

Dermatofibrossarcoma Protuberante durante a Gravidez: Relato de Caso

Shady Elzeftawy ^{1,*}, Yousef Elmahdy ¹

¹ Departamento de Cirurgia Geral e Laparoscópica, Hospital Prince Fahad Bin Sultan, Tabuk, Reino da Arábia Saudita.

* Correspondência: shadyelzeftawy@mans.edu.eg.

Resumo: O dermatofibrossarcoma protuberante (DFSP) é um sarcoma raro de partes moles, de baixo grau, caracterizado por agressividade local e alta taxa de recorrência após excisão. Uma paciente primigesta de 23 anos, com 32 semanas de gestação, apresentou uma massa em sulco interglúteo em crescimento progressivo. A biópsia confirmou DFSP (CD34 positivo). A cirurgia definitiva foi realizada no pós-parto, com excisão local ampla e reconstrução com retalho, obtendo margens livres. O DFSP durante a gestação requer cuidadoso planejamento do momento da intervenção. A excisão local ampla com margens livres permanece o tratamento de escolha.

Palavras-chave: Dermatofibrossarcoma Protuberante; Gravidez; Sulco Interglúteo; Excisão Local Ampla; Reconstrução.

Citação: Elzeftawy S, Elmahdy Y. Dermatofibrossarcoma Protuberante durante a Gravidez: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):175.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr175>

Recebido: 5 Março 2026

Aceito: 23 Março 2026

Publicado: 25 Março 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

O dermatofibrossarcoma protuberante é um tumor maligno raro de partes moles, de baixo grau, que se origina na derme, com potencial de extensão para o tecido subcutâneo, fáscia e músculo. É conhecido por sua agressividade local e altas taxas de recorrência, mas raramente metastatiza. A ocorrência durante a gestação é incomum e pode representar desafios no manejo [1].

2. Relato de Caso

Uma paciente do sexo feminino, 23 anos, primigesta, nulípara, com 32 semanas de gestação, apresentou-se ao ambulatório de cirurgia geral com uma massa em crescimento progressivo no sulco interglúteo. A lesão surgiu inicialmente como um pequeno nódulo firme e indolor no início da gestação e aumentou rapidamente ao longo dos meses seguintes. A paciente não relatava história de trauma, infecção ou lesões semelhantes prévias. Não havia antecedentes médicos ou familiares relevantes de neoplasias.

Ao exame físico, observou-se um nódulo firme, móvel, indolor, de coloração semelhante à da pele, medindo aproximadamente 4 cm de diâmetro, com ulceração apical na linha média do sulco interglúteo. Não havia linfadenopatia inguinal. Inicialmente, a lesão foi considerada no diagnóstico diferencial de doença pilonidal e hidradenite supurativa, devido à sua localização no sulco interglúteo. Entretanto, a ausência de formação de seio, secreção ou sinais inflamatórios motivou investigação adicional. A avaliação radiológica por ultrassonografia superficial de alta resolução evidenciou uma massa hipoeoica com bordas irregulares, sugestiva de tumor de partes moles (Figura 1).

Devido ao rápido crescimento, foi realizada biópsia, que revelou células tumorais fusiformes dispostas em padrão estoriforme, infiltrando a derme e o tecido subcutâneo. A imuno-histoquímica foi positiva para CD34 e negativa para S-100 e actina de músculo liso.

(SMA), confirmando o diagnóstico. O exame histológico em grande aumento não demonstrou características de transformação fibrossarcomatosa, como aumento de atipia celular, atividade mitótica elevada ou padrão arquitetural em espinha de peixe (Figura 2).

Figura 1: Avaliação ultrassonográfica da massa no sulco interglúteo demonstrando lesão hipoecoica com bordas irregulares, sugestiva de tumor de partes moles.

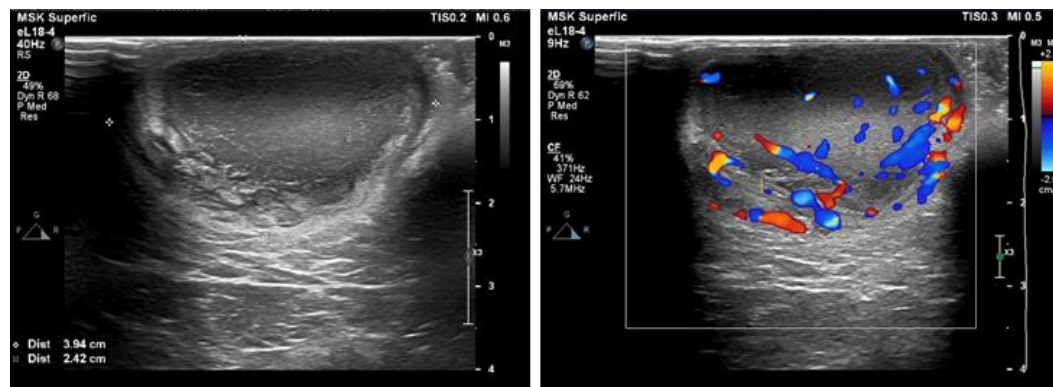
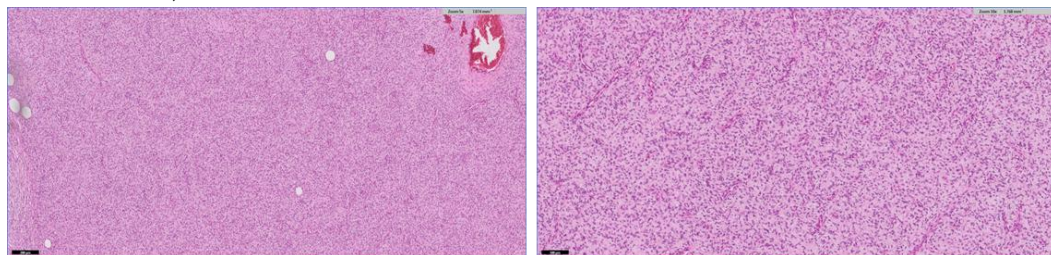


Figura 2: Exame histopatológico evidenciando células tumorais fusiformes organizadas em padrão estoriforme, infiltrando a derme e o tecido subcutâneo (coloração por hematoxilina e eosina).



Após a confirmação histopatológica, o caso foi discutido em um contexto multidisciplinar envolvendo as equipes de obstetrícia e cirurgia. Diante da ausência de progressão rápida, da falta de características de alto grau e do bem documentado baixo potencial metastático do dermatofibrossarcoma protuberante, optou-se por adiar a cirurgia definitiva para o período pós-parto, a fim de minimizar os riscos maternos e fetais. Foi estabelecido seguimento regular para monitorar a lesão quanto a sinais de crescimento acelerado ou complicações. Na apresentação inicial (32 semanas de gestação), a lesão média aproximadamente $3,94 \times 2,42$ cm.

Com 39 semanas de gestação, a paciente teve parto vaginal sem complicações, com nascimento de um recém-nascido saudável. No momento da excisão cirúrgica, 6 semanas após o parto, a lesão média $4,23 \times 2,51$ cm, apresentando discreto aumento de tamanho, compatível com a natureza de crescimento lento do DFSP. Foi realizada excisão local ampla sob anestesia geral. Uma margem de 2–3 cm de tecido saudável ao redor da lesão foi removida para garantir a completa excisão tumoral. A ressecção incluiu a fáscia subjacente da região sacrococcígea, considerando o caráter infiltrativo do DFSP e visando adequada margem oncológica. Devido à localização anatômica e à extensão da ressecção, foi necessária reconstrução tecidual local.

A reconstrução foi realizada com retalho glúteo rotacional local para fechamento do defeito no sulco interglúteo. O retalho proporcionou fechamento adequado, sem tensão, com boa vascularização e resultado estético satisfatório. O exame histopatológico da peça cirúrgica confirmou margens livres. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, e a paciente apresentou boa recuperação. Recebeu alta no segundo dia pós-operatório, com

orientações sobre cuidados com a ferida, e foi acompanhada em consultas de seguimento com duas e seis semanas após a cirurgia. O retalho cicatrizou sem complicações, e não houve evidência de recorrência no seguimento de seis meses. Considerando o potencial de recorrência do DFSP, a paciente será acompanhada com exames clínicos regulares a cada 6 meses nos primeiros 3 anos e, posteriormente, anualmente até 10 anos. A realização de ressonância magnética será indicada caso haja suspeita clínica de recorrência.

3. Discussão

O DFSP é raro, representando menos de 1% de todos os sarcomas de partes moles. Sua incidência varia de 0,8 a 4,5 casos por milhão de indivíduos ao ano. A ocorrência no sulco interglúteo é incomum, com poucos casos descritos na literatura. Em comparação com locais mais típicos, como o tronco e as extremidades proximais, lesões no sulco interglúteo podem se apresentar mais tardiamente devido a diagnósticos equivocados como condições benignas, por exemplo, doença pilonidal. No entanto, as taxas de recorrência parecem estar mais relacionadas ao status das margens cirúrgicas do que à localização anatômica. A excisão cirúrgica adequada com margens livres permanece o fator prognóstico mais importante, independentemente do local [1]. Em nosso caso, a lesão foi inicialmente considerada no diagnóstico diferencial de doença pilonidal e hidradenite supurativa devido à sua localização no sulco interglúteo. Entretanto, a ausência de formação de seio, secreção ou sinais inflamatórios motivou investigação adicional e biópsia, que estabeleceram o diagnóstico.

A imuno-histoquímica para receptores de estrogênio e progesterona não foi realizada neste caso. Embora a influência hormonal tenha sido hipotetizada em casos que apresentem crescimento acelerado durante a gestação, as evidências atuais permanecem inconclusivas, e a testagem rotineira desses receptores ainda não é padronizada no DFSP [2]. Embora o DFSP seja localmente agressivo, caracteriza-se por crescimento lento e baixa taxa de metástase. Em casos selecionados durante o final da gestação, o adiamento de curto prazo do tratamento cirúrgico definitivo pode ser considerado após avaliação multidisciplinar, especialmente quando não há evidência de progressão rápida ou transformação de alto grau. Essa abordagem equilibra a segurança oncológica com as considerações obstétricas [2].

A excisão com margens livres permanece o tratamento de escolha para prevenir recorrência [3]. Em casos nos quais grandes defeitos são gerados, a reconstrução com retalhos locais ou regionais é frequentemente necessária para restauração funcional e estética [4]. Em nosso caso, a excisão local ampla (WLE) com margens de 2–3 cm foi escolhida em vez da cirurgia micrográfica de Mohs (MMS), devido à disponibilidade limitada da MMS em nossa instituição e à necessidade de equilibrar o controle oncológico com uma intervenção oportuna no período pós-parto. Embora a MMS ofereça melhor controle de margens e preservação tecidual, a WLE permanece um tratamento padrão aceito para o dermatofibrossarcoma protuberante, especialmente em contextos onde a MMS não está prontamente disponível. Além disso, a localização da lesão no sulco interglúteo permitiu a obtenção de margens adequadas com opções reconstrutivas aceitáveis.

Considerando o risco conhecido de recorrência local tardia no DFSP, o seguimento a longo prazo é essencial, com exame clínico a cada 6 meses nos primeiros 3 anos e, posteriormente, anualmente até 10 anos. A ressonância magnética será reservada para casos com suspeita clínica de recorrência [4].

4. Conclusão

O reconhecimento precoce e a realização de biópsia de lesões suspeitas durante a gestação são essenciais. O adiamento cirúrgico não deve ser rotineiro, mas pode ser considerado em casos altamente selecionados após avaliação multidisciplinar. A excisão local

ampla com margens livres proporciona os melhores desfechos. O seguimento a longo prazo é fundamental.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Foi obtido consentimento informado por escrito da paciente para a publicação deste relato de caso e das imagens associadas.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Badhey AK, Tikhtman R, Tang AL. Management of dermatofibrosarcoma protuberans. *Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery* [Internet]. 2021 May 14;29(4):278–282. Available from: <https://doi.org/10.1097/moo.0000000000000721>.
2. Kibbi N, Wang D, Wang W, Galan A, Leffell DJ, Christensen SR, Panse G. Dermatofibrosarcoma protuberans in pregnancy: a case series and review of the literature. *International Journal of Dermatology* [Internet]. 2021 Apr 5;60(9):1114–1119. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijd.15497>.
3. Veld EAH in 't, Grünhagen DJ, Van Coevorden F, Smith MJ, Van Akkooi AC, Wouters MWJM, Verhoef C, Strauss DC, Hayes AJ, Van Houdt WJ. Adequate surgical margins for dermatofibrosarcoma protuberans – A multi-centre analysis. *European Journal of Surgical Oncology* [Internet]. 2020 Jul 7;47(2):436–442. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.06.022>.
4. Fukuta T, Ichikawa Y, Mizuno H, Hayashi A. Split-skin paddle anterolateral thigh flap for reconstruction of giant dermatofibrosarcoma protuberans in groin. *Plastic & Reconstructive Surgery Global Open* [Internet]. 2019 Dec 1;7(12):e2528. Available from: <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002528>.