



ELSEVIER



## Relato de Caso

# Fasciíte nodular em quirodáctilo que simula neoplasia maligna de partes moles<sup>☆</sup>

Soraya Silveira Monteiro, Diva Helena Ribeiro, Tatiane Cantarelli Rodrigues\*,  
Gerson Ferreira Gontijo Junior, Kylza Arruda e Eloy De Avila Fernandes

Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil

### INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

#### Histórico do artigo:

Recebido em 4 de fevereiro de 2013

Aceito em 9 de abril de 2013

#### Palavras-chave:

Fasciíte/radiografia

Tomografia computadorizada

Espectroscopia de ressonância magnética

Neoplasias de tecidos moles

#### Keywords:

Fasciitis/radiography

Computed tomography

Magnetic resonance spectroscopy

Soft tissue neoplasms

### R E S U M O

Fasciíte nodular (FN) é uma lesão proliferativa fibroblástica rara, caracterizada clinicamente como uma massa solitária de consistência endurecida, pouco dolorosa à palpação, de crescimento rápido e sem predileção por sexo. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com FN no terceiro quirodáctilo da mão esquerda, descrever os achados da radiografia simples, tomografia computadorizada e ressonância magnética e correlacionar com a literatura. Visto que o diagnóstico de FN é um desafio, é necessário conciliar os achados clínicos, radiológicos e patológicos.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

### Nodular fasciitis in finger simulating soft tissue malignancy

#### A B S T R A C T

Nodular fasciitis (NF) is a rare fibroblastic proliferative lesion, characterized clinically as a solitary mass of hardened and slightly painful on palpation, fast growing and no gender preference. The objective of this study is to report the case of a patient with NF in third finger of left hand, describe the findings of plain radiography, computed tomography and magnetic resonance imaging and correlate with the literature. Since the diagnosis of NF is a challenge, being necessary to conciliate the clinical, radiological and pathological.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

<sup>☆</sup> Trabalho feito no Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mail: tcantarelli@gmail.com (T.C. Rodrigues).

## Introdução

A fasciíte nodular (FN) é uma lesão benigna dos tecidos moles de etiologia desconhecida,<sup>1-4</sup> caracterizada pela proliferação de fibroblastos e frequentemente confundida histologicamente com sarcomas, por causa do rápido crescimento, da alta celularidade e da atividade mitótica aumentada.<sup>1,3,4</sup>

As lesões, comumente, são solitárias, ocorrem em adultos entre 20 e 40 anos<sup>1-4</sup> e acometem qualquer região do corpo.<sup>1,5</sup>

É uma doença autolimitada.<sup>2,3</sup> Os pacientes geralmente apresentam história de nodulação de crescimento rápido e podem desenvolver dormência ou parestesia.<sup>1-3,6</sup>

Seu diagnóstico é um desafio e pode ser confundido com tumores malignos, por causa do comportamento clínico agressivo associado aos achados de imagem e histológicos.<sup>1-3</sup> Lesões múltiplas são raras,<sup>1,7</sup> assim como nas mãos e nos pés, e muito rara nos dedos.<sup>8</sup>

Diante desse fato, relatamos um caso de FN no dedo da mão, uma vez que o conhecimento do aspecto por imagem pode evitar procedimentos invasivos agressivos, visto que o estudo histológico sem imagem poderá levar à suspeita de uma lesão de alta agressividade.

## Relato de caso

Paciente, feminina, 45 anos, professora, referia surgimento, havia dois anos, de nodulação de crescimento rápido no terceiro quirodáctilo esquerdo; indolor, porém com desconforto local. Negava trauma ou cirurgia pregressa. Ao exame físico, apresentava nodulação vular na falange proximal do terceiro quirodáctilo, aderida à pele, sem retração ou sinais flogísticos, que media aproximadamente 2 cm.

Feita radiografia simples (RX), que apresentou ossificação de partes moles das faces radial e flexora diafisárias da falange proximal do dedo, com contornos irregulares e parcialmente definidos (setas), erosão da cortical (setas abertas), reação periosteal lamelar (cabeças de setas) proximal e distal ao nódulo e aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes (cabeças de seta abertas).

e distal ao nódulo, aumento de volume e densidade de partes moles adjacentes (fig. 1). A tomografia computadorizada (TC) ratificou tais achados e demonstrou mais claramente a ossificação, que se estendia a partir do osso e envolvia externamente a cortical flexora contígua com a nodulação da face radial e flexora (fig. 2). Na RM havia formação expansiva em partes moles da face radial da falange proximal, que promovia discreto afinamento da cortical óssea, com íntimo contato, e deslocava superiormente o capuz extensor. A lesão apresentava isossinal a hipersinal em relação ao músculo em T1, sinal heterogêneo com leve hipersinal em T2 e significativo realce heterogêneo ao meio de contraste paramagnético, associado a padrão de edema medular ósseo (fig. 3).

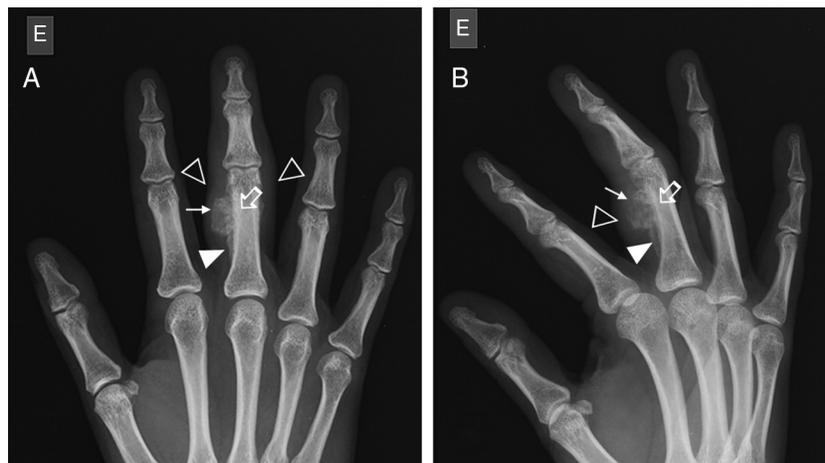
A paciente submeteu-se a exérese cirúrgica da lesão, com histopatológico que evidenciou tecido conjuntivo fibroso com neoformação e trabéculas ósseas e favoreceu o diagnóstico de FN. Após cinco meses RM demonstrava apenas alteração fibrocicatricial em partes moles, sem realce significativo ao meio de contraste (fig. 4).

## Discussão

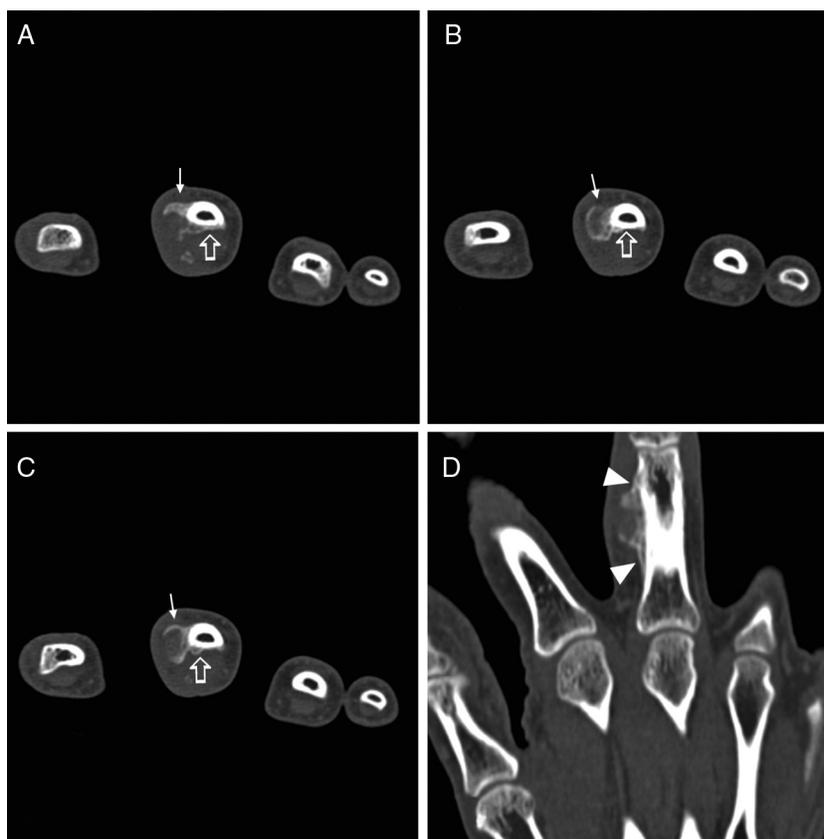
FN é uma lesão benigna de etiologia desconhecida,<sup>1,5</sup> mas pode haver associação a trauma.<sup>1,3,7</sup> Acomete qualquer parte corporal,<sup>1,5</sup> mais comumente na extremidade superior (48%), além de tronco (20%), cabeça e pescoço (17%) e extremidade inferior (15%).<sup>1,2</sup> É rara nas mãos e nos pés e muito rara nos dedos.<sup>8</sup>

A faixa mais acometida está entre 20 e 40 anos e afeta igualmente os sexos.<sup>1,3</sup> Sintomas como dormência, parestesia e dor são infrequentes, o que significa compressão nervosa.<sup>2,3</sup> Lesões múltiplas são raras.<sup>1,7</sup> Apresenta diâmetro médio de cerca de 2 cm e as maiores são excepcionais.<sup>1,3,7</sup>

Baseada na localização anatômica, divide-se em três tipos: subcutânea, intramuscular e fascial; a subcutânea é três a 10 vezes mais frequente.<sup>1,2,4</sup> O tipo intramuscular é o que mais simula neoplasia de partes moles.<sup>1</sup> Subtipos raros incluem formas intravasculares e intradérmicas.<sup>2</sup>



**Figura 1 – RX em AP (A) e oblíqua (B) que evidencia ossificação em partes moles da face radial e flexora diafisária da falange proximal do terceiro quirodáctilo de contorno irregular e parcialmente definido (setas), erosão da cortical (setas abertas), reação periosteal lamelar (cabeças de setas) proximal e distal ao nódulo e aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes (cabeças de seta abertas).**



**Figura 2 – TC em cortes axiais (A, B, C) mostra ossificação (setas) que se estende do osso e envolve externamente a cortical flexora (setas abertas), em contiguidade com a nodulação da face radial e flexora. Reconstrução em plano coronal (D) evidencia continuidade da lesão nodular com reação periosteal (cabeças de seta) que se estende para a face flexora.**

De acordo com a composição histológica predominante, pode ser fibrosa, mixoide ou celular.<sup>1,3,4</sup> Histologicamente, consiste de fibroblastos dispostos em feixes curtos e fascículos espalhados dentro de um estroma mixoide e pode simular um sarcoma.<sup>1,2,8</sup> Alguns autores acreditam que a quantidade e o tipo de matriz extracelular refletem a idade da lesão: na precoce predomina o componente mixoide, na madura o fibroso.<sup>1,2,4</sup> Os diferentes componentes podem coexistir na mesma lesão, com combinações dos tipos mixoide com celular e celular com fibroso, mais comuns do que de mixoide com fibroso, o que sugere transição histológica de mixoide para celular e posteriormente para fibroso.<sup>1</sup>

Exames de imagem podem ser usados para avaliar a FN. O presente estudo mostra algumas das alterações de imagem para serem caracterizadas e reconhecidas. O RX mostra aumento de partes moles. Até onde vai nosso conhecimento, existe apenas um caso na literatura que mostra o aspecto radiográfico e o cita como inespecífico.<sup>8</sup>

Na TC, geralmente aparecem como massa superficial de partes moles, de densidade semelhante a outras lesões,<sup>1</sup> bem delimitada, e podem invadir e destruir o osso adjacente.<sup>7</sup>

Na RM, a aparência é inespecífica,<sup>1,2,7,8</sup> mais comumente isointensa a hiperintensa em T1 e hiperintensa em T2, com realce variado pelo meio de contraste paramagnético por causa dos diferentes tipos histológicos.<sup>3,4</sup> Não se sabe quem mais influencia na intensidade de sinal, se a celularidade ou o colágeno.<sup>1</sup> Alguns autores advogam que formas mixoides

apresentam-se hiperintensas em relação ao músculo em T1 e a gordura subcutânea em T2; e as fibrosas, hipointensas ao músculo em todas as sequências. Outros autores afirmam que a lesão é isointensa ao músculo em T1 e as estruturas venosas em T2.<sup>1</sup> As lesões hipercelulares apresentam sinal isointenso ao músculo em T1 e hiperintensas a gordura em T2.<sup>4</sup>

Em razão dos achados inespecíficos, muitos diagnósticos diferenciais podem ser propostos, como neuroma, neurofibroma, sarcoidose, fibromatose agressiva, dermatofibroma, fibrossarcoma e histiocitoma fibroso maligno.<sup>2,3,7</sup> Nas intramusculares, a miosite ossificante inicial pode ser considerada.<sup>4</sup> Tumor de células gigantes da bainha do tendão pode ser diferenciado de FN por lento crescimento e fixação do tumor ao tendão.<sup>8</sup> Algumas vezes a semelhança na apresentação clínica e microscópica entre FN e sarcoma dificulta o diagnóstico, mas alguns recursos clínicos e radiológicos tornam o diagnóstico de FN menos provável, o que inclui lesões em pacientes acima de 70 anos, localizadas em mãos e pés, simultâneas, múltiplas, recorrentes, com edema do tecido perilesional ou deposição de hemossiderina intralesional na RM.<sup>2</sup>

A biópsia é necessária para um diagnóstico definitivo.<sup>2,8</sup> Excisão, geralmente curativa, é a base do tratamento,<sup>5</sup> embora a infusão intralesional de corticosteroides tenha sido sugerida por alguns autores.<sup>2,6</sup> Pode haver remissão espontânea.<sup>6</sup> A recorrência é muito rara, ocorre em 1-2% dos pacientes e, normalmente, é observada logo após a excisão.<sup>2,8</sup>



Figura 3 – RM que demonstra formação expansiva em partes moles da face radial da falange proximal com iso/hipersinal em relação ao músculo em T1 (A e C), leve hipersinal em T2 (B) e significativo realce heterogêneo ao meio de contraste paramagnético (D); discreto afinamento da cortical óssea (setas), que desloca superiormente o capuz extensor (cabeças de seta), e padrão de edema medular ósseo (setas abertas).

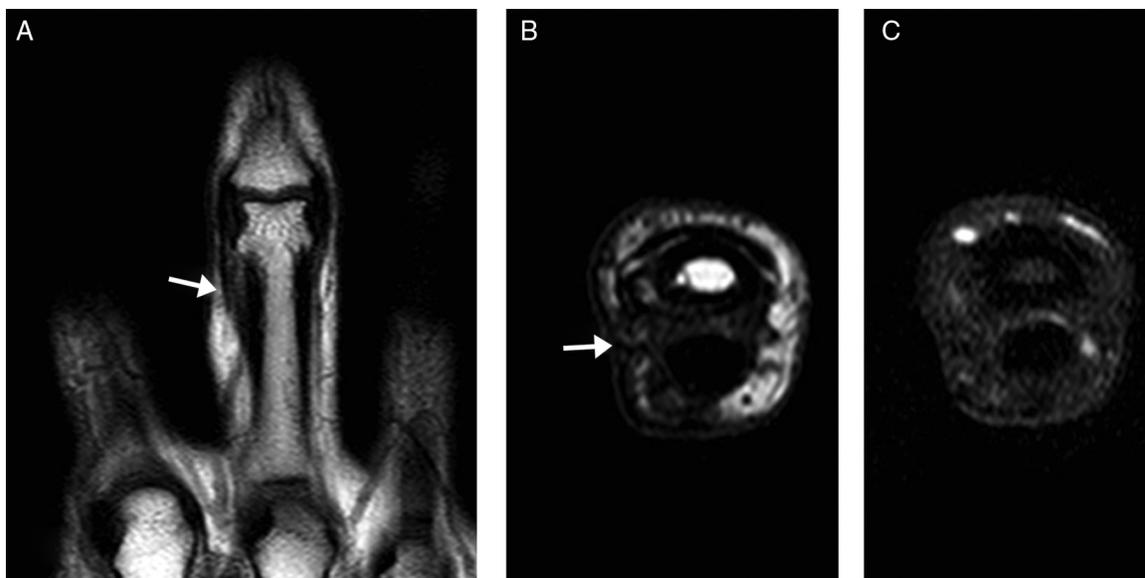


Figura 4 – RM cinco meses após cirurgia nos planos coronal e axial (A, B), que demonstra ausência da nodulação e alteração fibrocartilaginosa (setas) em partes moles e na sequência, após administração do meio de contraste paramagnético (C), sem áreas de realce significativo.

Em resumo, a FN pode ser interpretada como lesão maligna por causa do rápido crescimento e da natureza agressiva histológica. Entretanto, o diagnóstico correto poderá ser alcançado por meio da combinação das características de imagem, da localização e da histologia.<sup>1</sup>

---

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### REFERÊNCIAS

---

1. Wang XL, De Schepper AM, Vanhoenacker F, De Raeve H, Gielen J, Aparisi F, et al. Nodular fasciitis: correlation of MRI findings and histopathology. *Skeletal Radiol.* 2002;31(3):155-61.
2. Leung LY, Shu SJ, Chan AC, Chan MK, Chan CH. Nodular fasciitis: MRI appearance and literature review. *Skeletal Radiol.* 2002;31(1):9-13.
3. Duncan SFM, Athanasian EA, Antonescu CR, Roberts CC. Resolution of nodular fasciitis in the upper arm. *Radiology Case Reports [Online]*. 2006;1:3.
4. Dinauer PA, Brixey CJ, Moncur JT, Fanburg-Smith JC, Murphey MD. Pathologic and MR imaging features of benign fibrous soft-tissue tumors in adults. *Radiographics.* 2007;27(1):173-87.
5. Souza LS, Almeida WL, Costa ALD, Silva OS, Souza LL. Fasceíte nodular. *Rev Bras Cir Cab Pesc.* 2009;38:274-5.
6. Graham BS, Barrett TL, Goltz RW. Nodular fasciitis: response to intralesional corticosteroids. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40(3):490-2.
7. Kim ST, Kim HJ, Park SW, Baek CH, Byun HS, Kim YM. Nodular fasciitis in the head and neck: CT and MR imaging findings. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2005;26(10):2617-23.
8. Park JS, Park HB, Lee JS, Na JB. Nodular fasciitis with cortical erosion of the hand. *Clin Orthop Surg.* 2012;4(1):98-101.