

DERMATOFIBROSSARCOMA *PROTUBERANS* COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENDOMETRIOMA DE PAREDE ABDOMINAL: RELATO DE CASO

Guilherme da Cunha Ferreira
Graduando em Medicina
Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF)
guilhermeferreirac3c@gmail.com

Lívia Maria Siscon
Graduanda em Medicina
Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF)
liviasiscon@gmail.com

Karine Angélica Cintra
Médica Ginecologista e Obstetra e Docente
Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF)
karinecintra@yahoo.com.br

RESUMO

O dermatofibrossarcoma *protuberans* (DFSP) é um tumor infiltrativo raro, correspondendo cerca de 1-2% de todos os sarcomas. Possui taxa anual de incidência entre 0,8 e 4,5 casos por milhão de indivíduos, podendo acometer todas as raças, sexos e idades, porém nota-se uma prevalência maior entre 20 e 50 anos. É caracterizado por sua alta agressividade local, baixo grau de malignidade, alta capacidade de recidiva e raras metástases. Seu acometimento se dá principalmente no tórax e ombros, porém pode surgir em outros locais como região proximal de membros, cabeça e pescoço, mãos e pés. Apresenta-se clinicamente como uma placa endurecida de crescimento lento e assintomático, seguido por uma fase de crescimento acelerado. O tamanho médio varia de 2 a 5 cm e geralmente são restritos a pele. Denota-se um difícil diagnóstico clínico devido à sua semelhança com lesões benignas da pele e o estudo imuno-histoquímico confirma o diagnóstico, evidenciando positividade para o CD34 associado a negatividade do fator XIIIa. A principal estratégia de tratamento consiste na excisão cirúrgica completa com margens livres associada ao seguimento médico periódico. O objetivo do estudo é relatar o caso clínico de uma paciente jovem que apresentava nodulação amolecida palpável em fossa ilíaca esquerda, inicialmente apresentando-se assintomática, com hipótese diagnóstica de endometrioma de parede abdominal. Além disso, considerando que tal patologia apresenta um desafio para os médicos, visa-se ressaltar a importância do diagnóstico diferencial com uma patologia muito frequente na área da ginecologia, o endometrioma.

Palavras-chave: Dermatofibrossarcoma; Endometrioma; Sarcoma; Tumores; Oncologia cirúrgica.

ABSTRACT

Dermatofibrossarcoma *protuberans* (DFSP) is a rare infiltrative tumor, accounting for about 1-2% of all sarcomas. It has an annual incidence rate of between 0.8 and 4.5 cases per million individuals and can affect all races, genders, and ages, although there is a higher prevalence between the ages of 20 and 50. It is characterized by its high local aggressiveness, low grade of malignancy, high recurrence potential, and rare metastases. It primarily affects the chest and shoulders, but it can also appear in other locations such as the proximal limbs, head and neck, hands, and feet. Clinically, it presents as a hard, slowly growing, asymptomatic plaque, followed by a phase of accelerated growth. The average size ranges from 2 to 5 cm and is generally limited to the skin. A difficult clinical diagnosis is noted due to its resemblance to benign skin lesions, and immunohistochemical studies confirm the diagnosis, showing positivity for CD34 and negativity for factor XIIIa. The main treatment strategy consists of complete surgical excision with clear margins, along with regular medical follow-up. The aim of the study is to report the clinical case of a young patient who presented with a palpable soft nodule in the left iliac fossa, initially asymptomatic, with a diagnostic hypothesis of abdominal wall endometrioma. Additionally, considering that this pathology presents a challenge for physicians, it aims to emphasize the importance of differential diagnosis with a very common pathology in the field of gynecology, endometrioma.

Keywords: Dermatofibrossarcoma; Endometrioma; Sarcoma; Tumors; Surgical Oncology.

INTRODUÇÃO

O dermatofibrossarcoma *protuberans* (DFSP) é um tumor estromal de origem cutânea e baixo grau de malignidade, porém considerado localmente agressivo, com 60% de chances de recidiva local e raros casos de metástases (CAPPELLINA *et al.*, 2016). Possui predileção pelos troncos em 40% a 60%, pelos membros em 20% a 30%, e pela cabeça e pescoço em 10% a 15% (FABRINI *et al.*, 2020). Os indivíduos entre 20 e 50 anos são os mais acometidos, e a distribuição é igual em ambos os sexos, podendo afetar todas as raças, com

taxa anual média de incidência entre 0,8 e 4,5 casos por um milhão de indivíduos (AOKI *et al.*, 2007).

Cicatrizes de cirurgia prévia, queimaduras, imunização para BCG são fatores desencadeantes que facilitam o desenvolvimento tumoral, sendo que os traumas correspondem a 10% e 20% dos casos (MACEDO; ROSA, 2015). Além disso, períodos de gestação possibilitam crescimento acelerado, o que justifica a presença de receptores de progesterona no tumor. Outros estudos mostram relações com maior risco: exposição prolongada ao arsênio, acantose nigricans e acrodermatite enteropática (AOKI *et al.*, 2007).

O dermatofibrossarcoma possui características clínicas de placa ou nódulo endurecido assintomático, indolente, semelhante a massas multilobulares, volumosas, protuberantes, semelhantes a um quelóide, o que faz com que os doentes tenham uma percepção tardia (CAPPELLINA *et al.*, 2016). A lesão pode evoluir, aumentando de tamanho, tornando-se firme e ulcerada se não for tratada. Quando apresenta características pigmentadas, denomina-se tumor de Bednar; sua ocorrência é em menos de 5% dos casos (MACEDO; ROSA, 2015). Inicia-se na derme, e de forma progressiva tende a envolver o pânículo tecido subcutâneo. Em tumores de longa duração, observa-se a presença de invasão da fáscia subjacente, muscular e óssea (CAPPELLINA *et al.*, 2016).

O diagnóstico se baseia na história clínica, exame físico local e na biópsia. Pode-se utilizar a dosagem do marcador tumoral CA-125, a ultrassonografia de parede abdominal (partes moles) e ressonância magnética para complementação do diagnóstico. Em raros casos de metástases e comprometimento de estruturas ósseas, utiliza-se a tomografia computadorizada. O diagnóstico histológico é feito por biópsia incisional. A aspiração por agulha fina não é realizada devido ao material coletado ser insuficiente para o diagnóstico (AOKI *et al.*, 2007).

Histologicamente, possui células fusiformes dispostas em rodaminhos, sendo incomuns mitoses e atipias. Observa-se um padrão de crescimento infiltrativo agressivo, com raras as metástases (FOIATO *et al.*, 2017). Na ocorrência de metástases, os órgãos mais acometidos, por ordem, são: pulmão, cérebro, ossos e coração, sendo o prognóstico ruim, com sobrevida menor que dois anos (AZULAY, 2008). Em relação a imuno-histoquímica, nota-se células positivas para CD34 e fator XIIIa negativo, contribuindo para o diagnóstico diferencial de dermatofibroma, no qual as células são CD34 negativos e fator XIIIa positivo (FABRINI *et al.*, 2020).

A cirurgia micrográfica de Mohs é considerada a mais eficaz para o tratamento do dermatofibrossarcoma *protuberans* (AZULAY, 2008). A técnica constitui na remoção das extensões microscópicas do tumor preservando o tecido normal. Caso as margens sejam negativas, há grandes chances de cura, porém o risco de recorrência excede 50% se as margens forem positivas (AOKI *et al.*, 2007).

As taxas de recidivas locais são altas após a excisão cirúrgica, ocorrendo nos três primeiros anos cerca de 80%, justificadas pelo crescimento excêntrico do tumor, que envia pseudópodos para o tecido celular subcutâneo. Inusitadas são as recorrências tardias, ou seja, aquelas que ocorrem após 10 anos (FOIATO *et al.*, 2017). Isso explica o fato de os pacientes precisarem ser examinados a cada três ou seis meses nos três primeiros anos após a cirurgia, e anualmente por toda a vida (AOKI *et al.*, 2007).

Um diagnóstico diferencial é o endometrioma de parede abdominal, que é definido pela presença de tecido endometrial fora da cavidade e da musculatura uterina, ou seja, presença de glândulas endometriais e/ou estroma em locais extrauterinos. Define-se como uma condição inflamatória crônica, gerando infertilidade e dor cíclica hormônio-dependente em mulheres em fase de período reprodutivo. O local de maior ocorrência é a pelve, porém pode ser encontrado no abdômen, tórax, cérebro e pele (ACCETTA *et al.*, 2011).

Baseado na sua origem, as lesões de endometriose podem ser classificadas em primárias e secundárias. A primeira tem origem espontânea, sem histórico cirúrgico, enquanto as secundárias estão relacionadas a cirurgias prévias (ex. cicatriz de histerectomia, incisão de cesariana, laparotomia e episiotomia). Quando o tecido endometrial se torna uma massa localizada e focal, denomina-se endometrioma (ACCETTA *et al.*, 2011).

O mecanismo fisiopatológico de formação da endometriose ainda não está totalmente compreendido; acredita-se que vários fatores possam interferir. Uma das hipóteses que justificaria esse evento seria o refluxo através das tubas, de partículas do endométrio para a cavidade abdominal, vasos sanguíneos e linfáticos. Outra hipótese é a possibilidade da presença de células multipotenciais primitivas extrauterinas (ACCETTA *et al.*, 2011).

A história clínica e o exame físico são essenciais para auxiliar na confirmação diagnóstica. Pode manifestar-se na forma de uma massa abdominal palpável e dolorosa próxima à cicatriz da incisão ou adjacente a esta, dismenorreia ou até mesmo ser assintomática. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada são fundamentais para determinar o tamanho do tumor, sua localização, o grau de comprometimento e as estruturas envolvidas. Isso possibilita o planejamento cirúrgico e fornece uma visão detalhada da cavidade pélvica antes de qualquer procedimento. A cirurgia com ressecção completa é o método de escolha para o tratamento, destacando-se a importância da remoção de todo o tecido endometrial (ACCETTA *et al.*, 2011).

Dessa forma, torna-se crucial realizar um levantamento de dados sobre o diagnóstico diferencial entre o dermatofibrossarcoma *protuberans* e o endometrioma de parede abdominal. Este estudo consiste em um relato de caso que aborda a problemática, sendo essencial para o conhecimento da sociedade e dos profissionais de saúde.

RELATO DE CASO

Paciente A.J.P., 17 anos, branca, estudante, procedente de Franca - SP, procurou atendimento médico em junho de 2018 em ambulatório de referência na cidade de Uberaba - MG, desejando uma consulta de rotina ginecológica. Na ocasião, queixa-se de um nódulo subcutâneo palpável, localizado em fossa ilíaca esquerda, com aproximadamente 2 cm de extensão (Imagem 1). O nódulo apresentava-se endurecido, bem delimitado, imóvel e indolor. A paciente não soube informar o tempo de surgimento da lesão, que até então havia passado despercebida. As hipóteses diagnósticas iniciais consideradas incluíram: lipoma, endometrioma de parede abdominal e cisto sebáceo. Para maior esclarecimento diagnóstico, foram solicitados exames de imagem, incluindo ultrassonografia da parede abdominal e ultrassonografia transvaginal.

Imagem 1 – Nódulo de aproximadamente 2 cm em fossa ilíaca esquerda, único, subcutâneo, endurecido, delimitado, imóvel e indolor.



Fonte: imagem disponibilizada pela paciente.

Os exames de imagem foram realizados aproximadamente um ano e três meses após a consulta inicial, já que a paciente não apresentava sintomas que justificassem um atendimento de urgência e permanecia assintomática.

Em outubro de 2019, A.J.P. retornou ao mesmo profissional ginecologista, no qual a hipótese de endometrioma de parede abdominal foi reafirmada após verificação dos exames previamente solicitados.

- **Resultado da ultrassonografia transvaginal (25/10/2019):** “Em fossa ilíaca esquerda, observa-se imagem nodular sólida, hiperecogênica, de limites regulares, subcutânea, medindo 12,7 x 5,5 x 10 mm em seus

maiores eixos, sem vascularização ao estudo doppler, de etiologia a esclarecer”.

- **Resultado da ultrassonografia de parede abdominal (13/09/2019):** “No tecido celular da fossa ilíaca esquerda, nota-se imagem nodular sólida, hiperecótica, oval, bem delimitada, com fluxo de permeio ao Doppler colorido (fluxo de padrão arterial), medindo 21 x 13 x 8 mm, com volume de 1,2 cm³, de etiologia a esclarecer. Suprajacente a este nódulo, localizada na pele, onde paciente observou hiperemia, nota-se pequena coleção hipocócica medindo 6,4 x 1,5 mm”.

Diante desses achados, a paciente foi encaminhada ao ambulatório de ginecologia geral da cidade para acompanhamento e seguimento do caso.

Em nova consulta no ambulatório de ginecologia, **em data**, a hipótese diagnóstica de neoplasia lipomatosa benigna, endometrioma ou cisto sebáceo foi reafirmada por outro profissional. Foi autorizada a realização da exérese da lesão, e a paciente passou por avaliação anestésica, recebendo liberação para o procedimento cirúrgico.

Enquanto aguardava a cirurgia eletiva, A.J.P. procurou atendimento particular em junho de 2020 com um médico ginecologista na cidade de Franca - SP. Nesse momento, a paciente apresentava-se sintomática, relatando dor em cólica na região ilíaca esquerda, principalmente durante à palpação do nódulo, com piora durante o período menstrual. Além disso, mencionava alterações na coloração e aumento no tamanho da lesão. O médico reafirmou a hipótese de endometrioma de parede abdominal, recomendando a realização de cirurgia eletiva e esclarecendo que a confirmação diagnóstica dependeria do exame histopatológico, garantindo que a lesão não apresentava características sugestivas de malignidade.

A excisão cirúrgica foi realizada em setembro de 2020 (Imagem 2). Durante o procedimento, foram removidos três fragmentos irregulares de tecido de coloração pardo-amarelada, com consistência macia e elástica, medindo 2,0

x 2,0 x 0,5 cm em seus maiores eixos. Os fragmentos foram enviados para análise histopatológica, que revelou a presença de uma lesão fusocelular dérmica, estendendo-se ao tecido cutâneo, com leve pleomorfismo nuclear, limites imprecisos, alta celularidade e figuras de mitose escassas. Diante dessas características, foi indicada a realização de um estudo imuno-histoquímico para melhor definição diagnóstica, considerando as hipóteses de dermatofibroma celular e dermatofibrossarcoma *protuberans*.

Imagem 2 – Cicatriz cirúrgica da primeira abordagem excisional.



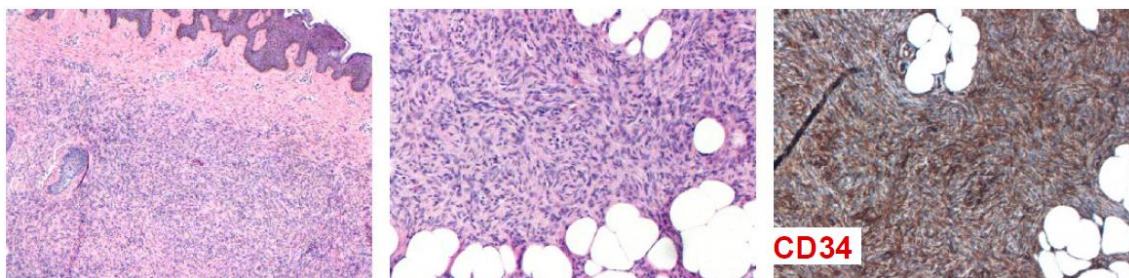
Fonte: imagem disponibilizada pela paciente.

O fragmento foi enviado para análise imuno-histoquímica, no qual o diagnóstico de dermatofibrossarcoma *protuberans* foi confirmado. O laudo descreveu:

- **Resultado (16/10/2024):** "Os cortes histológicos evidenciam neoplasia fusocelular dérmica, infiltrativa, com padrão de crescimento estoriforme, acometendo o tecido adiposo subcutâneo (Imagem 3). O estudo imuno-histoquímico demonstrou positividade difusa para CD34 (Imagem 4). Os achados são compatíveis com o diagnóstico de DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANTE (DFSP). As margens

cirúrgicas, tanto laterais quanto profundas, mostram-se aparentemente comprometidas pela neoplasia nos cortes analisados."

Imagem 3 – Relatório de estudo imuno-histoquímico demonstrando neoplasia fusocelular dérmica, infiltrativa, com padrão de crescimento estoriforme, acometendo tecido adiposo subcutâneo.



Fonte: Laudo do estudo imuno-histoquímico.

Imagem 4 – Relatório de estudo imuno-histoquímico demonstrando positividade para anticorpo CD34.

Anticorpos	Clone	Resultado	Obs. / Bloco
• Desmina (filamento intermediário célula muscular)	D33	Negativo	(AP10549-20)
• Podoplanina	D2-40	Negativo	(AP10549-20)
• CD34 - antígeno de células hematopoéticas e pericitos	QBEnd 10	Positivo	(AP10549-20)
• Actina de músculo liso	1A4	Negativo	(AP10549-20)
• Proteína S-100	Policlonal	Negativo	(AP10549-20)

Fonte: Laudo do estudo imuno-histoquímico.

A paciente foi orientada sobre a necessidade de uma nova abordagem cirúrgica (Imagem 5) e encaminhada para um hospital oncológico de referência na região.

Imagem 5 – Cicatriz cirúrgica da primeira excisão e o planejamento para ampliação de margens na nova abordagem.



Fonte: imagem disponibilizada pela paciente.

Em dezembro de 2020, a paciente foi submetida a uma nova abordagem cirúrgica para a ressecção de margens de segurança em um hospital oncológico. O procedimento foi realizado com sucesso e sem intercorrências, com alta hospitalar no dia seguinte (Imagem 6). Atualmente, a paciente está em acompanhamento no ambulatório-escola do Uni-FACEF, assintomática e apresentando evolução favorável, sem evidências de recidiva.

Imagem 6 – Cicatriz atual com aproximadamente 11 cm de extensão.



Fonte: imagem disponibilizada pela paciente.

DISCUSSÃO

A paciente descrita no relato de caso exemplifica a história natural do dermatofibrossarcoma *protuberans*. Observou-se que a paciente se aproxima da faixa etária mais comumente afetada por esse tumor, que, segundo a literatura, ocorre entre os 20 e 50 anos. Além disso, o acometimento do DFSP ocorre em aproximadamente 50% dos casos na região do tronco, ou seja, na área central da anatomia humana, que engloba tórax, abdome e pelve. No caso da paciente, a patologia seguiu o padrão de distribuição, localizando-se no quadrante inferior esquerdo do abdome.

A descrição clínica, baseada no exame físico, é compatível com a doença, caracterizando-se por um nódulo indolor, firme e de crescimento progressivo. O tamanho médio do tumor é geralmente entre um e cinco centímetros no momento do diagnóstico, o que condiz com o tamanho da lesão observada. Não foram identificados fatores de risco associados à paciente, como cicatrizes ou trauma recente. Além disso, foram descartados períodos de gestação, acantose nigricans e acrodermatite enteropática.

No decorrer de sua progressão, a evolução para dor e aumento do tamanho do nódulo, associados ao ciclo menstrual, inicialmente favoreceu a hipótese de endometrioma de parede abdominal, uma condição comum em mulheres jovens. No entanto, a ausência de características típicas da endometriose nos exames de imagem reforça a importância de considerar diagnósticos alternativos em lesões persistentes.

A suspeita diagnóstica de endometrioma de parede abdominal sempre deve ser considerada diante uma mulher em faixa etária de reprodução, apresentando tumoração na parede abdominal e com sinais e sintomas que coincidem com as fases do período menstrual. No entanto, é importante estabelecer diagnósticos diferenciais diante lesões palpáveis, como as seguintes

condições: sarcomas, cistos, lipoma, hérnias, hematomas, carcinoma metastático e granulomas.

O DFSP é frequentemente confundido com outras lesões benignas, como lipomas, cistos sebáceos e dermatofibromas, devido à sua apresentação inicial inespecífica, sendo a grande maioria um nódulo subcutâneo assintomático. No caso relatado, a paciente demorou mais de dois anos entre a consulta e o diagnóstico definitivo, evidenciando os desafios diagnósticos dessa neoplasia.

O exame histopatológico revelou características compatíveis com dermatofibrossarcoma *protuberans*, e a técnica de imuno-histoquímica confirmou a positividade para o marcador CD34 e a negatividade para os demais marcadores, corroborando o diagnóstico. O CD34 é útil para distinguir o DFSP de outros tumores fibro-histocísticos, como o dermatofibroma, que apresenta CD34 negativo e fator VIII positivo.

A ressecção cirúrgica é o pilar do tratamento. Há duas modalidades terapêuticas disponíveis: a excisão local ampla e a cirurgia micrográfica de Mohs. A paciente passou por excisão local ampla, sendo um procedimento eficaz e curativo, que consiste na retirada da lesão tumoral juntamente com uma margem de tecido sadio ao redor, a fim de reduzir o risco de recidivas.

A cirurgia micrográfica de Mohs seria a abordagem ideal, pois permite a análise histopatológica completa de todas as porções da lesão removida, garantindo a avaliação precisa das margens acometidas e a preservação do tecido saudável. No entanto, devido à necessidade de equipamentos sofisticados e aos custos elevados, sua disponibilidade é limitada em muitos serviços de saúde. A técnica garante maiores taxas de cura para o tumor, sendo de aproximadamente 94% para região de tronco, evidenciando superioridade da técnica. Além do mais, evita danos estéticos e funcionais, pois permite a ressecção apenas das margens afetadas. (artigo Mohs).

Diante à alta taxa de recorrência local, são recomendáveis reavaliações periódicas a cada seis meses nos primeiros seis anos e anual posteriormente (GOMES *et al.*, 2020). Embora o DFSP apresente comportamento localmente agressivo e uma elevada probabilidade de recorrência, sua taxa de metástase é rara, sendo menos de 4% dos pacientes (LESSA *et al.*, 2008). Quando o tumor afeta as regiões do tronco e membros, as taxas de cura em até 5 anos variam de 80% a 100% dos casos. (CAPPELLINA *et al.*, 2016)

O caso clínico relatado destaca a complexidade diagnóstica e terapêutica do DFSP. A evolução da paciente exemplifica o curso clínico típico da doença, desde sua apresentação inicial inespecífica até a confirmação diagnóstica por histopatologia e imuno-histoquímica. O tratamento realizado, por meio de excisão local ampla, mostrou-se eficaz, apesar de a cirurgia micrográfica de Mohs ser considerada a cirurgia de escolha, quando disponível. Esse relato ressalta a importância do diagnóstico precoce, do tratamento cirúrgico apropriado e do seguimento regular, fatores fundamentais para reduzir as chances de recorrência e garantir melhores desfechos clínicos.

CONCLUSÃO

O dermatofibrossarcoma *protuberans* (DFSP) é uma neoplasia rara, de crescimento lento, com comportamento infiltrativo e agressivo, além de elevada propensão à recidiva local. No entanto, apresenta baixo potencial metastático, conferindo um prognóstico relativamente favorável quando diagnosticado precocemente. Seu diagnóstico pode ser desafiador devido à semelhança clínica inicial com lesões benignas comuns, como lipomas, cistos e endometriomas, aliado à sua apresentação frequentemente inespecífica e assintomática. A confirmação diagnóstica depende do exame anatomopatológico associado ao estudo imunohistoquímico, no qual a positividade para o marcador CD34 é característica da patologia.

O tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica, que se configura como uma abordagem eficaz, segura e confiável. Em virtude do risco substancial de recidiva, o acompanhamento clínico regular torna-se imprescindível, especialmente nos primeiros anos após o procedimento. Destaca-se, igualmente, a relevância de contínuas atualizações científicas acerca dessa condição, com o objetivo de aprimorar tanto o diagnóstico quanto o manejo, considerando sua capacidade de mimetizar lesões benignas e, assim, passar despercebida em avaliações mais superficiais.

REFERÊNCIAS

1. ACCETTA, I. et al. Endometrioma de parede abdominal. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 38, n. 1, pág. 41–44, 2011.
2. AOKI, T. et al. Dermatofibrossarcoma protuberante em região inguinal: relato de caso. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 3, pág. 153–157, 2007.
3. AZULAY, Rubem David e AZULAY, David Rubem. **Dermatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
4. Cappellina C, Brambullo T, Salmaso R, Bassetto F. Dermatofibrossarcoma protuberans: série de 27 casos consecutivos. **Rev. Bras. Cir. Plást.** 2016; 31 (2): 235-241.
5. FABRINI, JC et al. Dermatofibrossarcoma protuberante mimetizando queiloide. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 12, n. 4, 2020.
6. FOIATO, Tariane Friedrich et al. DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANS EXTENSO EM TÓRAX: DESAFIO ESTÉTICO-FUNCIONAL. **Relatos Casos Cir.** 2017.
7. Macedo JLS, Rosa SC. Dermatofibrossarcoma protuberans. **Rev. Bras. Cir. Plást.** 2015; 30(3): 506-509.

8. LESSA, J. et al. **DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANTE**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.rbc.org.br/Content/imagebank/pdf/23-02-15.pdf>>.
9. GOMES, L. L. A. et al. Dermatofibrossarcoma protuberans de apresentação clínica atípica: relato de um caso. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 12, n. 4, p. 26–30, 2022.