

Carcinoma de glândula sudorípara apócrina: Relato de um caso

Apocrine sweat gland carcinoma: Case report

OSVALDO JÚNIOR BATISTA MARQUES¹, NELSON NOBUHIRO KUROBE²,
 AGUINALDO FERNANDO NETO³, RICARDO MARTINS DE SOUZA QUEIROZ⁴,
 WANDERLEY BATISTA MARQUES⁵, ANGELO SEMENTILLI⁶,
 PAULO EDUARDO R. S. NOVAES⁶, VENÂNCIO AVANCINI FERREIRA ALVES⁷

Unitermos: Glândula Sudorípara Apócrina - Neoplasia

Key Words: Apocrine Sweat Gland-Neoplasms

Resumo: Os autores relatam caso de uma paciente de 24 anos, sexo feminino, portadora de carcinoma de glândulas sudoríparas em região axilar esquerda. Uma revisão da literatura demonstra a extrema raridade desta neoplasia. São apresentadas história clínica, evolução, documentação histopatológica assim como avaliação imuno-histoquímica.

Introdução

As glândulas sudoríparas com seus condutos excretores foram descobertas em 1883 por Johannes Purkinje. Em 1859, Lotzbeck fez a primeira descrição das glândulas sudoríparas, porém, somente em 1992, Schiefferuecher diferenciou-as em écrinas e apócrinas.

As écrinas desembocam diretamente na pele, e as apócrinas, maiores, desembocam no folículo piloso. Os carcinomas de glândulas apócrinas são tumores raros, primeiramente descritos por Cornil em 1865. Uma incidência de 0,005% de carcinomas de glândula sudorípara em relação a todas as neoplasias epiteliais da pele tem sido citada na literatura. ⁽⁸⁾

As glândulas écrinas representam uma evolução biológica do homem, com um número de 2.000.000 em cada indivíduo e distribuição de 130 cm³ de pele aproximadamente. ⁽⁸⁾

Trabalho realizado no Hospital Guilherme Álvaro da Faculdade de Ciências Médicas de Santos, SP.

Residente de 1º ano em Cirurgia Oncológica - Hosp. A.C. Camargo;
 Residente de 2º ano em Ginecologia/Obstetrícia - Hosp. Leonor Mendes de Barros;

Residente de 1º ano em Cardiologia - Hosp. Umberto Primo;

Residente de 2º ano em Clínica Médica - Hosp. Ipiranga;

Concluinte da Faculdade de Medicina de Catanduva, SP;

Professor da Faculdade de Ciências Médicas de Santos, SP;

Diretor da Divisão de Patologia do Instituto Adolfo Lutz.

Apresentação do caso

HPMA. MSS, feminina, negra, 24 anos, admitida em 03.11.81 no Serviço de Cirurgia do Hospital Guilherme Álvaro (HGA), Faculdade de Ciências Médicas de Santos, São Paulo, Brasil. Referia o aparecimento na axila esquerda, há 5 anos, de tumoração endurecida com cerca de 2 cm de diâmetro, indolor, que recentemente após manipulação deu saída a secreção sanguinolenta. É negada qualquer outra queixa e não relatava antecedentes de neoplasias na família. De antecedentes pessoais referia tabagismo (1 maço de cigarro por dia) há 2 anos. Negava qualquer tipo de patologia de outros sistemas. Apresentava ao exame clínico na região axilar esquerda tumoração de consistência endurecida, indolor, com 2cm de diâmetro aderida à pele e aos planos profundos. O restante ao exame físico não apresentava alterações.

Procedeu-se a exérese da lesão com diagnóstico anátomo-patológico de carcinoma de glândula sudorípara. Lâmina revista pelo "Armed Forces Institutes of Pathology" (EUA) favorecendo a hipótese de adenoma.

Quatro anos após, a paciente retorna ao serviço apresentando na axila esquerda vários nódulos de coloração acinzentadas com tamanhos variáveis medindo o maior 1 cm de diâmetro, indolores, aderidos à pele e com infiltração dos planos profundos da região.

Procedeu-se à resecção ampla local com linfadenectomia axilar esquerda em 30.06.86.

Avaliação anatomopatológica mostrou na primeira cirurgia nódulo multilobular de 2 cm, róseo-amarelado e

limites imprecisos. Na segunda cirurgia foi examinado retalho de pele de 7,0 por 3,5 cm e coloração enegrecida e vegetações nodulares medindo o maior 1 cm de diâmetro de localização central. Acompanhava gordura axilar, onde foram dissecados 5 nódulos medindo o maior 4,5 cm de diâmetro. Na microscopia a neoplasia é composta de células cuboidais com citoplasma abundante e nucléolos evidentes. O pleomorfismo nuclear é discreto e as mitoses raras. Presença de estruturas ductais e espaços císticos repletos de material eosinofílico homogêneo, assim como projeções papilíferas revestidos por células vacuolizadas. As células tumorais infiltram a hipoderme e com metástase em todos os gânglios axilares. (Fig. 1 e 2)

O exame da peça operatória confirmou o diagnóstico de carcinoma de glândula sudorípara com infiltração da hipoderme e metástase em cinco linfonodos axilares.

Na evolução não foi realizado tratamento adjuvante

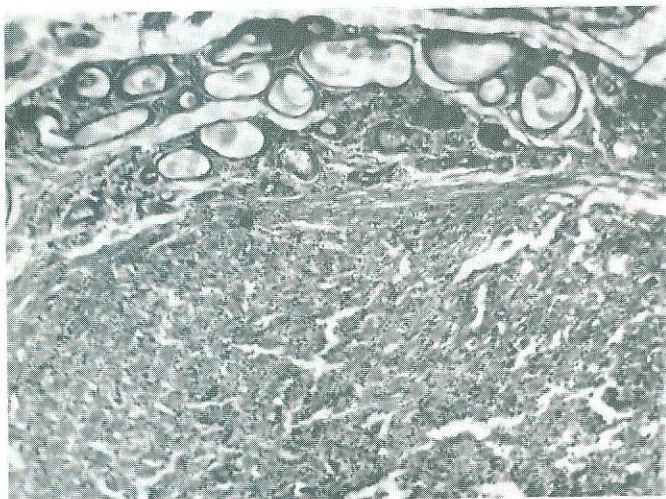


Fig. 1 - Neoplasia infiltrativa com formações glandulares e espaços císticos (aumento 100 vezes).

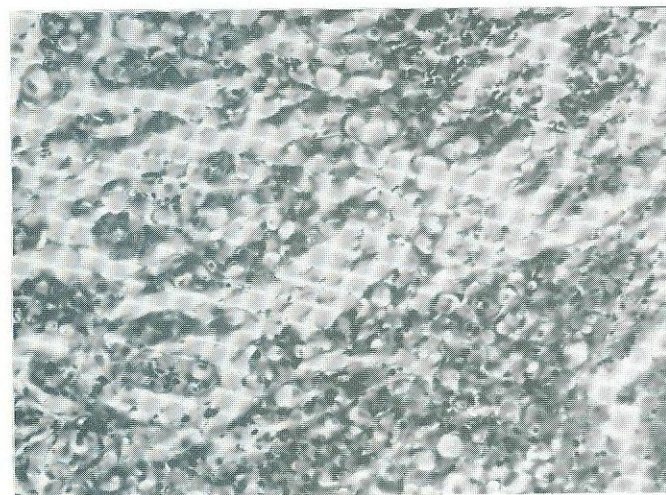


Fig. 2 - Pleomorfismo nuclear discreto e detalhes de formação glandulares (aumento de 400 vezes).

complementar e a paciente apresentava-se atualmente sem sinais de enfermidades local ou metastático.

Discussão

As glândulas écrinas são mais numerosas, encontradas nas palmas das mãos e planta dos pés. São distribuídas por todo corpo, exceto lábios, pênis, superfícies de prepúcio, pequenos lábios e clítoris. São importantes na regulação da temperatura corpórea. (4)

As glândulas apócrinas localizam-se no canal auditivo, pálpebra, axila, região ano-genital e auréola mamária (9). São estimuladas por hormônios sexuais, enquanto as écrinas respondem a estímulos colinérgicos. (9)

Em torno dos ductos e unidades excretoras destas glândulas encontramos células mioepiteliais que se acredita serem responsáveis pela excreção da glândula. (9)

O desenvolvimento embriológico destas glândulas se faz pelo aprofundamento das células epiteliais no interior do tecido. O seu ducto excretor é originado no pedículo desta invaginação revestido de células epiteliais primitivas enquanto as células mais profundas desenvolvem capacidade secretora. (1)

Tanto as glândulas sudoríparas apócrinas quanto as écrinas são apêndices da pele e podem desenvolver carcinomas. A axila é o local mais comum de ocorrência, enquanto que o local de menor incidência é o torax e o abdome.

Estudos feitos por Warkel e Helwig, através do relato de 10 casos de adenocarcinoma apócrino de glândulas sudoríparas de região axilar dão margem a que se façam as seguintes correlações com o caso presente.

1. Não apresentam características clínicas que permitam seu diagnóstico, e este será feito exclusivamente pela histopatologia.
2. Apresentam na maioria das vezes evolução com menos de 1 ano de duração, sendo que o caso acima reportado, a paciente já tem uma sobrevida de 8 anos. Há na literatura o relato de um caso, em que o paciente apresentou um tumor com história clínica de 30 anos. (10)
3. A idade de aparecimento desses tumores varia de 25 a 90 anos, com média de 57 anos (6). Embora a literatura relate caso de ocorrência em criança de dois meses e outra de 7 anos de idade. (1)
4. São tumores de escassa sintomatologia clínica que provocam apenas sensação de desconforto local sem causar dor.
5. Na sua maior parte as lesões tendem a mostrar uma luz tubular largamente dilatada e semelhante à glândula apócrina normal.

Alguns tumores desta linhagem apresentam zona de transição entre carcinoma e estruturas apócrinas normais, e em alguns indivíduos podemos encontrar glândulas apócrinas normais na vizinhança do tumor. (10)

6. Alguns autores referem pleomorfismo e hiper cromasia presentes em extensões variáveis, com pequena atividade mitótica em alguns tumores estudados. A diferenc-

ação entre carcinomas e adenomas foi baseado no grande pleomorfismo, hipercromasia e atividade mitótica, bem como a presença ou ausência de invasão de estroma.⁽¹⁰⁾

No laudo do "Armed Forces Institute of Pathology" (EUA), não foi observada atipia significativa que justificasse o diagnóstico de carcinoma.

Microscopicamente, é difícil a diferenciação entre tumores écrinos e apócrinos. Citoplasma eosinofílico abundante e glândulas com lúmen largo, são usualmente encontrados em adenomas e adenocarcinomas apócrinos, mas não são específicos. Protusão citoplasmática que assemelha-se à "decapitation secretion", pode ocasionalmente ser encontrada em neoplasias não-apócrinas.⁽¹⁰⁾

Tumores apócrinos mostram proeminentes grânulos PAS-positivos que assemelham-se a alguns vistos em glândulas apócrinas normais. Em tumores écrinos, glicogênio é virtualmente ausente. No entanto, ausência de grânulos de ferro não exclui o diagnóstico de tumores apócrinos.^(2, 5)

O estudo histoquímico já foi previamente utilizado por outros autores como método diagnóstico.⁽⁷⁾

No caso presente utilizamos o método da avaliação imuno-histoquímica, através da técnica imunoperoxidase. Esta técnica mostrou positividade para antígeno da membrana epitelial (EMA), assim como para CEA e proteína S-100. A investigação para tireoglobulina resultou negativa.

Carcinomas de glândulas sudoríparas podem exibir disseminação por via linfática e hematogênica.

Em pacientes com metástases histologicamente comprovadas para linfonodos na casuística do Memorial Hospital (EUA), apenas 24% apresentavam-se vivos sem evidência de doença cinco anos após tratamento cirúrgico.

Carcinomas de glândulas sudoríparas são considerados radioresistentes, tendo a radioterapia indicação como elemento terapêutico paliativo na enfermidade avançada ou

recorrente. O emprego da irradiação pré ou pós-operatória é controverso na literatura.^(3, 4, 6)

Desta mesma forma a literatura não demonstra experiência com a utilização de quimioterapia.

Summary

The authors report a case of a patient 24 years old, female, with sweat gland carcinoma in the left axillary region. A review of the literature shows the extreme rarity of this neoplasms.

Clinical history, evolution, histopathologic documentation and immunohistochemical evaluation are presented.

Referências Bibliográficas

1. Andrea, M.L.M.; Antoneli, C.B.G.; Novaes, P.E.; Saba, L.M.; Bianchi, A. - Carcinoma de glândulas sudoríparas em uma criança de 2 meses. *Acta Oncológica Brasileira* 2(1): 19-21, 1982.
2. Baes, H.; Suurmond, D. - Apocrine sweat gland carcinoma, *Dr. T. Derin* 83: 483-486, 1970.
3. Barnett, J.A. - Apocrine cell carcinoma scientific articles. *Pag. 10 (continue at pag. 26)*, 1985.
4. Fierstein, J.T.; Thawley, S.E.; Duck, N.S.; Ogura, J.H. - Metastatic - sweat gland carcinoma. *The Laryngoscope* 88: 1691-1696, 1978.
5. Lever, W.F.; Schawmburg, G. - *Histopathology of the skin (sixth edition). Tumores of the epidermal appendages (carcinoma of apocrine glands):* 579-580.
6. Mark, R.W.; Goellner, J.; James, T.W.; Daniel, W.P. - *Câncer* 56: 1147-1162, 1985.
7. Mazonjian, G.; Margolis, R. - *The American Journal of Dermatopathology*. Vol. 10, number 1: 28-35, February 1988.
8. Souchon, E.; Pérez, G.B.; Ospina, M.G.; Goropolus, A. - Carcinoma de glândulas sebáceas. *Centro médico*. Vol. 25: 137-143, 1982.
9. Strauss, J.S.; Gedeon, A. - *Histology*. Third edition. R.C. Creep & L. Weiss, M.C. Graw-HLL, New York, Chapter 16: 477-510, 1973.
10. Warkel, R.L. - Selected apocrine neoplasms. *Journal of Cutaneous Pathology* 11: 437-449, 1984.