aponeurotica.

Keywords: Carcinoma, intraductal, noninfiltrating; Eccrine glands; Mohs Surgery

INTRODUÇÃO

Os carcinomas de glândulas sudoríparas (CGS) são tumores raros, correspondendo a cerca de 0,05% de todas as neoplasias cutâneas¹, sendo divididos em apócrinos e écrinos (mais comuns).² O adenocarcinoma ductal écrino acomete ambos os sexos de forma semelhante, entre 50 e 80 anos de idade.² Geralmente, é descrito como lesão assintomática, de evolução lenta. Apresenta grande variabilidade clínica e localiza-se, principalmente, no couro cabeludo e na região cervical. Apresenta metástases em cerca de 57% dos casos³ para linfonodos regionais, pele, pulmão e ossos.² Para o tratamento, é descrita a exérese com margem ampla. Apresenta prognóstico limitado, com taxas de recorrência de 70%³, enquanto a sobrevida em 10 anos é de 9 e 56% (se linfonodo é positivo ou negativo, respectivamente)⁴.

O adenocarcinoma ductal écrino apresenta importância clínica devido aos achados histológicos e imuno-histoquímicos semelhantes aos das metástases cutâneas secundárias, em especial ao carcinoma ductal invasor das mamas, além de outros adenocarcinomas, cujo tratamento e prognóstico diferem de forma importante. Apresentam como diagnósticos diferenciais os carcinomas espinocelular, basocelular e de Merkel.^{5,6}

Este trabalho objetiva relatar um caso de carcinoma ductal écrino para o qual o diagnóstico diferencial com metástase cutânea foi desafiador. A confirmação somente foi possível com a associação de dados clínicos, histológicos e imuno-histoquímicos. Objetiva, ainda, demonstrar a importância da cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) neste contexto, uma vez que esta neoplasia apresentou limites imprecisos, fator que dificulta a obtenção de margem livre se tratado com a cirurgia convencional.

RELATO DE CASO

Homem, 77 anos, apresentava história de lesão no couro cabeludo percebida há 15 dias, assintomática. Ao exame, apresentava nódulo subcutâneo, sem alterações da pele suprajacente, com cerca de 1,2 x 0,9cm de diâmetro, localizado na região parietal direita do couro cabeludo (Figura 1). Foi realizada biópsia incisional, que evidenciou proliferação de células poliédricas atípicas, com núcleos hiper cromáticos/pleomórficos e nucléolos evidentes, formando ninhos, cordões e arranjos tubulares em meio a estroma desmoplásico (Figuras 2, 3 e 4), sugestivo de carcinoma de padrão ductal, infiltrante – possível neoplasia metastática.

A imuno-histoquímica demonstrou CK7 positivo, EMA positivo, RE (receptor de estrogênio) positivo difusamente, CK20 negativo e WT1 negativo, cujo laudo foi de carcinoma invasor com origem mamária. O paciente foi encaminhado para Mastologia e Oncologia, que não encontraram neoplasia maligna nem mamária nem em outros órgãos.

Realizou-se a exérese da lesão através da CMM. Na primeira fase, a margem inicial foi de 5mm, sendo necessários outros dois estágios para a obtenção de margem livre (Figura 5). A histologia evidenciou carcinoma de padrão ductal écrino, moderadamente diferenciado, com infiltração profunda da tela subcutânea e gálea aponeurótica, poupando a epiderme e derme superficial.

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma ductal écrino apresenta histologia e imuno-histoquímica bastante semelhantes às metástases cutâneas de adenocarcinomas, principalmente de mama, o que torna o diagnóstico diferencial entre eles desafiador.^{5,6}



FIGURA 1: Lesão no couro cabeludo, apresentando nódulo subcutâneo no pré-operatório (fotografia feita por câmera)

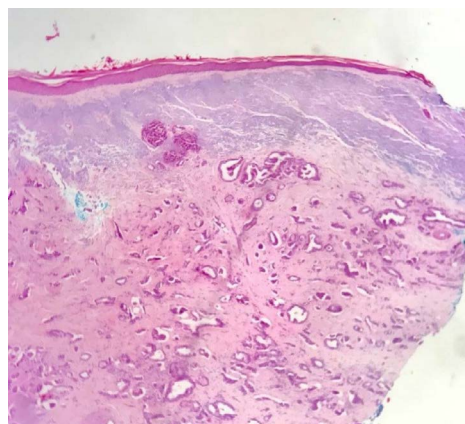


FIGURA 2: Neoplasia epitelial, constituída por túbulos e cordões permeados por estroma desmoplásico, infiltrando a derme reticular. Hematoxilina & Eosina, 25x

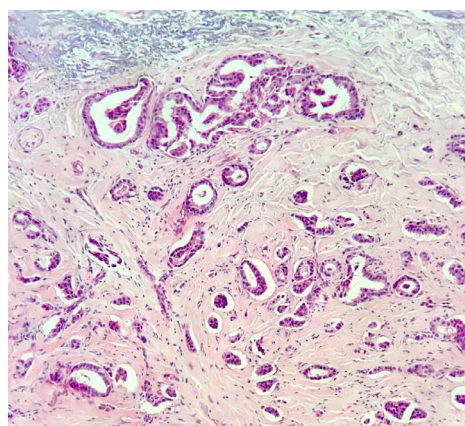


FIGURA 3: Carcinoma écrino da pele: neoplasia epitelial formada por túbulos e cordões infiltrativos na derme, permeados por estroma desmoplásico, lembrando carcinoma ductal de mama (tipo não especial da OMS). Hematoxilina & Eosina, 100x

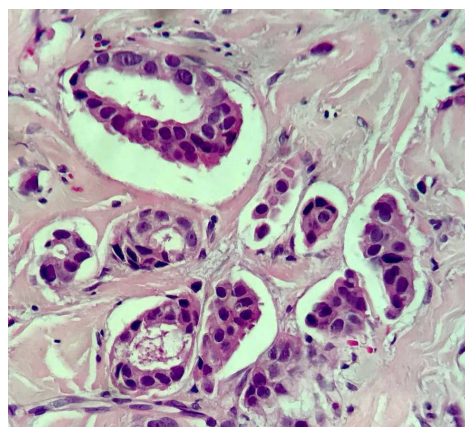


FIGURA 4: Carcinoma écrino da pele: neoplasia epitelial formada por túbulos e cordões de células poliédricas atípicas em meio a estroma desmoplásico, lembrando carcinoma ductal de mama (tipo não especial da OMS). Hematoxilina & Eosina, 400x



FIGURA 5: Defeito final, após cirurgia micrográfica de Mohs, com diâmetro muito superior ao da lesão inicial

TABELA 1: PADRÕES DE IMUNO-HISTOQUÍMICA UTILIZADOS NOS ESTUDOS PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE CARCINOMA DE GLÂNDULAS SUDORÍPARAS (CGS) E CARCINOMA CUTÂNEO DE MAMA METASTÁTICO (CMBC) - RELAÇÃO DE CASO POSITIVO/TOTAL DE CASOS ESTUDADOS (RELAÇÃO PERCENTUAL)

ESTUDOS	TIPOS DE CÂNCER	P63	CK	CK5	CK17	CK7	CK14	Mama-globina	GCD-FP15	CEA	S100	CERB	ERP	PRP
Rollins-Ravel et al, 2011	SGC	4/5 (80)	-	4/5 (80)	4/5 (80)	-	4/5 (80)	2/5 (40)	1/5 (20)	-	-	-	-	-
	CMBC	1/12 (8)	-	0/12 (0)	2/12 (16)	-	0/12 (0)	7/12 (58)	5/12 (41)	-	-	-	-	-
Serhrauchni et al, 2013	SGC	1/1 (100)	-	1/1 (100)	-	1/1 (100)	-	-	-	1/1 (100)	1/1 (100)	-	1/1 (100)	1/1 (100)
	CMBC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wick et al, 1998	SGC	-	27/27 (100)	-	-	-	-	-	5/27 (18)	21/27 (77)	12/27 (44)	12/27 (44)	9/27 (33)	1/4 (25)
	CMBC	-	59/59 (100)	-	-	-	-	-	41/59 (69)	5/59 (8)	27/59 (45)	12/59 (20)	31/59 (52)	27/59 (45)
Ivanet et al, 2004	SGC	9/10 (90)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	CMBC	2/3 (66)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wallace et al, 1995	SGC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	CMBC	-	-	-	-	-	-	-	7/15 (46)	-	-	-	1/15 (6)	15/15 (100)
Busam et al, 1999	SGC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2/13 (15)	2/13 (15)
	CMBC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10/30 (33)	8/30 (26)
CASO*	SGC	1/1 (100)	-	-	-	1/1 (100)	-	-	-	1/1 (100)	1/1 (100)	-	1/1 (100)	-
	CMBC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

A clínica entre essas duas entidades é distinta: o adenocarcinoma ductal écrino se apresenta como lesão única enquanto a metástase de mama apresenta comumente lesões múltiplas e associação com história de câncer mamário, previamente ao achado cutâneo. A imuno-histoquímica é o foco de atenção de estudos recentes para a distinção entre CGS e metástases cutâneas de neoplasias de mama.^{5,7}

O diagnóstico deste caso foi possível após descartar foco neoplásico extracutâneo, pela presença da lesão isolada no couro cabeludo, associado ao estudo imuno-histoquímico. Os achados dos dois estudos imuno-histoquímicos mostraram CK7+, P63+, CK18+, CEA+. Ainda não existe um padrão para a imuno-histoquímica baseado em evidências, tendo em vista a raridade do tumor. Contudo, nos trabalhos existentes, a presença dos marca-

dores acima é favorável a tumor primário de glândula écrina e menos frequente no câncer de mama, conforme a tabela abaixo (Tabela 1).

Outros marcadores descritos na literatura como potenciais para essa distinção são GCD-FP-15, EGFR e podoplanina.⁸

O tratamento com a CMM mostrou-se fundamental, devido à localização da neoplasia na derme profunda e no subcutâneo, aos limites imprecisos e à ausência de alterações na epiderme e derme superficial. Ao final da CMM, a margem necessária para a obtenção de margem livre foi de 9mm (três estágios). Diante da extensão subclínica e tratando-se de neoplasia com alta taxa de recidiva e de metástase, mostrou-se importante a abordagem com cirurgia de Mohs para o controle de margem, reduzindo-se o risco de excisão incompleta. ●

REFERÊNCIAS

1. Rollins-Raval M, Chivukula M, Tseng GC, Jukic D, Dabbs DJ. An immunohistochemical panel to differentiate metastatic breast carcinoma to skin from primary sweat gland carcinomas with a review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*. 2011;135(8):975-83.
2. Leonhardt FD, Zanoni A, Ponce F, Haddad L, Scapulatempo Neto C, Cervantes O, Abrahao M. Carcinoma de glândula sudorípara écrino. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2007;73(2):286-7.
3. Matos D, Goulao J, Barreiros H, Bártole E, Oliveira A, Sanches F, et al. Carcinoma Ductal Écrino. *Rev Soc Portuguesa Dermatol Venereol*. 2014;72(4):599-604.
4. McLean SR, Shousha S, Francis N, Lim A, Eccles S, Nathan M, et al. Metastatic ductal eccrine adenocarcinoma masquerading as an invasive ductal carcinoma of the male breast. *J Cutan Pathol*. 2007;34(12):934-8.
5. Wick MR, Ockner DM, Mills SE, Ritter JH, Swanson PE. Homologous carcinomas of the breasts, skin, and salivary glands. A histologic and immunohistochemical comparison of ductal mammary carcinoma, ductal sweat gland carcinoma, and salivary duct carcinoma. *Am J Clin Pathol*. 1998;109(1):75-84.
6. Brichkov I, Daskalakis T, Rankin L, Divino C. Sweat gland carcinoma. *Am Surg*. 2004;70(1):63-6.
7. Zehr KJ, Rubin M, Ratner L. Apocrine adenocarcinoma presenting as a large ulcerated axillary mass. *Dermatol Surg*. 1997;23(7):585-7.
8. DeVita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer - Principles & Practice of Oncology*. 7th Ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2000.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Glaysson Tassara Tavares |  ORCID 0000-0002-1688-2955

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Carolina De Magalhães Ledsham |  ORCID 0000-0003-4269-0049

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Isabella Vieira De Oliveira |  ORCID 0000-0002-0245-4941

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Vanessa Martins Barcelos |  ORCID 0000-0002-0087-271X

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.