

RELATO DE CASO

CARCINOMA ADENOESCAMOSO DO ESTÔMAGO

Apresentação de um caso e revisão da literatura

FERNANDO AUGUSTO SOARES^{1,3}, CELSO V.S. LEITE², JÚLIO DEFAVERI¹

Faculdade de Medicina de Botucatu — UNESP — Botucatu, SP

RESUMO

Os autores relatam um caso incomum de carcinoma adenoescamoso do estômago, discutindo os aspectos histogenéticos desta neoplasia e apresentando breve revisão da literatura.

UNITERMOS: estômago, carcinoma adenoescamoso

INTRODUÇÃO

Os carcinomas primitivos do estômago que apresentam componente epitelial do tipo escamoso são extremamente raros. O primeiro caso descrito coube a Rolleston & Trevor¹, em 1905. Desde então, vários casos têm sido relatados. Basicamente, podem ter três apresentações distintas no que tange ao componente epitelial escamoso. A primeira se caracteriza por carcinoma espinocelular puro, bem diferenciado, com presença de células disqueratóticas e formação de pérolas córneas; a segunda apresenta-se como carcinoma adenoescamoso, no qual ambos os epitélios, glandular e escamoso, são malignos. Finalmente, há aqueles em que o componente epidermóide não exibe sinal de malignidade, que se restringe ao epitélio glandular.

No presente relato descreveremos o primeiro caso de carcinoma adenoescamoso de estômago do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, procurando analisar os aspectos anatomopatológicos e as possíveis teorias histogenéticas desta lesão pouco usual, bem como fazer breve revisão de literatura.

RELATO DO CASO

Homem branco, 63 anos, com história de dor epigástrica acompanhada de náuseas e vômitos há dois anos e com piora há seis meses, quando a dor passou a ser em queimação, com vômitos mais freqüentes e com restos alimentares. Outros

sintomas incluía indisposição para o trabalho e emagrecimento moderado. Ao exame físico, mostrava-se em regular estado geral, emagrecimento e com dor à palpação profunda na região epigástrica.

A endoscopia revelou lesão ulcerada de mais ou menos 3,5cm de diâmetro, de bordas elevadas, recoberta por fibrina. Foram colhidas biópsias que revelaram tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Foi indicada a ressecção gástrica à Billroth II.

O paciente está vivo, assintomático há cerca de três anos após a cirurgia.

EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

O espécime cirúrgico era representado por cerca de 2/3 do estômago e media, pela pequena curvatura, 14cm e, pela grande curvatura, 18cm. Na região antral e pequena curvatura havia lesão séssil-ulcerada de 5,5cm de diâmetro, bordas salientes e endurecidas, com fundo granuloso recoberto por fibrina. Aos cortes, a neoplasia caracterizava-se por tecido esbranquiçado, duro, de limites imprecisos, estendendo-se até à serosa.

Microscopicamente, o componente escamoso constituía aproximadamente 60% da massa tumoral, formando, em áreas, blocos sólidos, com diferenciação bem marcada, com pérolas córneas e, em outras, formando pequenos agrupamentos ou cordões, e as células exibindo maior eosinofilia citoplasmática, característica do processo de ceratinização (figura 1). O componente glandu-

¹ Departamento de Patologia. ² Departamento de Cirurgia. Trabalho apresentado na XII Jornada Científica do Campus de Botucatu — UNESP, 1983. Endereço para correspondência: ³ Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu — UNESP, 18610 — Botucatu — SP.



FIGURA 1 — Área com padrão escamoso puro, observando-se inúmeras pérolas córneas (HE — 200 x).

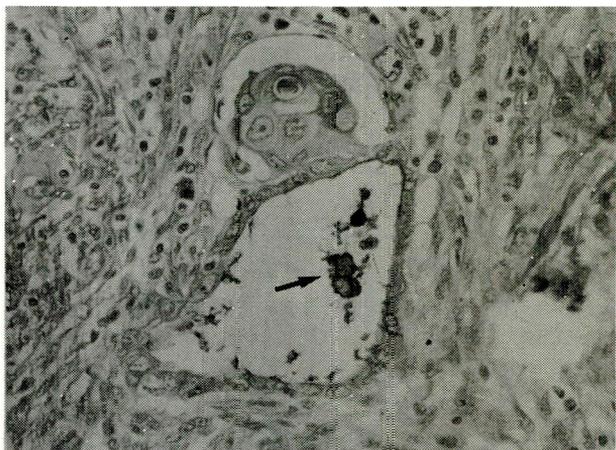


FIGURA 2 — Componentes escamoso e glandular associados. Observam-se, na luz, células neoplásicas mucossecretoras descamadas (PAS — 600 x).

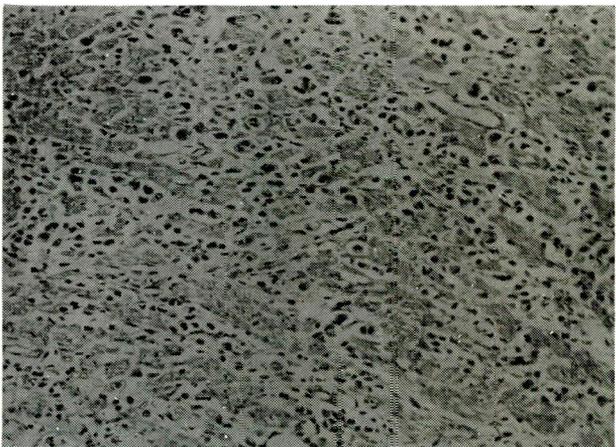


FIGURA 3 — Área de padrão indiferenciado, com células isoladas, infiltrando difusamente a parede muscular gástrica (HE — 200 x).

lar apresentava diferenciação variada, dispondo-se em muitas áreas lado a lado com o componente escamoso. Chamou atenção a presença de glândulas parcialmente revestidas por epitélio escamoso e a presença de células mucossecretoras isoladas, PAS-positivas (figura 2) em meio a ilhotas sólidas do componente epidermóide, lembrando carcinoma mucoepidermóide de glândula salivar². Nas áreas onde a neoplasia era indiferenciada, não se observaram células queratinizadas (figura 3). Mapeamento da mucosa gástrica restante revelou gastrite crônica e focos de metaplasia intestinal, não se evidenciando áreas que apresentassem metaplasia escamosa.

Havia metástases em quatro linfonodos regionais, todos com o componente de adenocarcinoma.

DISCUSSÃO

O câncer gástrico com componente de epitélio escamoso é raro. Strauss e col.³ citam que, segundo o Registro de Tumores da Califórnia, em um período de 20 anos (1942-1962), foram comunicados 10600 casos de neoplasias malignas do estômago, dos quais apenas 12 eram carcinomas espinocelulares puros; destes, apenas quatro foram incluídos como seguramente primários, o que perfazia 0,04% dos casos. Neste registro não foram incluídos os carcinomas adenoescamosos. Hoerr⁴ relata a presença de um caso em 244 (0,4%) Scheffler & Falk⁵ relatam incidência relativa de 0,7% e, no Japão, onde a incidência dos carcinomas gástricos é elevada, há poucos casos relatados^{6, 7}.

Na literatura encontram-se publicados cerca de 77 casos de carcinoma adenoescamoso e 54 de carcinomas epidermóides puros. No Brasil temos conhecimento de apenas duas publicações, ambas relacionadas com carcinoma epidermóide puro^{8, 9}. Brumini¹⁰, em levantamento de dados histopatológicos referentes ao período de 1976-1980, relata a presença de 12 casos (0,05%) de carcinoma adenoescamoso em um total de 25.804 casos de câncer gástrico.

Clinicamente, o carcinoma adenoescamoso do estômago segue o padrão classicamente descrito para as neoplasias malignas usuais do órgão. A relação entre os sexos é de cerca de 3/1 a favor do sexo masculino, a faixa etária varia entre 26 e 81 anos, com média por volta da 5ª — 6ª décadas¹¹. A localização mais comum é o antro gástrico e a apresentação clínica é de epigastralgia, astenia e perda de peso. Quanto ao prognóstico, os autores divergem, sendo que parte deles não refere diferença de evolução

entre o carcinoma com componente epitelial escamoso e o adenocarcinoma clássico¹¹, enquanto que outros acreditam que o primeiro apresenta pior prognóstico⁷.

Diferentes mecanismos patogênicos têm sido sugeridos para explicar a origem do componente escamoso no carcinoma gástrico: a) presença de focos heterotópicos ou metaplásicos de epitélio escamoso; b) diferenciação escamosa de células totipotenciais primitivas e c) diferenciação escamosa das células do adenocarcinoma.

Presentes epitélio heterotópico ou metaplásico escamoso, são eles considerados como origem de carcinoma epidermóide puro^{3, 12}, não explicando, portanto, a presença do componente glandular maligno. Além disso, em nosso caso, o exame completo da mucosa gástrica não revelou presença de epitélio escamoso benigno.

Outra explicação seria a presença de células totipotenciais representadas por precursoras primitivas ou células de reserva, com capacidade de se diferenciar em epitélio escamoso que é defendida por diversos autores^{3, 9, 13}. Porém, tais células nunca foram seguramente reconhecidas pelos métodos usuais⁷. Em nosso caso, é interessante observar que nas áreas em que a neoplasia era indiferenciada não observamos sinais de queratinização, sugerindo que o componente neoplásico escamoso não deriva de epitélio primitivo.

No presente caso, há aspectos histológicos sugestivos de que o componente escamoso derive de transformação das células do adenocarcinoma preexistentes, pois observamos estruturas glandulares revestidas parcialmente por epitélio escamoso e áreas com o padrão mucoepidermóide indicando relação estreita entre ambos os componentes neoplásicos. Achados semelhantes foram relatados por Mori e col.⁷, sugerindo, ainda, estes autores, que o carcinoma adenoescamoso é apenas uma variante do adenocarcinoma do estômago, pois seu comportamento biológico de maior ou menor agressividade correlaciona-se com a menor ou maior diferenciação do

componente glandular da neoplasia, respectivamente. Reforça esta idéia o fato de, no presente caso, as metástases ganglionares serem constituídas apenas pelo componente adenocarcinomatoso.

SUMMARY

An uncommon case of adenosquamous carcinoma of the stomach is described. The histogenetic of this neoplasia and a brief review of the literature are presented.

UNITERMS: stomach, adenosquamous carcinoma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rolleston HD, Trevor RS. A case of columnar cell carcinoma of the stomach showing squamous cell metaplasia. *J. Path. Bact.*, 1905; 10: 418-422.
2. Thackray AC, Sobin LH. Types histologiques des tumeurs des glandes salivaires. In: *Classification histologique internationale des tumeurs*, n.º 7. P. 23, OMS, 1972.
3. Traus R, Heschel S, Fortmann DJ. Primary adenosquamous carcinoma of the stomach. A case report and review. *Cancer*, 1969; 24: 985-995.
4. Hoerr SO, Hazard JB, Bailey D. Prognosis in carcinoma of the stomach in relation to the microscopic type. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1966; 122: 485-494.
5. Scheffer MM, Falk AB. Epidermoid carcinoma of the stomach. *Am. J. Cancer*, 1940; 38: 359-363.
6. Taira Y, Ogata H, Tsuchiyama H. Two autopsy cases of primary adenoacanthoma of the stomach. *Acta Path. Jpn.* 1976; 26: 223-228.
7. Mori M, Iwashita A, Emjoji M. Adenosquamous carcinoma of the stomach. *Cancer* 1986; 57: 333-339.
8. Azevedo AP, Villela E. Carcinoma epidermóide primário do estômago. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz* 1936; 31: 719-730.
9. Melo CR, Rocha MP, Cunha TC, Lemos R. Carcinoma Epidermóide do Estômago. *Arq. Gastroent. S. Paulo*, 1982; 19: 26-29.
10. Brumini R (ed.) & cols. *Câncer no Brasil: dados histopatológicos*. Rio de Janeiro, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Ministério da Saúde, 1982.
11. Boswell JT, Helwig EB. Squamous cell carcinoma and adenoacanthoma of the stomach. A clinicopathologic study. *Cancer*, 1965; 18: 181-192.
12. Won OH, Farmn J, Krishnan MN, Iyer SK, Vulletin JC. Squamous cell carcinoma of the stomach. *Am. J. Gastroent.* 1978; 69: 594-598.
13. Mingazini PL, Barsotti P, Malchiodialbedi F. Adenosquamous carcinoma of the stomach: Histological histochemical and ultrastructural observations. *Histopathology*, 1983; 7: 433-443.