

Flavia Roberts Harrigan Morandi (HARRIGAN, F.R.M.)<sup>1</sup>; Lia Volpini Fraga (VOLPINI, L.F.)<sup>1</sup>; Luiza Rocio Tristão (TRISTÃO, L.R.)<sup>1</sup>; Luiza Rodrigues Alves (ALVES, L.R.)<sup>1</sup>; Natália Abrantes Grossi (GROSSI, N.A.)<sup>2</sup>; Ana Luiza Miranda Cardona Machado (MACHADO, A.L.M.C.)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Acadêmica de Medicina da Faculdade MULTIVIX, Vitória - ES.

<sup>2</sup> Residente do Programa de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia Vitória - ES.

<sup>3</sup> Cirurgiã Oncológica e Preceptora do Programa de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória – ES.

## Introdução

O dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP), apesar de raro<sup>1,2</sup>, é o tumor estromal mais comum de origem cutânea, e recebe esse nome a partir de sua capacidade de desenvolver lesões protuberantes<sup>1</sup>. O principal fator desencadeante identificado é a história prévia de trauma, como cicatriz de cirurgia prévia, queimadura e vacinação<sup>2,3</sup>. Apresenta crescimento lento e baixa taxa de metástase, tanto linfonodal, quanto à distância, porém a principal característica deste tipo de tumor é a sua elevada taxa de recidiva local mesmo após excisão cirúrgica, especialmente em tumores de cabeça e pescoço<sup>2,3</sup>. O DFSP em fases iniciais pode ser similar a uma queiloide<sup>1,2</sup>, uma placa ou nódulo endurecido assintomático<sup>1</sup> de evolução lenta e progressiva, com isso pode ser confundido como um tumor benigno, diversas vezes ocasionando atraso no diagnóstico<sup>4</sup>. Costumeiramente de localização em paredes abdominal e dorsal, podendo ter outras localizações (extremidades e cabeça)<sup>4</sup>. Apresenta histologia com células fusiformes em rodaminhos, raras mitoses e atipias, invadindo derme profunda e hipoderme, além de imuno-histoquímica inversa a do dermatofibroma, ou seja, positividade para CD34 e negatividade para XIIIa, tornando essa pesquisa importante para a realização do diagnóstico diferencial<sup>4</sup>. As margens tumorais microscópicas estão além das margens macroscópicas, justificando que o tratamento padrão para DFSP seja a excisão extensa local da área acometida com margens laterais amplas de tecido sadio de 2-3 cm<sup>1,3</sup>. A margem profunda deve incluir uma estrutura anatômica não infiltrada pelo tumor<sup>2</sup>. A cirurgia de Mohs é a melhor opção terapêutica e para evitar recidiva local<sup>1,4</sup>. Além disso, a associação com radioterapia pode reduzir a recidiva local<sup>5</sup>.

## Casuística e Métodos

Estudo observacional, retrospectivo, descritivo, realizado a partir de análise de informações de prontuários de paciente portador de dermatofibrossarcoma em região supraclavicular com reconstrução com retalho miocutâneo de músculo peitoral maior, em acompanhamento no serviço de cirurgia oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia - Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC-AFECC), referência em tratamento oncológico no estado do Espírito Santo.

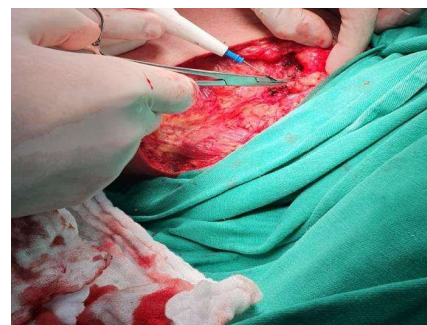
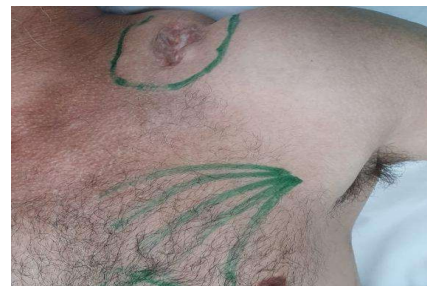
## Caso Clínico

Paciente 50 anos, diabético, deu entrada no serviço em 2017 referindo lesão ulcerada em fossa clavicular esquerda em investigação de 2001, com biopsia de dermatofibrossarcoma protuberans. referindo dor, limitação de abdução, astenia, hiporexia. Realizou pré-operatório e abandonou o tratamento por recusar proposta cirúrgica (cirurgia de berger) retorna em 2019 para avaliação de lesão. Ressecção de tumor foi programada e realizada em 23/05/2019 com margem com rotação de retalho na região supraclavicular esquerda e fechamento com confecção de retalho miocutâneo de peitoral maior.

O histopatológico demonstrou dermatofibrossarcoma protuberans com infiltração intersticial difusa de derme superficial e profunda, com comprometimento de tecido subcutâneo e muscular adjacente. Margens livres de neoplasia, porém exíguas inferior e profunda.

## Caso Clínico

Encaminhado no pós operatório para radioterapia e foi realizado de 08/08/19 a 13/09/19 rx aI, calculada a 3 cm de profundidade, 5000 cgy (25\*200). Manteve em seguimento ambulatorial sem sinais de recidiva.



## Conclusões