



Fibroxantoma atípico gigante em tronco: relato de caso

Giant atypical fibroxanthoma on thoracic trunk: a case report

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2025170466>

RESUMO

O fibroxantoma atípico (FXA) é um tumor mesenquimal raro que geralmente acomete pacientes com idade avançada, do sexo masculino, em áreas fotoexpostas. É mais frequente na cabeça e pescoço, mas também pode ocorrer no tronco e nas extremidades. Atualmente, é considerado um tumor benigno de diagnóstico por exclusão, com baixa taxa de recidiva e metástase. O tratamento é realizado com excisão cirúrgica, o que permite o diagnóstico por avaliação histológica e imuno-histoquímica.

Palavras-chave: Tórax; Oncologia Cirúrgica; Dermoscopia; Neoplasias; Imuno-Histoquímica; Sarcoma

ABSTRACT

Atypical fibroxanthoma (AFX) is a rare mesenchymal tumor that typically affects elderly male patients in sun-exposed areas. It is more frequently found on the head and neck but may also occur on the trunk and extremities. It is currently regarded as a benign tumor diagnosed by exclusion, with a low rate of recurrence and metastasis. Treatment is performed by surgical excision, which allows for diagnosis by histological and immunohistochemical evaluation.

Keywords: Thorax; Surgical Oncology; Dermoscopy; Neoplasms; Immunohistochemistry; Sarcoma

Relato de Caso

Autores:

Camila Medyk¹
 Victória Prudêncio Ferreira¹
 Milene Cripa Pizzato de Araújo¹
 Rogerio Nabor Kondo¹
 Cássio Rafael Moreira¹

¹ Universidade Estadual de Londrina (UEL),
 Dermatologia, Londrina (PR), Brasil

Correspondência:

Camila Medyk
 E-mail: medykcamil@gmail.com /
kondo.dermato@uel.br

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesses: Nenhum

Data de submissão: 25/04/2025

Decisão final: 13/07/2025

Como citar este artigo:

Medyk C, Ferreira VP, Araújo MCP, Kondo RN, Moreira CR. Fibroxantoma atípico gigante em tronco: relato de caso. Surg Cosmet Dermatol. 2025;17:e20250466.



INTRODUÇÃO

O fibroxantoma atípico (FXA) é um tumor mesenquimal raro que geralmente acomete pacientes com idade avançada, do sexo masculino, em áreas fotoexpostas.¹ É mais frequente na cabeça e pescoço, mas também pode ocorrer no tronco e nas extremidades.¹ Atualmente, é considerado um tumor benigno de diagnóstico por exclusão, com baixa taxa de recidiva e metástase.² O tratamento é realizado com excisão cirúrgica, o que permite o diagnóstico por avaliação histológica e imuno-histoquímica.¹

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 72 anos, com histórico de lesão vegetante em tronco anterior há 6 meses que evoluiu com crescimento rápido, ulceração e episódios recorrentes de sangramento. O paciente também relatava dor e prurido local.

Ao exame físico, observou-se lesão exofítica, de superfície irregular, eritemato-violácea, friável e exsudativa, localizada em tórax anterior, medindo aproximadamente 6 cm em seu maior diâmetro (Figuras 1 e 2). A dermatoscopia focal evidenciou áreas avermelhadas homogêneas e ulceração central (Figura 3). O paciente apresentava ainda fotoenvelhecimento acentuado, além de lesões suspeitas para carcinoma basocelular na região cervical, diagnóstico confirmado posteriormente após excisão.

Foi realizada biópsia excisional da lesão de tronco anterior no mesmo dia da consulta. O exame histopatológico evidenciou lesão proliferativa atípica, ulcerada, constituída por células fusocelulares em arranjos estoriformes, envolvendo a derme, com alto índice mitótico e margens cirúrgicas livres (Figura 4). A derme adjacente apresentava elastose acentuada. O estudo imuno-histoquímico revelou positividade para CD10 e negatividade para SOX-10, citoqueratinas, p40, ERG, Melan-A, desmina, S-100 e CD34.

O paciente evoluiu com boa cicatrização da ferida operatória, mantendo seguimento em nosso ambulatório até o presente momento.

DISCUSSÃO

Em geral, o FXA se manifesta como lesão única de menos de 2-3 cm,^{3,4} possivelmente ulcerada. É mais frequente em pacientes idosos, mas há relatos de casos em pacientes mais jovens.⁴ A associação com exposição solar é bem documentada, com mutações no gene p53.^{4,5} Há variantes pigmentadas, e é preciso realizar diagnóstico diferencial com melanoma devido ao acúmulo de hemossiderina.⁴ A dermatoscopia é inespecífica, apresentando áreas avermelhadas homogêneas com eventual ulceração. O tempo médio de diagnóstico relatado na literatura é de 3 meses após o surgimento da lesão.²



FIGURA 1: Lesão exofítica eritemato-violácea com áreas ulceradas em tórax anterior medindo aproximadamente 6 cm em seu maior diâmetro



FIGURA 2: Vista aproximada da lesão, com áreas lobuladas e pontos de sangramento



FIGURA 3: Focused dermoscopy of the lesion revealing homogeneous reddish areas and central ulceration

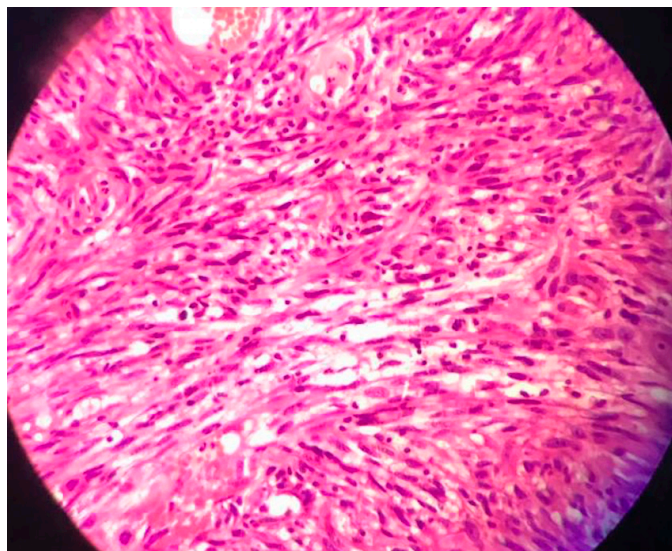


FIGURE 4: Anatomic pathology examination showing an undifferentiated malignant neoplasm characterized by a proliferation of spindle and epithelioid cells in the reticular dermis, in a storiform pattern (Hematoxylin & Eosin, 40x magnification).

O exame histológico evidencia uma neoplasia dérmica bem delimitada, com células histiocitoides, epitelioides, fusiformes e células gigantes multinucleadas, em arranjo estoriforme,¹ apresentando crescimento exofítico, nuclear ou polipoide. O diagnóstico é de exclusão, devendo ser afastados carcinoma espinocelular, carcinoma fusocelular, melanoma desmoplásico, leiomiossarcoma pouco diferenciado e angiossarcoma, com o auxílio da imuno-histoquímica. A neoplasia apresenta forte positividade para CD10 e negatividade para S100, citoqueratina e marcadores vasculares (como CD34 e CD31)¹ e pode ser positiva para CD68, CD99, CD163 e vimentina.⁵

Estudos mais recentes consideram o FXA e o sarcoma dérmico pleomórfico como parte de um mesmo espectro. Ambos apresentam características epidemiológicas, histológicas e imuno-histoquímicas semelhantes, diferindo, porém, no comportamento clínico e na agressividade. O sarcoma geralmente forma um tumor maior, mais espesso e mais profundo ao diag-

nóstico, com invasão linfática, vascular e perineural e áreas de necrose, apresentando maior risco de recidiva e metástase.^{1,2}

O tratamento recomendado é a excisão completa da lesão com margens de segurança. Recomenda-se seguimento clínico a cada 3 a 6 meses nos primeiros 3 anos, principalmente em pacientes de maior risco.^{3,5}

Este artigo relata um caso raro de FXA em um paciente de idade avançada e que apresentava fotoenvelhecimento intenso, porém evidenciava uma lesão localizada em tronco maior do que a média ao diagnóstico. É possível que essas características se devam ao atraso no acesso ao serviço especializado de dermatologia, que foi de 6 meses, acima da média relatada na literatura. O tratamento foi instituído no dia da consulta e a presença de ulceração e extensão nos levou a considerar uma investigação mais aprofundada, com tomografia de tórax para excluir metástases, em consonância com estudos mais recentes que consideram essa neoplasia parte do espectro dos sarcomas dérmicos pleomórficos. ●

REFERÊNCIAS:

1. Iglesias-Pena N, Martínez-Campayo N, López-Solache L. Relation between atypical fibroxanthoma and pleomorphic dermal sarcoma: histopathologic features and review of the literature. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*. 2021;112(5):392–405.
2. Ríos-Viñuela E, Pons Benavent M, Monteagudo C, Nagore E, Sanmartín O. Fibroxantoma atípico y sarcoma pleomórfico dérmico: estudio bicéntrico retrospectivo de 74 casos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2022;113(6):654–6.
3. Jara N, Solé Z S. Fibroxantoma atípico. Caso clínico. *Revista médica de Chile*. 2019;147(10):1346–9.
4. De la Fuente EG, Sols M, Pinedo F, Álvarez-Fernández JG, Vicente FJ, Naz E, et al. Fibroxantoma atípico. Estudio clinicopatológico de 10 casos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2005;96(3):153–8.
5. Iorizzo LJ, Brown MD. Atypical Fibroxanthoma: a Review of the Literature. *Dermatol Surg*. 2011;37(2):146–57.


CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Camila Medyk  ORCID 0009-0000-3491-5813

Aprovação da versão final do manuscrito, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.

Victória Prudêncio Ferreira  ORCID 0000-0001-9642-5940

Aprovação da versão final do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.

Milene Cripa Pizzato de Araújo  ORCID 0000-0001-8749-2586

Análise estatística, Aprovação da versão final do manuscrito, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.

Rogério Nabor Kondo  ORCID 0000-0003-1848-3314

Análise estatística, Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.

Cássio Rafael Moreira  ORCID 0000-0002-8781-1505

Análise estatística, Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica do manuscrito.