

Fibromixoma acral superficial em paciente do sexo feminino: um relato de caso

Superficial acral fibromyxoma in a female patient: a case report

RESUMO

Descreve-se caso de paciente do sexo feminino de 75 anos, apresentando há três anos lesão única, assintomática, nodular, de consistência fibroelástica, localizada no primeiro pododáctilo esquerdo. Indicada a exérese cirúrgica da lesão, o exame anatomopatológico e a imuno-histoquímica revelaram fibromixoma acral superficial. Esse tipo de lesão foi descrito pela primeira vez em 2001, e hoje há aproximadamente 100 casos na literatura. Trata-se de tumor mesenquimal benigno, de lento crescimento, com predileção por regiões ungueais e periungueais. Não há relatos de transformação maligna, e a recorrência tem sido associada à ressecção incompleta.

Palavras-chave: fibroma; neoplasias; doenças da unha.

ABSTRACT

The authors describe the case of a 75-year-old female patient, bearing a single asymptomatic, nodular lesion of fibroelastic consistency for three years, located on the left hallux. Following surgical excision of the lesion, the pathological examination and immunohistochemistry revealed a superficial acral fibromyxoma. This type of lesion was first described in 2001 and today there are approximately 100 cases in the literature. It is a benign mesenchymal tumor of slow growth, with a predilection for unguinal and peri-unguinal regions. There are no reports of malignant transformation and recurrence has been associated with incomplete resection.

Keywords: fibroma; neoplasm; nail diseases.

INTRODUÇÃO

O fibromixoma acral superficial (FAS) foi descrito pela primeira vez em 2001, por Fetsch et al., em série de 37 casos.¹ Desde então, aproximadamente 100 casos foram relatados na literatura.² Ainda assim, é hoje neoplasia pobremente reconhecida pelos patologistas e dermatopatologistas, em parte por sua ocorrência relativamente incomum, em parte por sua descrição recente.³ Trata-se de tumor mesenquimal benigno, de lento crescimento, sem relato de transformação maligna ou metástases. O FAS apresenta nítida predileção para o acometimento de regiões ungueais e periungueais de mãos e pés; adultos do sexo masculino de meia-idade são mais frequentemente acometidos; e séries anteriormente publicadas sugerem que os dedos dos pés são mais afetados que os das mãos.⁴ O tratamento é a ressecção cirúrgica completa da lesão, e os poucos casos de recorrência têm sido associados à ressecção incompleta.²

Relato de caso

Autores:

Ana Carolina Souza Porto¹
Sadamitsu Nakandakari²
Cleverson Teixeira Soares³

¹ Médico dermatologista sócio aspirante SBD/AMB - Residente quarto ano de extensão em dermatologia pela Escola Paulista de Medicina

² Médico dermatologista titular SBD/AMB - Preceptor da residência médica de dermatologia do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) - Bauru (SP), Brasil

³ Patologista - Chefe da Seção Patológica Anatomia do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) - Bauru (SP), Brasil

Correspondência para:

Dra. Ana Carolina Souza Porto
R. Loefgreen - 1654/122
04040-002 - São Paulo - SP
E-mail: carolsporto1@hotmail.com

Data de recebimento: 20/01/2014
Data de aprovação: 05/09/2014

Trabalho realizado no Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) - Bauru (SP), Brasil

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 75 anos, parda, foi admitida com queixa de “calo” no pé há três anos. Negava dor na lesão ou trauma precedendo o início do quadro. Ao exame físico, apresentava nódulo de aproximadamente 1cm, de coloração semelhante à da pele, de consistência fibroelástica, com descamação discreta, localizado na prega ungueal medial do primeiro pododáctilo esquerdo. Apresentava também melanoníquia constitucional e descamação em torno da unha desse dedo (Figuras 1 e 2). A dermatoscopia evidenciou hiperqueratose subungueal intensa, sem presença de estruturas específicas e sem vascularização (Figuras 3 e 4). A paciente foi submetida à biópsia excisional da lesão, e o exame anatomopatológico revelou lesão mesenquimal dérmica, constituída por fibroblastos estrelados ou fusiformes, sem atipias, permeados por vasos capilares em meio à matriz mixoide. O estudo imuno-histoquímico revelou expressão difusa de CD34, expressão focal de CD99 e EMA com ausência de expressão para proteína S-100, desmina e actina de músculo liso. As características clinicopatológicas, associadas ao

perfil imuno-histoquímico, definiram o diagnóstico de fibromioma acral superficial (Figuras 5 e 6). A paciente continua em seguimento, sem sinais de recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

O fibromioma acral superficial acomete mais homens do que mulheres (2:1) de 14 a 75 anos, com média de idade ao diagnóstico de 43 anos.^{2,5} O FAS tende a se apresentar como massa ou nódulo de crescimento lento e consistência firme, geralmente presente nos dedos dos pés e das mãos.³ Embora esse tumor esteja quase sempre localizado nos dedos, pode, menos frequentemente, acometer palmas, calcanhares, tornozelos e coxas.⁴ A unha é envolvida em 50% dos casos, com hiperqueratose ou onicomicose. A história de trauma antecedente ao surgimento da lesão é rara.⁶ O FAS se caracteriza por ser indolor, o que explica a demora desses pacientes em buscar atendimento médico.¹ Histologicamente, caracteriza-se por tumor dérmico ou subcutâneo, bem circunscrito, com vascularização aumenta-



FIGURA 1: Lesão nodular de aproximadamente 1cm, cor da cútis, emergindo da prega ungueal medial de primeiro pododáctilo esquerdo

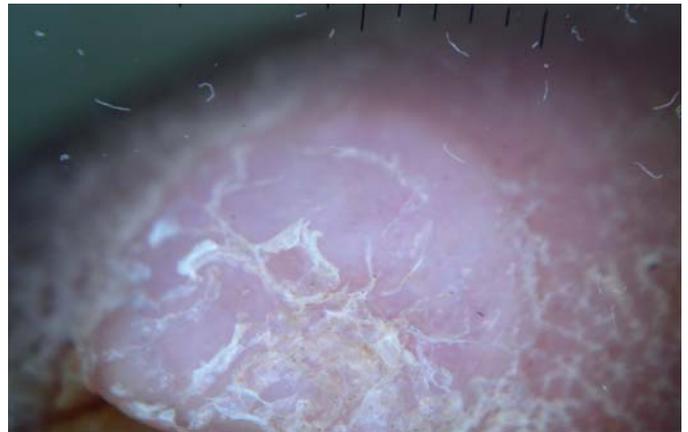


FIGURA 3: À dermatoscopia não são vistas estruturas ou vascularização aumentadas



FIGURA 2: Detalhe da lesão nodular, cor da cútis, consistência fibroelástica e presença de descamação sobre e em torno da lesão



FIGURA 4: À dermatoscopia é vista intensa hiperqueratose subungueal

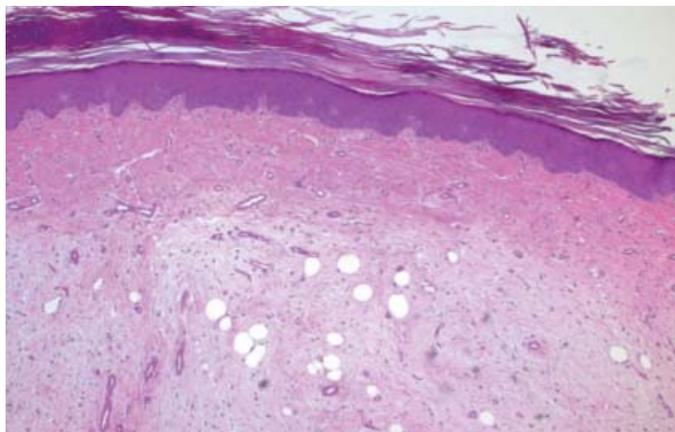


FIGURA 5: Proliferação neoplásica circunscrita e bem delimitada localizada na derme (coloração HE, aumento original de cinco vezes)

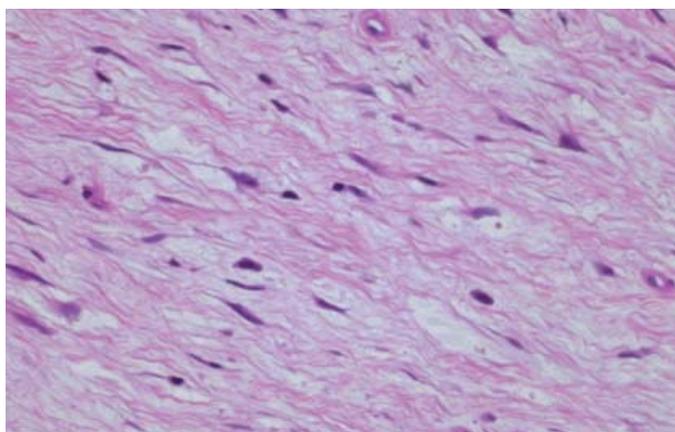


FIGURA 6: A proliferação neoplásica é constituída por células fusiforme, sem atipia, em meio a estroma mixoide (coloração HE, aumento original de 40 vezes)

da, constituído por células fusiformes ou estreladas embebidas em áreas alternadas de estroma mixoide e fibroso. A presença de atipias nucleares significantes é rara e, embora tenha sido descrita em casos isolados, causa preocupação sobre o potencial biológico desse tumor. Nenhum tumor examinado mostrou franca alteração sarcomatosa, e nenhum caso de transformação maligna foi descrito na literatura.^{2,3} O FAS apresenta imunopositividade para CD 34, CD 99 e EMA, e negatividade para citoqueratina, marcadores melanocíticos, SMA e desmina.³ O diagnóstico diferencial do FAS deve ser feito com fibroma ungueal/periungueal, fibroqueratoma digital adquirido, sarcoma fibromixoide de baixo grau, dermatofibroma, angiomixoma superficial e neurofibroma mixoide.

O tratamento de escolha para o FAS é a ressecção cirúrgica com margens livres. O acompanhamento periódico após a excisão é aconselhável, com taxa de recorrência avaliada em intervalo de 10% a 24%.⁶ A recorrência tem sido associada à ressecção incompleta.^{2,5} A paciente descrita, após longo seguimento, não apresentou sinais de recidiva de sua lesão. O FAS, embora raro, deve ser incluído no diagnóstico diferencial dos tumores envolvendo dedos mãos e pés.⁵ ●

REFERÊNCIAS

1. Fetsch JF, Laskin WB, Miettinen M. Superficial acral fibromyxoma: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 37 cases of a distinctive soft tissue tumor with a predilection for the fingers and toes. *Hum Pathol.* 2001; 32(7):704-14.
2. Messeguer F, Nagore E, Agustí-Mejias A, Traves V. Superficial acral fibromyxoma: a CD34+ periungual tumor. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103(1):67-9.
3. Prescott RJ, Husain EA, Abdellaoui A, Al-Mahmoud RM, Khan M, Salman WD, et al., Superficial acral fibromyxoma: a clinicopathological study of new 41 cases from the U.K.: should myxoma (NOS) and fibroma (NOS) continue as part of 21st-century reporting?. *Br J Dermatol.* 2008;159(6):1315-21.
4. Hollmann TJ, Bovée JV, Fletcher CD. Digital Fibromyxoma (Superficial Acral Fibromyxoma): A Detailed Characterization of 124 Cases. *Am J Surg Pathol.* 2012;36(6):789-98.
5. Ashby-Richardson H, Rogers GS, Stadecker MJ. Superficial acral fibromyxoma: an overview. *Arch Pathol Lab Med.* 2011;135(8):1064-6.
6. Wei C, Fleegler EJ. Superficial acral fibromyxoma of the thumb. *Eplasty.* 2013; ic 13.