



CARTAS - INVESTIGAÇÃO

Carcinoma ductal écrino escamoide: série de cinco casos de tumor raro^{☆,☆☆}

Prezado Editor,

O carcinoma ductal écrino escamoide (CDEE) é neoplasia cutânea maligna rara que, na histologia, demonstra comportamento bifásico, com diferenciação tanto escamosa (superfície do tumor) quanto ductal écrina (profundidade do tumor), frequentemente confundido com o carcinoma espinocelular (CEC), especialmente em biopsias superficiais. O CDEE tem relevância clínica significativa em virtude de seu potencial de metástase e agressividade local.^{1,2} Portanto, o objetivo desta série de casos é demonstrar a apresentação clínica e histopatológica de cinco casos de CDEE, a fim de aprimorar o conhecimento e o manejo dessa neoplasia rara.

A **tabela 1** resume as principais informações dos cinco casos de CDEE. A doença afetou exclusivamente adultos idosos do sexo masculino, com idade média de 68 anos. Todos os casos ocorreram na região da cabeça e pescoço, com predileção pela face (três de cinco casos). Houve antecedente de imunossupressão por transplante de órgãos em três pacientes e radioterapia prévia no local em um caso. Na histopatologia (**fig. 1**), os tumores apresentaram padrão de crescimento infiltrativo na derme, invadindo ocasionalmente o tecido subcutâneo e muscular. Nas regiões mais superficiais dos tumores, observou-se diferenciação escamosa, semelhante ao CEC bem diferenciado, enquanto nas regiões mais profundas houve diferenciação ductal em diferentes graus, acompanhada por ninhos e cordões de células epiteliais com atipia moderada a grave, envolvidos por estroma desmoplásico. A presença de invasão perineural foi observada em três casos, e invasão angiolinfática em um caso. A diferenciação ductal foi confirmada pela positividade da imuno-histoquímica para o antígeno de membrana

epitelial (EMA) e o antígeno carcinoembrionário (CEA) em todos os tumores (**fig. 2**). As informações sobre tratamento e evolução estão disponíveis para quatro dos cinco pacientes, visto que um deles perdeu seguimento após a biópsia incisional do tumor. Todos os quatro casos foram submetidos a tratamento cirúrgico com margens cirúrgicas livres após o procedimento. Em dois dos quatro casos, as margens cirúrgicas foram avaliadas intraoperatoriamente por congelação, enquanto nos outros dois casos a análise das margens ocorreu após a cirurgia. O período médio de seguimento após a cirurgia foi de 28,5 meses, com evidência de recorrência local em dois pacientes; um deles havia sido submetido a cirurgia convencional com análise de margens após a cirurgia, e o outro fora submetido a cirurgia com análise de margens intraoperatória por congelação. Além disso, além de evoluir com recorrência local, um dos pacientes também apresentou metástases linfonodais e pulmonares, resultando em óbito.

O CDEE é tradicionalmente classificado como subtipo de carcinoma écrino. No entanto, sua etiopatogenia ainda é incerta, pois não está claro se surge a partir dos ductos écrinos com subsequente diferenciação escamoide, se é um subtipo de CEC ou se é um tumor verdadeiramente híbrido. O CDEE afeta principalmente idosos, geralmente na sétima ou oitava década de vida; sugere-se que a imunossupressão possa ser fator de risco. A maioria dos casos é observada na pele danificada pelo sol, especialmente na região da cabeça e pescoço; a face é a localização mais comum. Clinicamente, apresenta-se como nódulos e placas, frequentemente ulcerados, com dimensões geralmente pequenas, conforme demonstra a **figura 3**.¹⁻³

O diagnóstico é realizado por exame anatomopatológico, no qual o CDEE revela aparência bifásica. Nas áreas superficiais do tumor, ocorre diferenciação escamosa com conexão à epiderme, enquanto nas áreas mais profundas há clara diferenciação ductal écrina. A diferenciação escamosa é tipicamente ausente nas regiões mais profundas. Além disso, observa-se crescimento infiltrativo com a presença de cordões de células epiteliais que exibem atipia citológica, bem como resposta estromal desmoplásica circundante.¹⁻⁵ O CDEE frequentemente se estende ao tecido subcutâneo e pode estar associado à invasão perineural e angiolinfática, fatores que podem explicar sua alta taxa de recorrência local (25%), mesmo após excisão completa, e seu potencial de metástase (13%), segundo dados da literatura.¹ O tratamento do CDEE envolve excisão ampla local e acompa-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.10.006>

☆ Como citar este artigo: Honorato CMA, Carrascoza GG, Abed NM, Moya FG. Squamoid eccrine ductal carcinoma: series of five cases of a rare tumor. *An Bras Dermatol.* 2024;99.

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.10.006>

☆☆ Trabalho realizado no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Tabela 1 Resumo dos casos de carcinoma ductal écrino escamoide

	Sexo	Idade (anos)	Local	Imunossupressão	Presença de invasão perineural e angiolinfática	Tratamento	Tempo de seguimento (meses)	Desfecho
1	M	72	Supercílio	Transplantado renal em uso de tacrolimus, azatioprina e prednisona	Invasão perineural	Não se aplica	Não se aplica	Perda de seguimento
2	M	60	Temporal	Transplantado renal em uso de tacrolimus e everolimus	Invasão perineural e angiolinfática	Exérese cirúrgica com controle de margens intraoperatório por congelação	35	Sem sinais de recidiva local ou metástase
3	M	73	Fronte	Não	Não	Exérese cirúrgica convencional	21	Sem sinais de recidiva local ou metástase
4	M	73	Cervical	Não	Não	Exérese cirúrgica convencional	36	Recidiva local
5	M	62	Couro cabeludo	Transplantado renal em uso de prednisona	Invasão perineural	Exérese cirúrgica com controle de margens intraoperatório por congelação	22	Recidiva local e metástase pulmonar e linfonodal, evoluindo para óbito

M, Masculino.

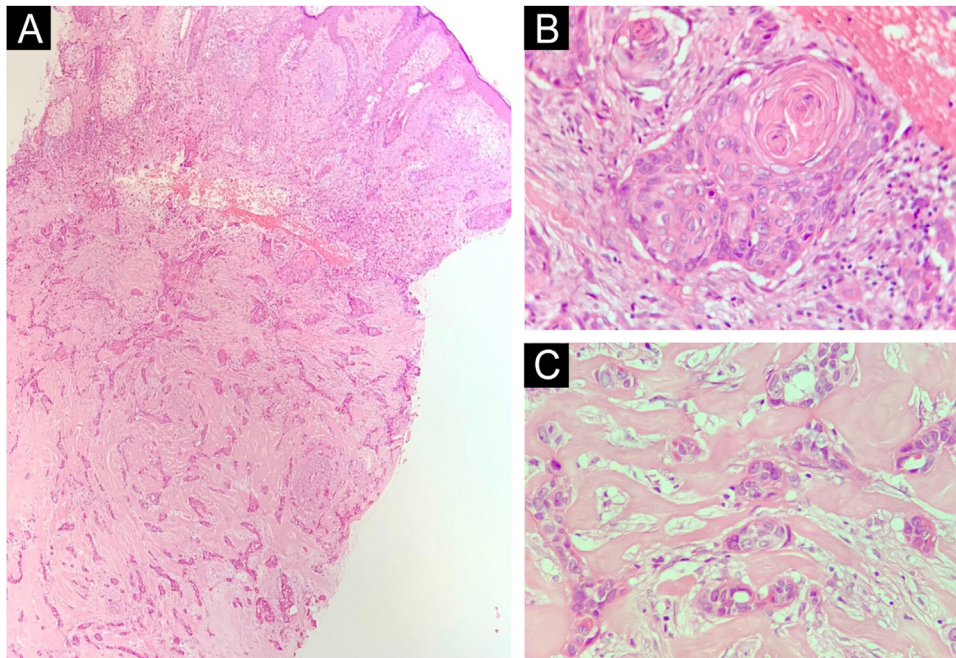


Figura 1 Histopatologia. (A) Corte histológico evidenciando tumor com crescimento infiltrativo invadindo a derme profunda (Hematoxilina & eosina, 4 \times). (B) Diferenciação escamosa nas porções mais superficiais (Hematoxilina & eosina, 20 \times). (C) Diferenciação ductal écrina na profundidade do tumor (Hematoxilina & eosina, 10 \times).

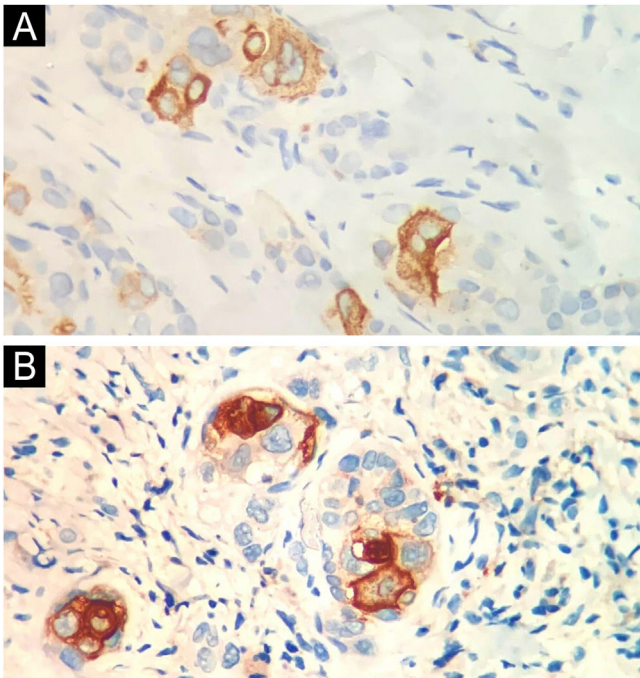


Figura 2 Positividade da imuno-histoquímica para EMA (A) e CEA (B), confirmando a presença de diferenciação ductal.

nhamento clínico regular. A cirurgia micrográfica de Mohs é opção benéfica.¹

Portanto, diante da raridade e do desconhecimento associados a essa neoplasia, além de seu potencial de desfechos desfavoráveis, é imprescindível conduzir estudos adicionais para aprofundar a compreensão e o manejo do CDEE. Nossos achados sugerem a necessidade de vigilância intensificada em pacientes transplantados renais, já que três dos cinco casos ocorreram nesse grupo. A conscientização sobre essa neoplasia é fundamental, uma vez que provavelmente é subdiagnosticada, visando assegurar seu diagnóstico precoce e tratamento adequado e, conseqüentemente, melhorar os desfechos clínicos dos pacientes afetados.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

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

Giovanna Gelli Carrascoza: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Nubia Marrer Abed: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica

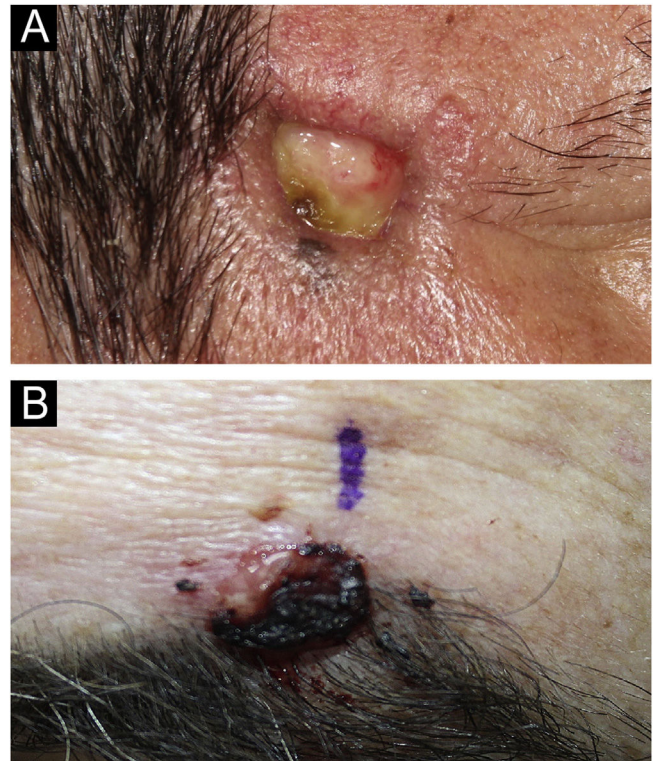


Figura 3 Clínica. (A) Placa normocrômica, de cerca de 2 cm, com vasos irregulares na borda e centro ulcerado. (B) Nódulo eritematoso, de cerca de 2 cm, com superfície friável recoberta por crosta hemática.

e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Fernanda Gonçalves Moya: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.


Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Van Der Horst MPJ, Garcia-Herrera A, Markiewicz D, Martin B, Calonje E, Brenn T. Squamoid eccrine ductal carcinoma a clinicopathologic study of 30 cases. *Am J Surg Pathol.* 2016;40:755–60.
2. Lim MM, Macdonald JA. Squamoid eccrine ductal carcinoma: treatment and outcomes. *Am J Dermatopathol.* 2022;44:249–53.
3. Saraiva MIR, Vieira MAHB, Portocarrero LKL, Fraga RC, Kakizaki P, Valente NYS. Squamoid eccrine ductal carcinoma. *An Bras Dermatol.* 2016;91:799–802.
4. Yim S, Lee YH, Chae SW, Kim WS. Squamoid eccrine ductal carcinoma of the ear helix. *Clin Case Rep.* 2019;7:1409–11.
5. Mckissack SS, Wohltmann W, Dalton SR, Miletta NR. Squamoid eccrine ductal carcinoma: an aggressive mimicker of squamous cell carcinoma. *Am J Dermatopathol.* 2019;41:140–3.

C.M.A. Honorato, G.G. Carrascoza, N.M. Abed et al.

Cecília Mirelle Almeida Honorato *,
Giovanna Gelli Carrascoza , Nubia Marrer Abed 
e Fernanda Gonçalves Moya 

*Departamento de Dermatologia, Hospital das Clínicas,
Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São
Paulo, SP, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: drceciliahonorato@gmail.com (C.M. Honorato).

Recebido em 7 de agosto de 2023; aceito em 19 de outubro
de 2023