

Brenda Bhering Andrade<sup>1</sup>; Larissa Dias Silva<sup>1</sup>; Bruno Veloso de Souza<sup>1</sup>; Antônia Indelicato Milano<sup>2</sup>; Bárbara Machado Garcia<sup>2</sup>; Gabriela Santos Soares<sup>2</sup>; Robson Liz Braga Almeida<sup>3</sup>; Henrique Nigri Caetano de Oliveira<sup>1</sup>; Milhem Jameledien Morais Kansan<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Vila da Serra

<sup>2</sup>Ciências Médicas de Minas Gerais

<sup>3</sup>Hospital Mater Dei

## Introdução

O dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP) é um tumor cutâneo raro, de baixo a moderado grau de malignidade e localmente agressivo, apresentando-se, em geral como nódulo rosa, assintomático e aderido ao plano subcutâneo. Possui padrão de crescimento lento, infiltrativo e com alta tendência de recorrência local após a excisão cirúrgica. Epidemiologicamente, o DFSP é mais prevalente entre 20 a 50 anos. Além disso, tem-se como localização predominante o tronco (60%), seguido de membros superiores (20%) e cabeça (15%). Deve-se realizar o diagnóstico diferencial com linfomas, sarcoidose, melanoma, metástases cutâneas, quelóides, tumor desmóide, fibrossarcoma, tumores de anexos e dermatofibroma. Segundo a literatura, a taxa geral de recorrência é de cerca de 50%, sendo de 13% após excisão ampla e adequada. A dissecação eletiva dos linfonodos não é recomendada, uma vez que as metástases linfonodais são extremamente raras.

## Casuística e Métodos

Paciente C.P.L.R, sexo feminino, 32 anos, evoluindo com lesão nodular em região inguinal esquerda (Figura 1) há 5 meses. Relata história de ressecção de lesão semelhante na mesma área com resultado de doença benigna, entretanto o procedimento não foi realizado por especialista. História prévia de cesariana, nega comorbidades. Foi realizada biópsia da lesão com resultado anátomo-patológico de Dermatofibrossarcoma Protuberante (DFSP). Paciente então submetida à ampliação de margens do DFSP em região inguinal esquerda associada à reconstrução com autotransplante de retalho pediculado de fáscia anterior da coxa esquerda. Esse trabalho foi baseado em dados obtidos por meio de revisão do prontuário e registro fotográfico, além de revisão sistemática da literatura. Tem como objetivo relatar um caso de ressecção cirúrgica bem sucedida de DFSP com posterior realização de retalho fasciocutâneo, elucidando sua técnica e importância. A determinação do retalho foi feita determinando uma linha entre a espinha íliaca ântero superior (EIAS) e a borda lateral da patela. Um círculo com raio de 3 cm é desenhado no ponto médio. Faz-se o uso de doppler para identificação de perfurante e sua preservação (ramos septocutâneos e miocutâneos do ramo descendente da artéria circunflexa femoral lateral). No caso em questão, optou-se por localização do retalho 10 cm abaixo da EIAS e 7 cm superior a patela, de tamanho: 25 x 35 cm (fechamento primário é possível se largura < 10 cm). Após confecção de retalho, foi optado por colocação de dreno à vácuo para evitar complicações pós-operatórias como formação de seroma.

## Resultados

A ressecção cirúrgica completa com margens livres é o tratamento ideal para o DFSP localizado. As duas opções são: Excisão Local Ampla (ELA) e Cirurgia Micrográfica de Mohs (CMM). Frequentemente, a reconstrução com enxerto de pele ou retalho é necessária para reparar a ferida resultante após ressecção com margens amplas (3-5 cm). A ressecção cirúrgica do tumor inclui a pele, o tecido celular subcutâneo e a fáscia subjacente. O primeiro passo após a realização da ferida cirúrgica foi a tentativa de aproximação e fechamento primário das bordas, entretanto, devido à excisão ampla, se fez necessário o fechamento da ferida, por meio de retalho ou enxerto de pele. O retalho consiste em um segmento de pele e subcutâneo com suprimento vascular próprio, que será movido da área doadora para a receptora, com a finalidade de preencher a área na qual foi realizada a ELA. Nos casos em que o tumor se apresenta em áreas anatomicamente desafiadoras, como cabeça ou pescoço a CMM é cada vez mais usada para ressecção de DFSP (utiliza corte horizontal sequencial durante a ressecção com exame microscópico imediato do tecido ressecado por análise de corte congelado).



Figura 1. Exérese de lesão com margem e aspecto final pós-operatório.

## Conclusões

Por fim, concluímos que, o DFSP é um tumor maligno, localmente infiltrativo e com alta taxa de recidiva, sendo de extrema importância a definição da margem cirúrgica da retirada do tumor. O tratamento de escolha é a excisão ampla e o seguimento pós-operatório regular é longo. A maioria das recorrências é detectada dentro de 3 anos após a excisão primária, mas estas podem aparecer após 10 anos de operação. Devido à alta taxa de recorrência local, são recomendáveis reavaliações a cada seis meses, com realização de biópsias de áreas suspeitas. A única forma de reduzir a incidência de recorrência é a excisão inicial ampla do tumor. Assim, tradicionalmente se realiza a excisão ampla padronizada, com margem de 3 cm, incluindo a fáscia subjacente e o fechamento, por meio de retalho subcutâneo, que possui extrema importância estética e funcional.

## Referências

- Wiesmueller, F., Agaimy, A., Perrakis, A. et al. Dermatofibrosarcoma protuberans: surgical management of a challenging mesenchymal tumor. *World J Surg Oncol* 17, 90 (2019).
- WAINSTEIN, Alberto Julius Alves et al. Assessment of retraction in surgical specimens in melanoma patients submitted to oncological amplification of margins. *Surgical Oncology*, v. 36, p. 106-112, 2021.
- Monnier D, Vidal C, Martin L, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans: a population-based cancer registry descriptive study of 66 consecutive cases diagnosed between 1982 and 2002. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20:1237.
- Jimenez FJ, Grichnik JM, Buchanan MD, Clark RE. Immunohistochemical margin control applied to Mohs micrographic surgical excision of dermatofibrosarcoma protuberans. *J Dermatol Surg Oncol* 1994; 20:687.

## Contato

Brenda Bhering Andrade / (31) 99745-1801  
brendabh2015@gmail.com