



CONGRESSO PAULISTA DE GASTROENTEROLOGIA

**TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO
ABDOMINAL – UM RELATO DE CASO**

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO ABDOMINAL – UM RELATO DE CASO

Maria Luíza Ferreira Rodrigues¹; Isabela do Prado Nascimento¹; Guilherme Augusto Polaquini²; Fernando Henrique de Oliveira Mauro³; Flavio Daniel Saavedra Tomasich³; Giovanni Zenedin Targa⁴; Carla Simone da Silva⁵

1 Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Paraná, membro do estágio acadêmico voluntário no Hospital Erasto Gaertner – Curitiba (PR)

2 Médico, cirurgião-oncológico, Hospital Universitário Regional de Maringá (PR)

3 Médico, cirurgião-oncológico no serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital Erasto Gaertner – Curitiba (PR)

4 Médico, cirurgião-oncológico, chefe do Departamento de Clínica Cirúrgica do Hospital Erasto Gaertner – Curitiba (PR)

5 Médica, cirurgiã-oncológica, diretora técnica do Hospital Erasto Gaertner – Curitiba (PR)

Palavras-chave: Relato de caso; Tumor Fibroso Solitário; Abdômen; Diagnóstico Diferencial.

INTRODUÇÃO

Tumores fibrosos solitários são neoplasias raras de origem mesenquimal [1]. De clínica inespecífica, apresentam-se como massas palpáveis geralmente indolores [2]. O tratamento consiste na exérese completa e o diagnóstico se dá pelo estudo anatomopatológico (AP) e imuno-histoquímica (IHQ) [3,4,5].

OBJETIVO

Descrever caso encaminhado por suspeita de tumor estromal onde foi feito o diagnóstico diferencial e descobriu-se tratar de um tumor fibroso solitário (TFS) abdominal, que foi abordado cirurgicamente sem recidivas.

MÉTODO

Redigido um relato de caso em que os dados da paciente foram coletados em prontuário eletrônico do Hospital Erasto Gaertner. Para embasamento da relevância do tema, realizamos uma revisão bibliográfica utilizando as bases PUBMED e SciELO.

RELATO DO CASO

Feminino, 49 anos, encaminhada ao serviço de Cirurgia Abdominal Oncológica por dor e massa intra-abdominal associado a distensão, sudorese noturna, febre diária, astenia e perda ponderal com evolução de 2 semanas. Ao exame físico, presença de massa móvel em flanco esquerdo (FE), dor discreta e ausência de linfonodomegalias.

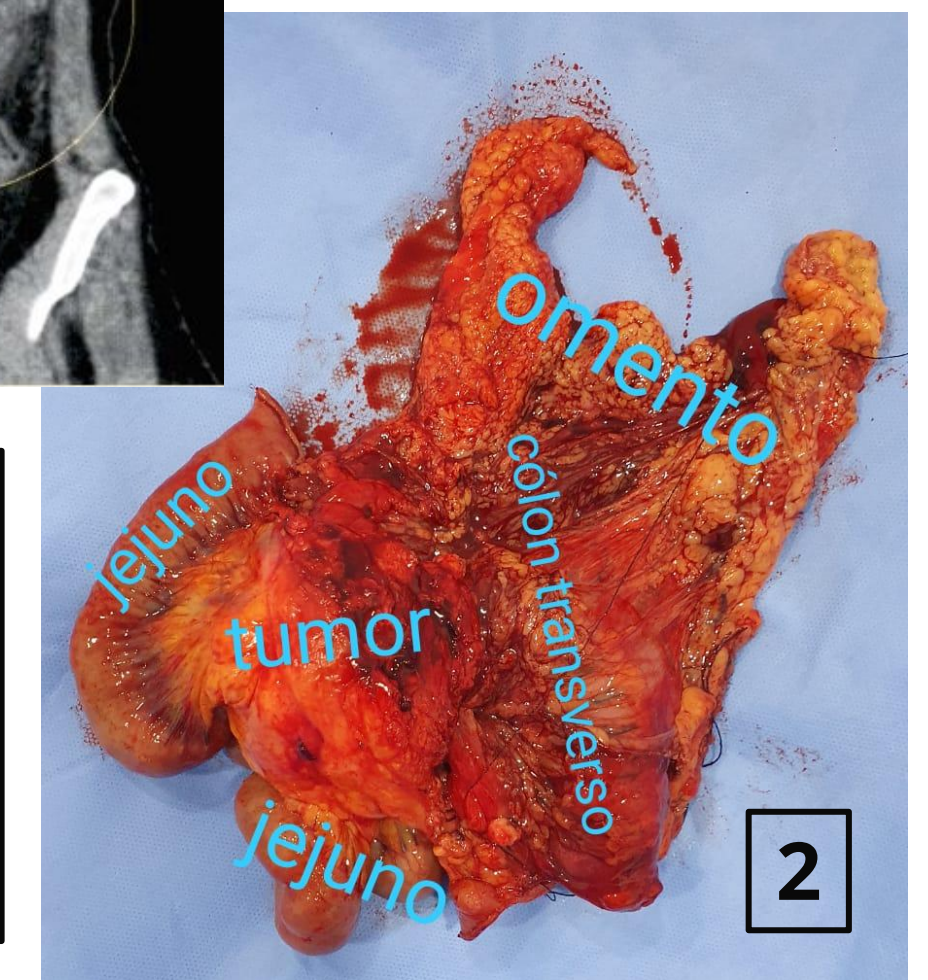
Tomografia (figura 1) evidenciou lesão expansiva de aspecto neoplásico em FE, com 8x8x6 cm, relacionada à parede intestinal de segmento jejunoileal podendo corresponder a linfoma ou tumor estromal (GIST). Biópsia percutânea evidenciou neoplasia fusocelular de padrão mixoide e IHQ positiva para Vimentina e Ki67 de 5%. Paciente submetida a laparotomia com enterectomia segmentar e transversectomia. AP demonstrou à macroscopia lesão brancacenta, firme e homogênea, bem delimitada e não encapsulada compatível com neoplasia fusocelular de 6,5x6,0cm com proliferação atípica e margens livres. IHQ revelou Smooth Muscle actin focalmente positivo e Ki67 inferior a 2%, compatível com TFS intra-abdominal.

Evoluiu bem e segue em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidiva.



Fig 1: Tomografia de abdome e pelve (admissão).

Fig 2: Produto de ressecção cirúrgica.



2

DISCUSSÃO

TFS são condições raras sem manifestações clínicas particulares, geralmente encontrados em pleura, porém também relatados em outros sítios [1,2,3]. Imagens costumam ser inespecíficas e o diagnóstico se fundamenta no AP e IHG [3,4,5,6]. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica em monobloco com margens de segurança [1,5,6]. A embolização pré-operatória também pode ser empregada em tumores maiores [1]. Não há estudos consistentes quanto a terapias adjuvantes [4]. O acompanhamento periódico após a abordagem cirúrgica é fundamental pelo risco de recidivas com necessidade de reabordagem [2,3,4,5].

CONCLUSÃO

Embora o diagnóstico definitivo seja feito após a ressecção, o TFS faz parte do diagnóstico diferencial de outras neoplasias malignas e as imagens permitem analisar a morfologia e composição tumorais, guiando a conduta. A análise posterior com AP e IHQ é fundamental, bem como o seguimento clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GE, W.; YU, D.C.; CHEN, G.; et al. Clinical analysis of 47 cases of solitary fibrous tumor. *Oncol Lett*, v. 12, n. 4, p. 2475-2480. 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5038456/> >
2. GOLD, J.S.; ANTONESCU, C.R.; HAJDU, C.; et al. Clinicopathologic correlates of solitary fibrous tumors. *Cancer*, v. 94, n. 4, p. 1057-1068. 2002. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11920476/> >
3. GE, X.; LIAO, J.; CHOO, R.J.; et al. Solitary fibrous tumor of the ilium: a case report. *Medicine (Baltimore)*, v. 96, n. 51, p.9355. 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5758223/> >
4. ZHOU, Y.; CHU, X.; YI, Y.; et al. Malignant solitary fibrous tumor in retroperitoneum: a case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*, v. 96, n. 11, p.6373. 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369933/> >
5. SILVA, F.M.; MARCOS, T.L.; BEM, R.B.; et al. Tumor fibroso solitário gigante de pleura - tratamento cirúrgico. *Rev Bras Oncol Clin*, v. 35, n. 10, p. 71-74. 2014. Disponível em: < <https://relatosdocbc.org.br/detalhes/154/tumor-fibroso-solitario-retroperitoneal> >
6. PERROT, M.; FISCHER, S.; BRÜNDLER, M.A.; et al. Solitary fibrous tumors of the pleura. *Ann Thorac Surg*, v. 74, n. 1, p. 285-293. 2002. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12118790/> >



OBRIGADO(A)!!!