



Surgical & Cosmetic Dermatology

www.surgicalcosmetic.org.br/

Tumor de Bednar: relato de caso

Bednar tumor: a case report

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2026180520>

RESUMO

O tumor de Bednar é uma variante rara do dermatofibrossarcoma protuberans. Paciente mulher, 45 anos, apresentava mácula azulada em crescimento no ombro. A biópsia mostrou neoplasia fusocelular pigmentada, com imunohistoquímica positiva para CD34 e negativa para S100 e SOX-10. Realizou-se exérese cirúrgica com mapeamento de margens. O tratamento cirúrgico com controle de margens é o padrão-ouro para o manejo do tumor de Bednar. A técnica garante ressecção completa, com resultados comparáveis aos da cirurgia micrográfica de Mohs. O caso destaca a importância da suspeição clínica em lesões cutâneas hiperpigmentadas atípicas.

Palavras-chave: Dermatofibrossarcoma; Imuno-Histoquímica; Dermatologia

ABSTRACT

Bednar tumor is a rare variant of dermatofibrosarcoma protuberans. A 45-year-old woman presented with a progressively enlarging bluish macule on the shoulder. Biopsy revealed a pigmented spindle cell neoplasm, with immunohistochemistry positive for CD34 and negative for S100 and SOX-10. Surgical excision with margin mapping was performed. Surgical treatment with margin control is the gold standard for the management of Bednar tumor. This technique ensures complete resection, with outcomes comparable to those of Mohs micrographic surgery. This case highlights the importance of clinical suspicion in atypical hyperpigmented skin lesions.

Keywords: Dermatofibrosarcoma; Immunohistochemistry; Dermatology

Relato de Caso

Autores:

Fernanda Guimarães Lopes¹
Juliana Cristina Silva Fraga¹
Mariana Campos Souza Menezes¹
Ana Karen Alves²
André Rossetti Portela³

¹ Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Dermatologia, Belo Horizonte (MG), Brasil

² Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Cirurgia Geral, Belo Horizonte (MG), Brasil

³ Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Cirurgia Oncológica, Belo Horizonte (MG), Brasil

Correspondência:

Fernanda Guimarães Lopes
E-mail: fernandaguilo@hotmail.com

Fonte de financiamento: Não

Conflito de interesses: Não

Data de submissão: 30/09/2025

Decisão final: 21/12/2025

Como citar este artigo:

Lopes FG, Fraga JCS, Menezes MCS, Alves AK, Portela AR. Tumor de Bednar: relato de caso. Surg Cosm Dermatol. 2026;18(1):e20260520.



INTRODUÇÃO

O dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP) é uma neoplasia cutânea rara de origem dérmica, caracterizada por crescimento lento, comportamento localmente agressivo e elevada taxa de recorrência, embora apresente baixo potencial metastático.¹⁻⁴ Representa aproximadamente 1% das malignidades cutâneas^{1,2} e menos de 2% de todos os sarcomas,³ acometendo mais frequentemente adultos jovens e de meia-idade, mas podendo ocorrer desde a infância até a idade avançada.^{1,5} As localizações mais comuns incluem tronco, ombros e extremidades proximais,^{4,6} sendo menos frequente na cabeça e pescoço.⁷

Diversas variantes histológicas do DFSP têm sido descritas, incluindo as formas atrófica, fibrossarcomatosa, fibroblastomatosa gigante, mixoide e pigmentada.^{3,4} Esta última, conhecida como tumor de Bednar, foi descrita pela primeira vez por Bednar, em 1957, sob o termo neurofibroma estoriforme.^{1-3,7} Trata-se de uma apresentação incomum, responsável por menos de 5% de todos os casos de DFSP,^{1-4,7} caracterizada pela presença de melanócitos dendríticos contendo melanina dispersos entre células fusiformes em padrão estoriforme.^{3,4,7}



FIGURA 1: Remanescente da lesão após biópsia com *punch* de 4 mm

Clinicamente, o tumor de Bednar apresenta-se, em geral, como um nódulo ou placa de coloração hipercrômica, o que pode levar à confusão diagnóstica com outras lesões pigmentadas, como melanoma maligno desmoplásico, nevo azul, neurofibroma pigmentado e schwannoma melanótico.^{1,3,4} O diagnóstico definitivo requer avaliação histopatológica associada a estudo imuno-histoquímico,^{1,4,7} que auxilia na diferenciação dessas entidades.

RELATO DE CASO

Paciente mulher, 45 anos, sem histórico pessoal ou familiar de neoplasias cutâneas, procurou atendimento ambulatorial de dermatologia em fevereiro de 2025 com queixa de uma mácula azulada, com bordas bem delimitadas, indolor, em crescimento no ombro esquerdo. Ela não soube informar quando a lesão surgiu.

Perante o quadro clínico e a queixa de crescimento da lesão, optou-se pela realização de uma biópsia cutânea com *punch* de 4 mm (Figura 1) para exame histopatológico, que mostrou uma neoplasia fusocelular sugestiva de origem fibro-histiocítica, com componente de pigmento melânico, atingindo as margens cirúrgicas radiais e profunda.

O estudo imuno-histoquímico complementar foi indicado para melhor definição do diagnóstico. O painel de anticorpos utilizado no estudo mostrou positividade difusa para CD34 e foi negativo para CD10/56C6, D2-40, S100 e SOX-10 (Figuras 2, 3 e 4).

Diante desses achados, optou-se pela exérese da lesão utilizando a técnica em espaguete (*spaghetti technique*), descrita por Gaudy Marqueste em 1911.⁸ Nessa abordagem, a lesão tumoral é mantida no centro e, ao seu redor, são retirados segmentos periféricos finos e sequenciais, devidamente marcados conforme sua posição anatômica e enviados para análise histopatológica individualizada para avaliação das margens radiais e profundas.

No presente caso, o remanescente tumoral foi mantido ao centro, sendo delimitada uma margem de 2 cm para a exérese de um fragmento periférico de 1 cm de largura (Figuras 5 e 6). Esse fragmento foi dividido e marcado em quatro quadrantes para avaliação microscópica das margens cirúrgicas.

Após a análise histopatológica, confirmou-se que as margens radiais e profundas se encontravam livres de comprometimento tumoral. Em seguida, foi realizada a exérese do remanescente tumoral, incluindo a pele adjacente correspondente à margem de segurança previamente delimitada. Optou-se pelo fechamento com retalho de rotação, considerando a localização anatômica e a necessidade de cobertura com tecido adjacente de similar textura e coloração (Figuras 7 e 8).

O resultado da exérese final da lesão foi um fragmento arredondado de pele de coloração acinzentada, medindo 4,5 × 3,5 × 0,8 cm e exibindo uma lesão centralizada e ulcerada que media 2,7 × 2,5 cm. Conclui-se que os achados eram sugestivos de DFSP.

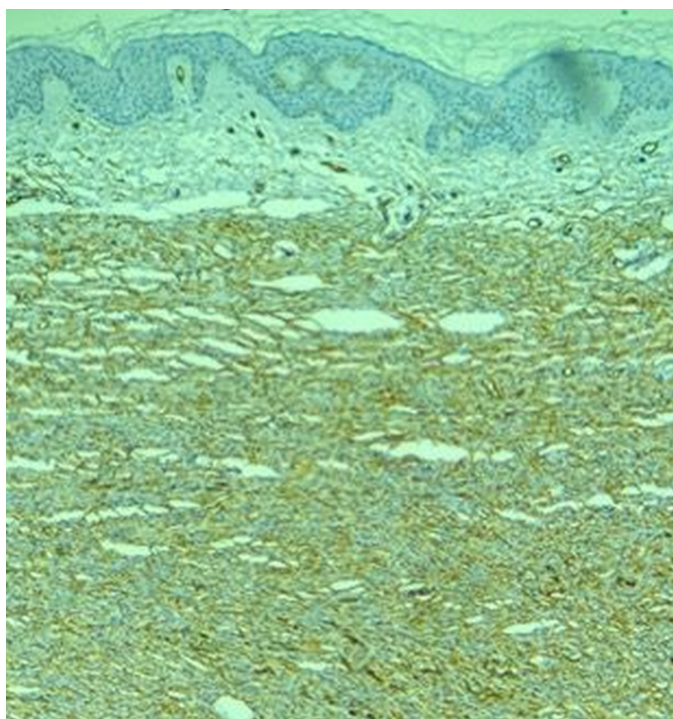


FIGURA 2: Imuno-histoquímica negativa para S100 e SOX-10
Fonte: Laboratório do Centro Especializado em Anatomia Patológica (CEAP)

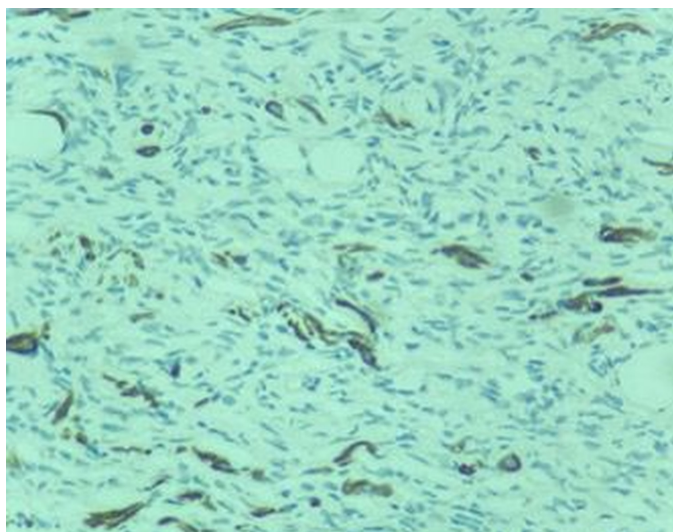


FIGURA 3: Imuno-histoquímica apresentando positividade difusa para CD34
Fonte: Laboratório do Centro Especializado em Anatomia Patológica (CEAP)

DISCUSSÃO

O tumor de Bednar é uma variante rara do DFSP, caracterizada pela presença de melanina e células dendríticas fusiformes no estroma tumoral.⁷ Trata-se de uma neoplasia de crescimento lento e baixo potencial metastático, porém com alto risco

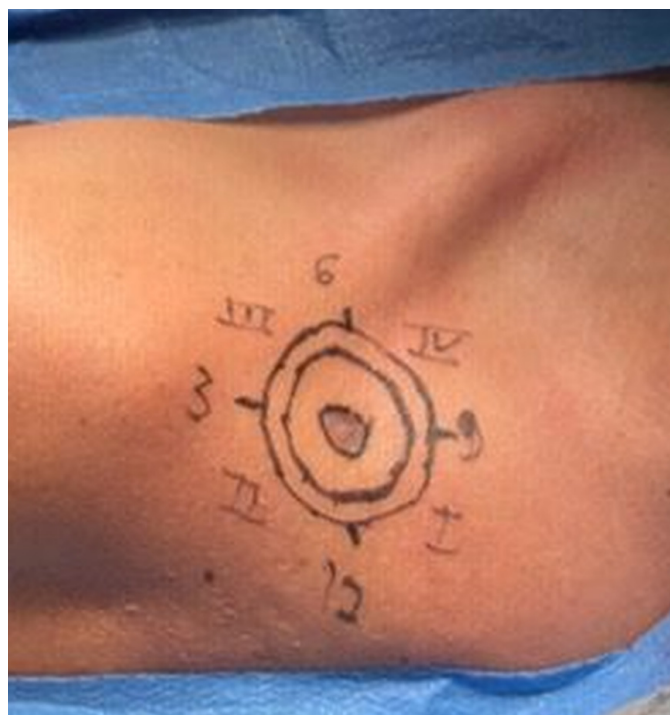


FIGURA 4: Marcação cirúrgica conforme a técnica em espaguete (spaghetti technique), descrita por Gaudy Marqueste em 1911

de recorrência local quando não ressecada adequadamente.⁶

O aspecto clínico observado na paciente — mácula azulada, indolor e em crescimento progressivo — evidencia a dificuldade diagnóstica dessa variante, que pode ser confundida com nevo azul, dermatofibroma pigmentado, melanoma desmoplásico ou feohifomicose.¹⁻⁴ O exame histopatológico associado à imuno-histoquímica é fundamental para o diagnóstico, sendo característico o padrão CD34 positivo e S100/SOX-10 negativos, o que confirma a origem fibro-histiocítica da neoplasia.^{5,7}

A exérese cirúrgica com mapeamento de margens é eficaz para garantir a ressecção completa, embora a cirurgia micrográfica de Mohs permaneça como padrão-ouro no tratamento.^{9,10} Estudos demonstram que o controle histológico das margens reduz significativamente a taxa de recidiva local em comparação à excisão convencional.¹⁰

No presente caso, utilizou-se a técnica em espaguete (spaghetti technique), na qual a lesão principal é inicialmente mantida in situ, e segmentos periféricos de tecido (“spaghetti-like”) são retirados em torno da lesão e enviados separadamente para análise histopatológica a fim de determinar a presença de células tumorais nas margens. Após a confirmação de margens livres, realiza-se a exérese definitiva da lesão central. Como desvantagem, o método requer pelo menos dois tempos cirúrgicos, o que pode



FIGURA 5:
Fragmento de 1
cm de largura
enviado para
análise
histopatológica



FIGURA 6: Resultado imediato após fechamento com
retalho de rotação

aumentar o risco de complicações locais e prolongar o tempo de cicatrização.¹¹

O fechamento com retalho de rotação foi escolhido devido à localização no ombro, permitindo preservar função e estética. Reconstruções locais são frequentemente necessárias, considerando as margens amplas recomendadas (geralmente entre 2 e 4 cm).¹²

Devido à raridade e às características clínicas pouco específicas do tumor de Bednar, seu reconhecimento requer alto grau de suspeição clínica e confirmação histopatológica precisa. O relato de novos casos e a revisão contínua da literatura são fundamentais para o aprimoramento do entendimento sobre o

comportamento biológico e a conduta terapêutica dessa neoplasia rara.

CONCLUSÃO

O tumor de Bednar é uma neoplasia cutânea rara, de baixo potencial metastático, mas com alto risco de recorrência local. O diagnóstico precoce, aliado ao estudo histopatológico e imuno-histoquímico adequado, é crucial para o manejo eficaz. A ressecção cirúrgica completa, preferencialmente com controle de margens, constitui o tratamento de escolha. Este caso reforça a importância do acompanhamento contínuo de lesões pigmentadas e da adoção de técnicas cirúrgicas seguras para prevenção de recorrências. ●

REFERÊNCIAS:

1. Kalonia T. Bednar tumour, an uncommon tumour of the skin: a report of two cases. *Pan Afr Med J.* 2022;42:261.
2. Amonkar GP. Bednar Tumor: An Uncommon Entity. *Dermatopathology (Basel).* 2016;3(2):36-8.
3. Dumitru A. When an old pigmented lesion becomes serious: the problematic diagnosis of low-grade skin malignancies – Bednar tumor with fibrosarcomatous transformation. *Rom J Orthop Surg Traumatol.* 2021;3(1):14–21.
4. Spandidos DA. Fibrosarcomatous pigmented dermatofibrosarcoma protuberans: a case report with review of the literature. *Oncol Lett.* 2012;4(1):191–4.
5. Haque AU. Fine Needle Aspiration Cytology of Pigmented Dermatofibrosarcoma Protuberance (Bednar Tumor) & its Pathogenesis. *Int J Pathol.* 2018;16(2):82–6.
6. Mendes M. Tumor de Bednar (dermatofibrossarcoma protuberante pigmentado): relato de um caso. *An Bras Dermatol.* 2004;79(1):87–90.
7. Fletcher CD, Theaker JM, Flanagan A, Krausz T. Pigmented dermatofibrosarcoma protuberans (Bednar tumour): melanocytic colonization or neuroectodermal differentiation? A clinicopathological and immunohistochemical study. *Histopathology.* 1988;13(6):631-643.
8. Ciongariu A, et al. Bednar tumor with fibrosarcomatous transformation – case presentation and literature review. *Rom J Orthop Surg Traumatol.* 2021;4(3):124–129.
9. Lowe GC. Dermatofibrosarcoma protuberans: treatment with Mohs micrographic surgery or wide local excision. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(3):492–7.
10. Gloster HM Jr. Surgical treatment of dermatofibrosarcoma protuberans. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35(6):943–7.
11. Shimizu GS, Hamdar FB, Santos CHST. Uso da técnica em “spaghetti” para tratamento cirúrgico do lentigo maligno. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34(1):151-5.
12. Cockerell CJ. Surgical margins and reconstructive options for dermatofibrosarcoma protuberans: a review. *Dermatol Surg.* 2012;38(10):1600–9.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Fernanda Guimarães Lopes  ORCID 0000-0003-1665-6437

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.

Juliana Cristina Silva Fraga  ORCID 0000-0002-1593-8742

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.

Mariana Campos Souza Menezes  ORCID 0000-0002-7727-6430

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.

Ana Karen Alves  ORCID 0009-0002-8709-3910

Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, 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.

André Rossetti Portela  ORCID 0000-0002-7040-8138

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