



DERMATOPATOLOGIA

Células em anel de sinete na linfangite carcinomatosa por adenocarcinoma gástrico ☆,☆☆



Beatriz da Silva Souza ^{a,*}, Renan Rangel Bonamigo ^a, Gabriela Lusa Viapiana ^a
e André Cartell ^b

^a Serviço de Dermatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

Recebido em 5 de novembro de 2019; aceito em 16 de dezembro de 2019

Disponível na Internet em 13 de junho de 2020

PALAVRAS-CHAVE

Carcinoma de células em anel de sinete;
Linfangite;
Metástase linfática

Resumo Metástases cutâneas são raras. Elas costumam se apresentar como nódulos ou tumorações. O diagnóstico baseia-se no exame histopatológico e o prognóstico é desfavorável. Descrevemos o caso de paciente do sexo feminino, 72 anos, com adenocarcinoma de antro gástrico tratado cirurgicamente. O exame anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete. A paciente evoluiu com acometimento ósseo, linfonodomegalias na região inguinal e infiltração cutânea nos membros inferiores, abdome e raiz dos membros superiores. A biópsia de pele demonstrou carcinoma em anel de sinete que embolizava vasos do derma e hipoderma e invasão do tecido adiposo, confirmaram linfangite carcinomatosa. A linfangite carcinomatosa é a invasão linfática cutânea e subcutânea por células tumorais. Metástase cutânea é relativamente incomum e se apresenta principalmente como nódulos cutâneos ou subcutâneos, e mais raramente como lesões inflamatórias. No presente caso, reportamos a linfangite carcinomatosa associada ao câncer gástrico.

© 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

O linfedema deve ser avaliado para diversas etiologias, entre elas as metástases cutâneas de órgãos sólidos.

Metástases cutâneas são malignidades dermatológicas relativamente raras, com incidência relatada que varia de 0,7% a 9,0% entre todas as neoplasias cutâneas.¹ Frequentemente se apresentam como nódulos eritematosos, discretos e firmes ou tumorações; as metástases inflamatórias da pele ocorrem com menos frequência.² O diagnóstico é baseado no

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.12.004>

☆ Como citar este artigo: Souza BS, Bonamigo RR, Viapiana GL, Cartell A. Signet ring cells in carcinomatous lymphangitis due to gastric adenocarcinoma. An Bras Dermatol. 2020;95:490–2.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: beatrizsouza1987@gmail.com (B.S. Souza).



Figura 1 Infiltração cutânea nos membros inferiores, mais extenso no lado esquerdo, e no lado direito, acomete raiz da coxa.

exame histopatológico.³ O prognóstico dos pacientes com metástase cutâneas é desfavorável, com sobrevida média de aproximadamente 7,5 meses.³ Apresentamos o caso de uma paciente com adenocarcinoma de antro gástrico com células em anel de sinete, que evoluiu com linfangite carcinomatosa.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 72 anos, diagnosticada com adenocarcinoma de antro gástrico estágio IIIA, submetida à gastrectomia parcial com linfadenectomia ampliada, o anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma pouco diferenciado, tipo misto de Lauren, com células em anel de sinete, ulceroinfiltrante tipo linitisplástica, comprometeu o antro gástrico e piloro. Iniciou quimioterapia adjuvante com capecitabina + oxaliplatina, mas houve intolerância ao esquema e a terapia foi suspensa. Uma tomografia computadorizada feita 10 meses após a cirurgia demonstrou lesão osteolítica em T2 e linfonodomegalias na região inguinal à esquerda. Fez-se radioterapia paliativa para as lesões ósseas, com melhoria importante da dor local. Após dois meses, houve aumento do volume no membro inferior esquerdo, que progrediu com acometimento bilateral; em cinco meses, foi internada devido ao quadro de linfedema em membros inferiores. Ao exame físico, apresentava infiltração cutânea nos membros inferiores, mais pronunciada no lado esquerdo (fig. 1), com extensão para abdome e raiz dos membros superiores. O anatomopatológico da pele da face medial da coxa esquerda demonstrou carcinoma em anel de sinete que embolizava vasos por todo o derma e hipoderma, com invasão neoplásica de tecido adiposo (figs. 2 e 3), confirmando linfangite carcinomatosa.

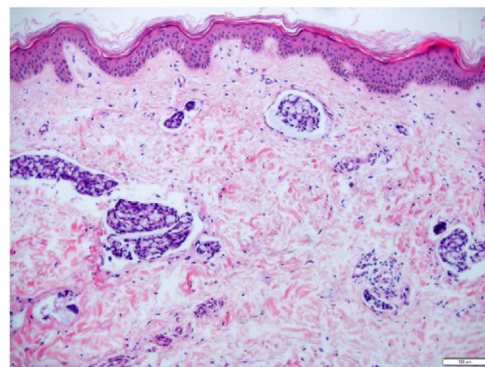


Figura 2 Presença de embolização linfática difusa associada a edema dérmico (Hematoxilina & eosina, 50×).

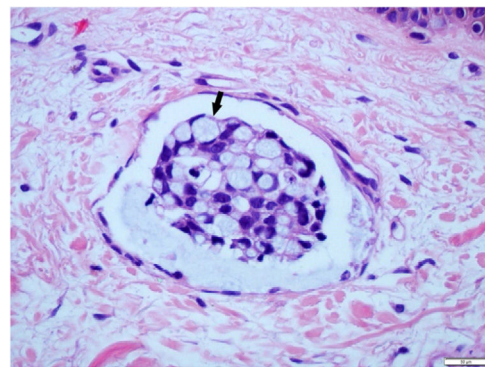


Figura 3 Maior detalhe mostra êmbolo linfático com células em anel de sinete (indicado pela seta) (Hematoxilina & eosina, 200×).

Iniciado ciclo de quimioterapia paliativa, mas evoluiu com insuficiência respiratória e, por fim, óbito.

Discussão

Linfedema é condição clínica marcada por aumento de volume dos tecidos moles subcutâneos devido ao comprometimento do sistema linfático.² O edema de membros inferiores é sintoma muito comum; os mecanismos mais frequentemente envolvidos em sua causa incluem doença venosa e linfática, sobrecarga de volume, aumento da permeabilidade capilar e diminuição da pressão oncótica. As doenças mais frequentes associadas são trombose venosa profunda e insuficiência venosa crônica, insuficiência cardíaca, hipoproteinemia por insuficiência hepática ou renal, edema cíclico idiopático e edema induzido por medicamentos.⁴

Em pacientes oncológicos, as principais etiologias do linfedema são a complicação após linfadenectomia ou após radioterapia. A linfangite carcinomatosa exibe invasão linfática cutânea e subcutânea extensiva por células tumorais, causada pela disseminação linfogênica.² Quando o diagnóstico de linfedema é feito em pacientes previamente tratados para malignidade, é importante considerar se o sintoma corresponde à progressão ou recorrência da doença ou a uma complicação do tratamento inicial do câncer; é muito importante a histopatologia para a diferenciação etiológica. Linfedema devido à infiltração maligna deve ser

considerado, particularmente quando se desenvolve rapidamente, está constantemente presente, com veias dilatadas visíveis e associado à dor intensa.²

O padrão de anel de sinete define uma mudança de forma de célula específica, durante a qual o núcleo da célula é empurrado para a periferia devido ao acúmulo citoplasmático de mucina, vacúolos ou corpos de inclusão.¹ A biópsia da pele com metástase desse tipo de neoplasia habitualmente demonstra uma infiltração do local acometido. No presente caso, derma e hipoderma, por células inflamatórias e pequenas células mononucleares, arredondadas, com amplo citoplasma, ocasionalmente com aparência de anel de sinete.^{5,6}

O tipo histológico com maior tendência à metástase a distância é o adenocarcinoma com células em anel de sinete.⁷ Perisse et al. relataram um caso de adenocarcinoma de antro pouco diferenciado com células em anel de sinete com metástase cutânea que se apresentavam como nódulos assintomáticos na face, no pescoço, no tórax e na bolsa escrotal.⁷

Em geral, as metástases cutâneas ocorrem no curso final da doença, mas também pode ser o sinal de apresentação do câncer subjacente, ambas as formas relacionadas a um prognóstico ruim e sobrevida diminuída.^{8,9} Essas lesões são frequentemente nódulos cutâneos ou subcutâneos, normocrômicos ou eritematosos, muitas vezes assintomáticos,^{2,10} raramente apresentam-se como metástases inflamatórias,² como o presente caso, no qual a metástase cutânea manifestou-se como uma linfangite carcinomatosa.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Beatriz da Silva Souza: Elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Renan Rangel Bonamigo: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Gabriela Lusa Viapiana: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

André Cartell: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

- Gündüz Ö, Emeksiz MC, Atasoy P, Kidir M, Yalçın S, Demirhan S. Signet-ring Cells in the Skin: A Case of Late-onset Cutaneous Metastasis of Gastric Carcinoma and a Brief Review of Histological Approach. *Dermatol Reports*. 2017;8:6819.
- Damstra RJ, Jagtman EA, Steijlen PM. Cancer-related secondary lymphoedema due to cutaneous lymphangitis carcinomatosa: Clinical presentations and review of literature. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010;19:669–75.
- Guanziroli E, Coggi A, Venegoni L, Fanoni D, Ercoli G, Boggio F, et al. Cutaneous metastases of internal malignancies: an experience from a single institution. *Eur J Dermatol*. 2017;27:609–14.
- Schellong SM, Wollina U, Unger L, Machetanz J, Stelzner C. Das geschwollene Bein. *Internist (Berl)*. 2013;54:1294–303.
- Kaur S, Aggarwal P, Dayal S, Sangwan A, Jain VK, Jindal N. Cutaneous Metastasis from Signet-ring Gastric Adenocarcinoma in a Carcinoma En Cuirasse Pattern: An Unusual Clinical-diagnostic Sequence. *Indian J Dermatol*. 2015;60:637.
- Aneiros-Fernandez J, Husein-ElAhmed H, Arias-Santiago S, Escobar Gómez-Villalva F, Nicolae A, O'Valle Ravassa F, et al. Cutaneous metastasis as first clinical manifestation of signet ring cell gastric carcinoma. *Dermatol Online J*. 2010;16:9.
- Krathen RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous metastasis: a meta-analysis of data. *South Med J*. 2003;96:164–7.
- Koyama R, Maeda Y, Minagawa N, Shinohara T, Hamada T. Late Cutaneous Metastasis Originating from Gastric Cancer with Synchronous Metastasis. *Case Rep Gastroenterol*. 2019;13:95–101.
- Perisse MC, Ferron C, Lima RB, Serra MS, Martins CJ. Case for diagnosis. Cutaneous metastases of visceral cancer. *An Bras Dermatol*. 2011;86:1029.
- Namikawa T, Munekage E, Munekage M, Maeda H, Yatabe T, Kitagawa H, et al. Subcutaneous metastasis arising from gastric cancer: A case report. *Mol Clin Oncol*. 2017;6:515–6.