

Relato de Caso

Carcinoma adenoescamoso primário do estômago

E.D.F. MANNA, A.A. SEIXAS, R.P. MACHADO DE ARAÚJO, M.C. FERRO

Departamento de Morfologia e Patologia da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, SP.

RESUMO — O carcinoma adenoescamoso primário do estômago é um tumor raro, cuja incidência não excede 1% dos tumores gástricos. Esse tumor mostra dois tipos celulares distintos: um escamoso e outro adenocarcinomatoso.

MATERIAL E MÉTODO. Os autores reportam um caso de carcinoma adenoescamoso primário do estômago em um paciente branco de 55 anos, cuja patologia e imuno-histoquímica mostram a pre-

sença dos dois tipos celulares: adenocarcinomatoso e escamoso.

CONCLUSÃO. É discutido um caso de um tumor raro e interessante do estômago, com relação à sua patogênese, diagnóstico e aspectos clínico-patológicos.

UNITERMOS: Carcinoma adenoescamoso. Estômago.

INTRODUÇÃO

O carcinoma adenoescamoso do estômago é um tumor relativamente raro e bastante interessante por ser uma neoplasia com um tipo celular diferente daquele encontrado normalmente no estômago. Neste tipo de neoplasia estão presentes dois componentes celulares: um adenocarcinomatoso e outro escamoso ou epidermóide.

Os carcinomas do trato gastrintestinal com diferenciação escamosa compreendem: carcinoma de células escamosas (ou epidermóide), adenoacantoma e carcinoma adenoescamoso. O carcinoma de células escamosas é constituído somente pelo componente epidermóide. O adenoacantoma é um adenocarcinoma com áreas de metaplasia escamosa benigna, enquanto o carcinoma adenoescamoso é um tumor misto glandular e epidermóide, em que ambos os componentes são clones neoplásicos.

A incidência varia entre 0,04% e 0,7% de todos os tumores gástricos¹, podendo atingir até 0,9%². A relação entre homens e mulheres acometidos é de 4:1 e sua maior freqüência ocorre na sexta década de vida¹.

Foram encontrados 12 casos de carcinoma adenoescamoso do estômago em um levantamento realizado no Brasil, entre 1976 e 1980, pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Ministério da Saúde, em 1982³.

Não foi encontrado relato de caso de carcinoma adenoescamoso do estômago publicado em revista indexada da literatura nacional.

APRESENTAÇÃO DE UM CASO

Paciente do sexo masculino, 55 anos, branco,

brasileiro, apresentando, há um ano, queimação epigástrica, regurgitação, azia e digestão retardada. Há seis meses, mostrou cansaço físico, dor nas pernas e dispnéia. Nesse período, perdeu aproximadamente dez quilos. Não apresentou melena ou hematêmese. Pai falecido de carcinoma gástrico. Ao exame físico, apresentava-se descorado, sem linfadenopatias, visceromegalias ou massas abdominais palpáveis.

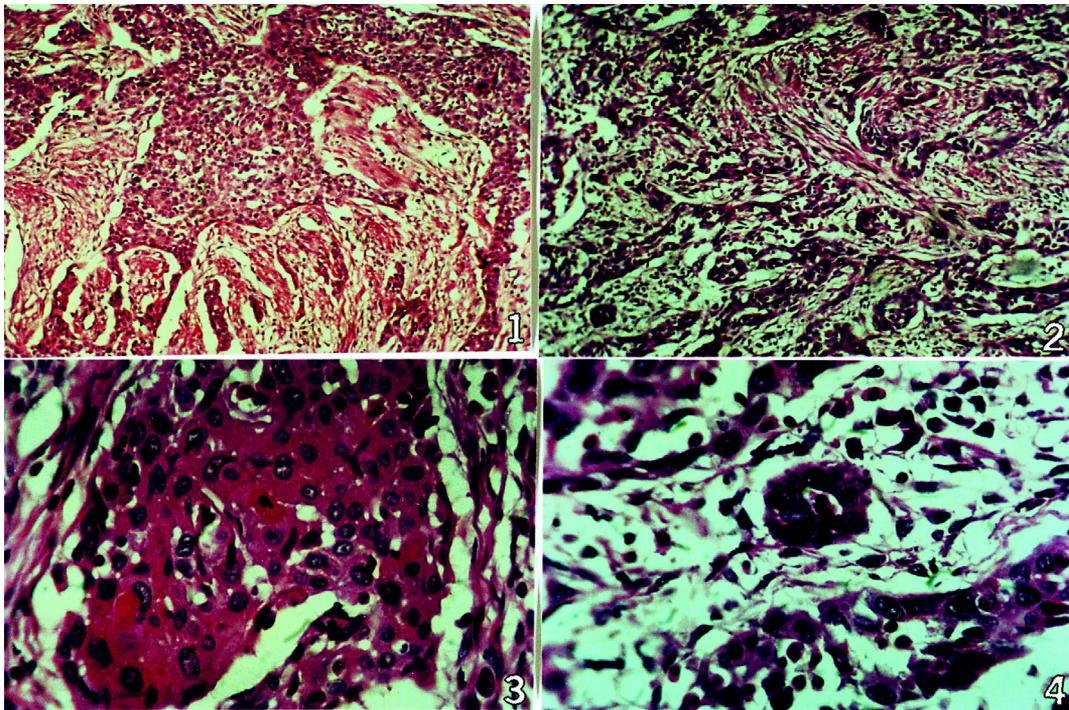
Os exames laboratoriais mostravam: hemoglobina, 8,6g%; hematócrito, 30%; VHS, 40mm na primeira hora e 76mm na segunda hora.

O exame endoscópico apresentou lesão ulcerada volumosa de fundo necrótico ao nível da grande curvatura, cuja biópsia forneceu o diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado (ulcerado) do estômago.

A peça cirúrgica obtida mostrou carcinoma adenoescamoso com a parte adenocarcinomatosa moderadamente diferenciada (figs. 1 a 4). Notam-se áreas glandulares muito nítidas (figs. 2 e 4) contrastando com áreas epidermóides (figs. 1 e 3). A neoplasia atingia todas as túnicas do estômago, incluindo a serosa. Acompanharam 35 linfonodos, sendo 14 do grande epíloon, nove da pequena curvatura, sete da artéria hepática e cinco pericolecianos. Apenas um linfonodo do grande epíloon estava comprometido.

O material foi submetido à técnica de imunoperoxidase, sendo citoceratina (A1 e A3) positiva.

O paciente foi encaminhado para tratamento quimioterápico com 5-fluorouracil, adriamicina e mitomicina, tendo realizado controles endoscópicos com biópsias, cujos resultados mostraram ausência de neoplasia. O seguimento de dois anos mostrou remissão dos sinais e sintomas da doença



Figs. 1) Área do tumor cujas células formam blocos com arranjos epidermóides irregulares. (Aumento 20x.); **2)** Áreas de células tumorais dispostas em cordões assumindo arranjo glandular. (Aumento 10x.); **3)** Bloco de células neoplásicas com arranjo epidermóide. Raras células com citoplasma ceratinizado. (Aumento 40x.); **4)** Área de células neoplásicas com arranjo glandular. (Aumento 40x.)

nesse período. Seis meses após a cirurgia, o paciente desenvolveu quadro de herpes zoster em hemitórax direito, com evolução favorável.

Posteriormente, o paciente desenvolveu diabetes melito tipo II e hipertensão arterial sistêmica, após ganho considerável de peso.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Na literatura, alguns critérios foram propostos para se considerar um carcinoma gástrico como adenoescamoso: localização da neoplasia fora do cárdia, ausência de extensão do tumor para o esôfago e a inexistência de carcinoma de células escamosas em qualquer outro órgão^{4,5}.

Para o diagnóstico anatomopatológico é necessário identificar pontes intercelulares e massas de células queratinizadas com a formação de pérolas córneas nas áreas escamosas⁶.

Os tumores adenoescamosos podem ser polipóides, ulcerados circunscritos ou ulcerados infiltrativos, enquanto a forma de linite plástica e a de *giant folds* (pregas gástricas gigantes) são mais raras¹.

Em relação à origem da área escamosa maligna, várias teorias foram formuladas. Wood defende a origem a partir das células basais indiferenciadas pluripotenciais⁷. Boswell propõe a

existência de epitélio escamoso preexistente heterotópico ou metaplásico⁸. A teoria mais aceita nos artigos recentes defende a diferenciação escamosa a partir de um adenocarcinoma preexistente^{1,2,8,9}. A diferenciação escamosa é mais comum nos carcinomas avançados, sendo rara nos precoces², favorecendo esta última teoria.

Ultra-estruturalmente, o tumor mostra ambos os componentes, adenomatoso e escamoso, numa célula individual¹⁰.

O comportamento clinicopatológico do tumor é governado basicamente pelo componente adenocarcinomatoso⁹. Este divide-se em três grupos com características distintas: o indiferenciado, o moderadamente diferenciado e o bem diferenciado¹¹. O indiferenciado aparece em idade mais precoce e distribui-se igualmente nos dois sexos, enquanto o bem diferenciado aparece em idade mais avançada e predomina no sexo masculino. O bem diferenciado apresenta com maior frequência metástases hepáticas via sistema porta e acometimento linfonodal; o indiferenciado desenvolve mais frequentemente carcinomatose peritoneal⁹. O moderadamente diferenciado apresenta caracteres intermediários entre os dois grupos anteriores.

O prognóstico do carcinoma adenoescamoso parece pior do que o do adenocarcinoma, devido à maior profundidade de invasão e a maior frequência de permeação linfática e vascular das células carcinomatosas, quando diagnosticado⁶.

SUMMARY

Primary adenosquamous carcinoma of the stomach: a case report

BACKGROUND. *Primary adenosquamous carcinoma of the stomach is a rare tumour, the incidence of which does not exceed 1% of gastric tumours. This tumour shows two different cell components: one squamous and the other adenomatous.*

MATERIAL AND METHODS. *The authors report a case of a primary adenosquamous carcinoma of the stomach in a 55-year-old Caucasian (white) man, whose pathology and immunohistochemistry show the presence of both types of cells: adenomatous and squamous.*

CONCLUSION. *The authors show an interesting and rare case of adenosquamous tumour, discuss its pathogenesis, diagnosis, clinics and pathologic features.* [Rev Ass Med Brasil 1998; 44(2): 152-4.]

KEY WORDS: Adenosquamous carcinoma. Stomach.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kawabe K, Nakanuma Y, Terada T, Nakamura Y. Adenosquamous carcinoma of the stomach presenting "giant gastric folds". *Gastroenterol Jpn* 1990; 25(6): 739-45.
2. Mori M, Fukuda T, Enjoji M. Adenosquamous carcinoma of the stomach: histogenetic and ultrastructural studies. *Gastroenterol* 1987; 92(4): 1.078-82.
3. Brumini R. *Cancer no Brasil: dados histopatológicos 1976-80*. Rio de Janeiro, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Ministério da Saúde, 1982; 277.
4. Parks RE. Squamous neoplasms of the stomach. *Am J Roentgenol* 1967;101: 447-9.
5. Mori M, Iwashita A, Enjoji M. Adenosquamous carcinoma of the stomach: a clinicopathologic analysis of 28 cases. *Cancer* 1986; 57: 333-9.
6. Rodriguez MC, Saint-Palais SM, Rueda Pérez JM *et al*. Carcinoma adenoescamoso del estómago. *Rev Esp Enf Digest* 1994; 86(4): 757-60.
7. Wood DA. Adenoacanthoma of the pyloric end of the stomach. *Arch Pathol* 1943; 36: 177-89.
8. Boswell JT, Helwig AB. Squamous cell carcinoma and adenoacanthoma of the stomach: a clinicopathologic study. *Cancer* 1965; 18(2): 181-92.
9. Mingazzini PL, Barsotti P, Malchiodi Albedi F. Adenosquamous carcinoma of the stomach: histological, histochemical and ultrastructural observations. *Histopatol* 1986; 7: 433-43.
10. Straus R, Heschel S, Fortmann DJ. Primary adenosquamous carcinoma of the stomach: a case report and review. *Cancer* 1969; 24: 985-95.
11. Bacchi CE, Cardoso de Almeida PC, Franco M. Carcinomas do estômago. In Bacchi R, Cardoso de Almeida PC, Franco M: *Manual de padronização de laudos histopatológicos*. São Paulo, Sociedade Brasileira de Patologia, 1995; 87-97.