

## Neoplasia benigna mesenquimal rara: relato de caso

Rare benign mesenchymal neoplasm: case report

Neoplasia mesenquimatosa benigna rara: reporte de un caso

Christianne Novaes dos Santos<sup>1</sup>, Daniel Lago Obadia<sup>1</sup>, Inghlide Damanielle Silva<sup>1</sup>.

---

### RESUMO

**Objetivo:** Relatar o caso clínico de uma paciente com apresentação clínica típica e com diagnóstico histopatológico de dermatomiofibroma, sendo uma rara neoplasia mesenquimal benigna. **Detalhamento de Caso:** Paciente do sexo feminino, 25 anos, compareceu ao ambulatório de Dermatologia queixando-se de uma placa eritematoacastanhada, assintomática, de surgimento há 6 meses, localizada na região anterior do ombro direito. Realizada uma biópsia incisional da lesão por punch, e o exame histopatológico evidenciou uma ausência de alterações na epiderme, proliferação de fibroblastos e espessamento do colágeno, complementado pela imuno-histoquímica que se fez positiva para Beta Catenina citoplasmática e fator XIIIa, e negativa para S100 e actina de músculo liso, resultados compatíveis de dermatomiofibroma. **Considerações finais:** Dermatomiofibroma é uma neoplasia mesenquimal benigna cutânea rara de linhagem miofibroblástica com poucos casos relatados até o momento na literatura. Sua forma clínica, geralmente, se apresenta como placa ou nódulo único, assintomático, fibroelástico, pouco definido, de cor eritematoacastanhada. A imuno-histoquímica auxilia no diagnóstico quando o exame histológico não define a doença, possibilitando a exclusão de possíveis neoplasias malignas de apresentações clínicas semelhantes.

**Palavras-chave:** Miofibroblastos, Neoplasias cutâneas, Miofibroma.

---

### ABSTRACT

**Objective:** To report the clinical case of a patient with a typical clinical presentation and a histopathological diagnosis of dermatomyofibroma, a rare benign mesenchymal neoplasm. **Case details:** Female patient, 25 years old, attended the Dermatology outpatient clinic complaining of an asymptomatic, erythematous, brownish plaque, which had appeared 6 months before, located in the anterior region of the right shoulder. An incisional biopsy of the lesion was performed by punch, and the histopathological examination showed an absence of changes in the epidermis, proliferation of fibroblasts and collagen thickening, complemented by immunohistochemistry which was positive for cytoplasmic Beta Catenin and factor XIIIa, and negative for S100 and smooth muscle actin, compatible results of dermatomyofibroma. **Final considerations:** Dermatomyofibroma is a rare benign cutaneous mesenchymal neoplasm of myofibroblastic lineage with few cases reported in the literature so far. Its clinical form usually presents as a single plaque or nodule, asymptomatic, fibroelastic, poorly defined, with a brownish erythematous color. Immunohistochemistry helps in the diagnosis when the histological examination doesn't define the disease, enabling the exclusion of possible malignant neoplasms with similar clinical presentations.

**Keywords:** Myofibroblasts, Cutaneous neoplasms, Myofibroma.

---

<sup>1</sup> Hospital Central do Exército (HCE), Rio de Janeiro - RJ.

## RESUMEN

**Objetivo:** Reportar el caso clínico de una paciente con presentación clínica típica y diagnóstico histopatológico de dermatomiofibroma, una rara neoplasia mesenquimatosa benigna. **Detalles del caso:** Paciente femenina, de 25 años, acudió a consulta externa de Dermatología por presentar placa asintomática, eritematosa, pardusca, de 6 meses de desarrollo, localizada en la región anterior del hombro derecho. Se realizó biopsia incisional de la lesión por punch, y el examen histopatológico mostró ausencia de cambios en la epidermis, proliferación de fibroblastos y engrosamiento del colágeno, complementado con inmunohistoquímica que fue positiva para Beta Catenina citoplasmática y factor XIIIa, y negativa para S100 y actina de músculo liso, resultados compatibles para dermatomiofibroma. **Consideraciones finales:** El dermatomiofibroma es una rara neoplasia mesenquimatosa cutánea benigna de linaje miofibroblástico con pocos casos reportados en la literatura hasta el momento. Su forma clínica generalmente se presenta como una placa o nódulo único, asintomático, fibroelástico, mal delimitado, de color pardusco eritematoso. La inmunohistoquímica ayuda en el diagnóstico cuando el examen histológico no define la enfermedad, permitiendo excluir posibles neoplasias malignas de presentaciones clínicas similares.

**Palabras clave:** Miofibroblastos, Neoplasias de la piel, Miofibroma.

---

## INTRODUÇÃO

O dermatomiofibroma (DMF) é considerado uma neoplasia mesenquimal benigna de diferenciação fibroblástica e miofibroblástica (MACEDO PM, et al., 2011). É raro, em torno de 100 casos de dermatomiofibroma foram relatados na literatura até o momento, mas provavelmente os casos estão subnotificados por serem poucos conhecidos entre os médicos (OSCHÉ M, et al., 2020).

Apresenta-se na sua grande maioria das vezes em mulheres jovens e crianças do sexo masculino, como placa ou nódulo que podem ser eritematoacastanhada ou normocrômica, assintomático, solitário, de consistência fibroelástica, geralmente localizado na região deltóide (MACEDO PM, et al., 2011).

O exame histopatológico demonstra proliferação pouco definida de fibroblastos e miofibroblastos na derme reticular e subcutâneo superficial, poupando derme papilar, derme superficial e estruturas anexiais (MACEDO PM, et al., 2011). Nos casos em que a histologia não é muito típica, a imuno-histoquímica suplementar pode ser útil. As células fusiformes são positivas geralmente para Vimentina, Actina do músculo liso, fator XIIIa e negativas para S-100, Desmina, entre outros (FU S, et al., 2018). Microscopia eletrônica confirma a presença de miofibroblastos (DEL PUERTO C, et al., 2019).

Os principais diagnósticos diferenciais são cicatriz hipertrófica, dermatofibroma (histiocitoma fibroso), leiomioma pilar, neurofibroma, miofibromatose adulta, fibromatose extra-abdominal e dermatofibrosarcoma protuberante (DSFP) em estágio de placa (MENTZEL T e KUTZNER H, 2003). Portanto, os dermatomiofibromas podem ter apresentações clínicas semelhantes com outras entidades clínicas, são frequentemente confundidos com neoplasias malignas, podendo levar a tratamentos desnecessários. É importante que dermatologistas e pediatras tenham conhecimento da neoplasia e comecem a considerá-la em sua prática diagnóstica (CAMPAGNOLO OA, et al., 2017).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de neoplasia mesenquimal benigna de uma mulher jovem com uma apresentação clínica típica e diagnóstico histopatológico com auxílio imunohistoquímico de

dermatomiofibroma, possibilitando a exclusão de possíveis neoplasias malignas semelhantes e a conscientização no meio médico dessa possibilidade diagnóstica.

### DETALHAMENTO DO CASO

Este estudo de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Parecer 5.755.493 e CAAE 64796622.9.0000.5289), tendo a concordância do paciente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Paciente do sexo feminino, 25 anos, solteira, estudante universitária, parda, natural e procedente do Rio de Janeiro. Compareceu ao ambulatório de Dermatologia queixando-se de uma placa eritematosa, assintomática, de surgimento há 6 meses, localizada na região anterior do ombro direito. Negava alteração de tamanho, outros sintomas associados ou trauma local (**Figura 1**). Negava comorbidades, uso regular de medicamentos, internações prévias ou cirurgias. Negava antecedentes familiares de doenças da pele.

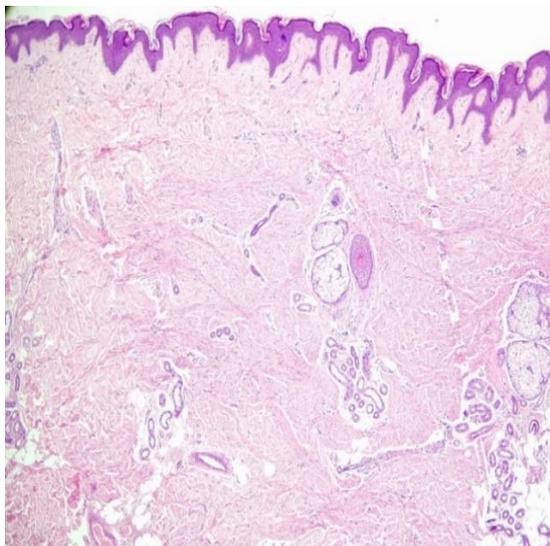
**Figura 1** - Placa eritematoacastanhada, de bordas irregulares bem delimitadas, formato numular, localizada na região proximal anterior do membro superior direito.



**Fonte:** Santos CN, et al., 2023.

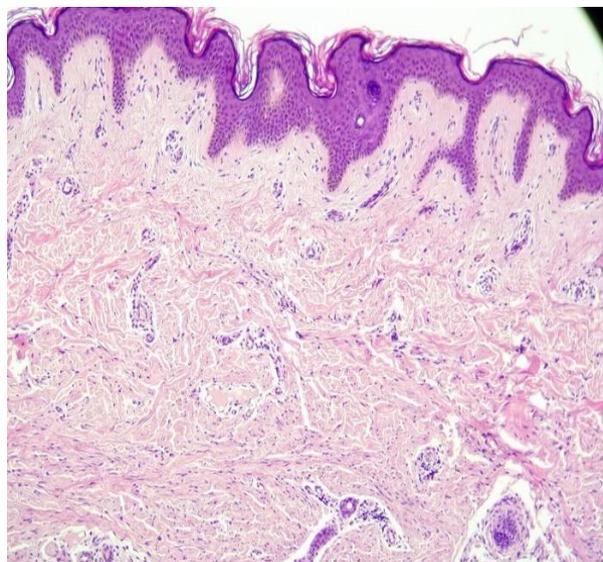
Ao exame dermatológico apresentava placa eritematoacastanhada, de bordas irregulares e bem delimitada, formato numular, localizada na região proximal anterior do membro superior direito, medindo aproximadamente 1,2 x 1,2 cm de diâmetro. Sensibilidade térmica, dolorosa e tátil preservadas. As hipóteses diagnósticas foram Sarcoidose e Hanseníase Tuberculoide. Realizada biópsia incisional por punch 4 mm da lesão e no exame histopatológico evidenciou ausência de alterações na epiderme, proliferação de fibroblastos e espessamento do colágeno. Nos cortes histológicos da pele observa-se epiderme preservada, manutenção da arquitetura dos anexos cutâneos (**Figura 2B**) e proliferação de fibroblastos (**Figura 2 A**). No maior detalhe, feixes de células fusiformes agrupadas, em disposição paralela à superfície epitelial (**Figura 2 C**). A coloração de Tricrômio de Masson foi positiva para colágeno na derme (**Figura 2 D**).

**Figura 2 A** - Histopatologia demonstrando uma epiderme preservada e manutenção da arquitetura dos anexos cutâneos. Coloração Hematoxilina-eosina, 40x.



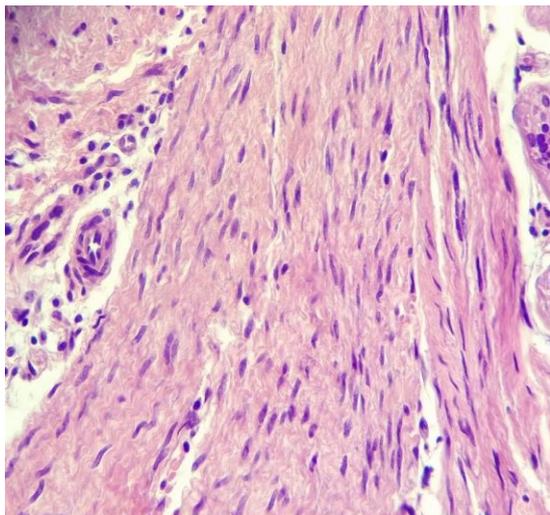
**Fonte:** Santos CN, et al., 2023.

**Figura 2 B** - No maior aumento da histopatologia, proliferação de células fusiformes. Coloração Hematoxilina-eosina.



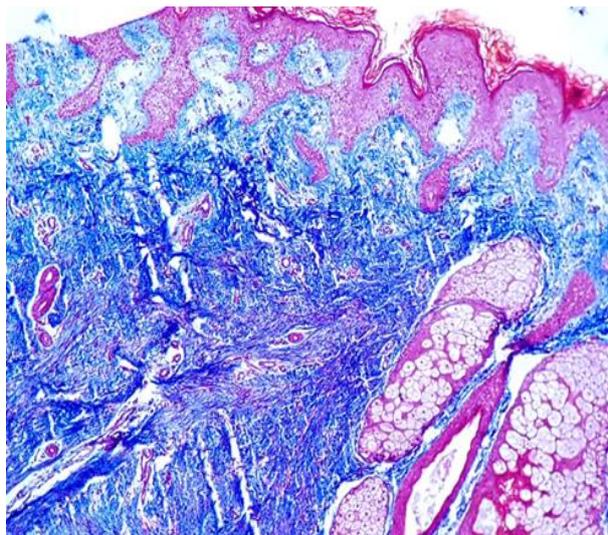
**Fonte:** Santos CN, et al., 2023.

**Figura 2 C** - No maior detalhe, feixes de células fusiformes agrupadas, em disposição paralela à superfície epitelial. Coloração Hematoxilina-eosina.



**Fonte:** Santos CN, et al., 2023.

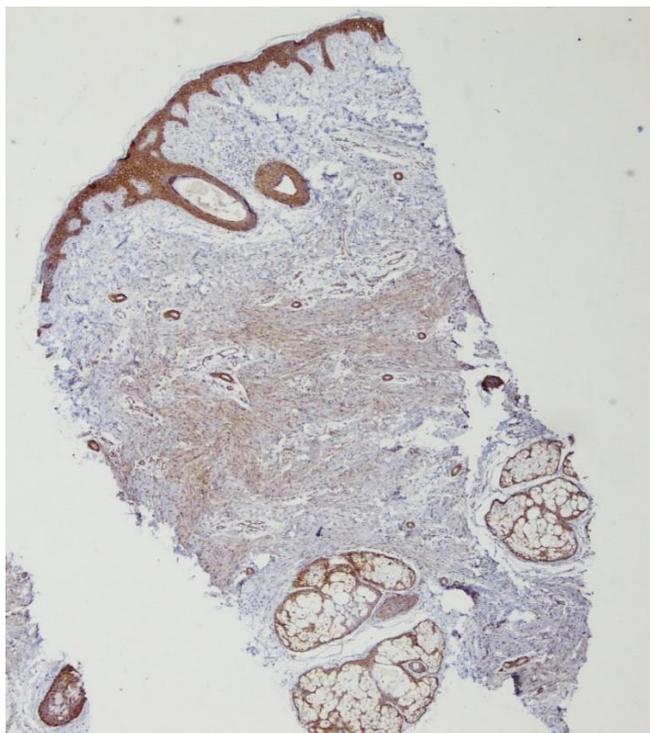
**Figura 2 D** - A coloração de Tricrômico de Masson mostra eminentemente colágeno na derme reticular. Coloração Hematoxilina-eosina.



**Fonte:** Santos CN, et al., 2023.

O diagnóstico foi definido como Dermatomiofibroma e foi auxiliado pela imuno-histoquímica que se fez positiva para Beta Catenina citoplasmática e fator XIIIa (**Figura 3**), e negativa para S100 e actina de músculo liso.

**Figura 3** - Exame imuno-histoquímico demonstrando imunopositividade com os antígenos anti Beta-catenina (citoplasmática) e Fator XIIIa.



**Fonte:** Santos CN, et al., 2023.

Paciente foi informada da benignidade da lesão, optou pelo acompanhamento clínico sem excisão cirúrgica. Não houve alteração da lesão até o momento.

## DISCUSSÃO

O dermatomiofibroma (DMF) é um tumor mesenquimal benigno raro de diferenciação fibroblástica e miofibroblástica, composto principalmente por células fusiformes (TORRES C, et al., 2016; DEL PUERTO C, et al., 2019). A história do DMF se iniciou em 1991 quando Hugel relatou pela primeira vez uma alteração cutânea que nomeou de “fibromatose dérmica tipo placa” em uma série de 25 pacientes. Um ano depois, em 1992, Kamino et al. relataram 9 casos semelhantes utilizando o termo “dermatomiofibroma” para uma entidade patológica com características distintas e próprias (MACEDO PM, et al., 2011), evitando o termo “fibromatose dérmica tipo placa”, que foi introduzido para enfatizar o crescimento mal definido de células tumorais fusiformes, para evitar confusão clínica com fibromatose localmente agressivo, que tende a recidivar de forma destrutiva (GOMEZ-MOYANO E, et al., 2010).

O DMF se engloba nos tumores neoplásicos benignos miofibroblásticos e é pouco conhecido, mas possui características clínicas, histopatológicas e marcadores imuno-histoquímicos que permitem identificá-lo. Também há poucos registros na literatura e ainda é pouco citado pelos clínicos e dermatologistas. Até o momento, cerca de cem casos foram descritos, mas acredita-se que o DMF provavelmente está subdiagnosticada, outro motivo disso acontecer pode ser citado a frequente confusão com outros tumores, sendo alguns mais agressivos (OSCHÉ M, et al., 2020).

Acomete principalmente adultos jovens do sexo feminino por volta dos 30 anos de vida ou quando na infância, incide quase exclusivamente no sexo masculino (MACEDO PM, et al., 2011; DEL PUERTO C, et al., 2019). Em adultos, 90% dos casos ocorrem em mulheres. Foi levantada a hipótese de que o tumor pode regredir espontaneamente em meninos adolescentes e persistir em meninas sob influência hormonal, resultando em maior prevalência em mulheres adultas (ROMANÍ J, et al., 2014; DEL PUERTO C, et al., 2019).

Nesse sentido, perfis de hormônios androgênicos e imuno-histoquímica para estrogênio e receptores androgênicos podem ser usados para verificar possíveis correlações com dados clínicos e ajudar a esclarecer o fato de que o DMF afeta principalmente crianças do sexo masculino e mulheres jovens. Entretanto, isso não foi confirmado (CAMPAGNOLO OA, et al., 2017). Apesar da prevalência quase exclusiva em mulheres jovens e crianças do sexo masculino, não pode ser descartada a possibilidade de DMF de origem congênita (CAMPAGNOLO OA, et al., 2017).

São localizados preferencialmente na parte superior do tronco (LIMA LAF, et al., 2018; TAKAKI K, et al., 2021). O local anatômico mais comum é o ombro. Outras topografias já descritas foram pescoço, tórax, região inguinal, coxa e antebraço (AIZAMIL LR, et al., 2019). Os pacientes pediátricos podem apresentar uma distribuição diferente, com forte preferência pelo pescoço. Essas lesões parecem ter uma fase inicial de aumento seguida por uma segunda fase de crescimento estável ou muito lento (TARDÍO JC, et al., 2011).

A lesão se apresenta normalmente como uma placa ou nódulo de consistência endurecida, assintomático, fibroelástico, pouco definido, mais palpável que visível, com coloração variando de normocrômica a eritematoacastanhada, medindo entre 0,5 cm e 2,0 cm. Geralmente são indolores e solitários. Até o momento na literatura, nenhuma explicação foi dada para a distribuição anatômica restrita dos dermatomiofibromas (MORTIMORE RJ e WHITEHEAD KJ, 2001; ÁLVAREZ-GARRIDO H, et al., 2021). O paciente geralmente não apresenta sintomas ou histórias de trauma (TAKAKI K, et al., 2021). Portanto, é uma proliferação benigna, adquirida, em forma de placa de células fusiformes que apresentam características de miofibroblastos e fibroblastos, que ocorre predominantemente em adultos jovens (KU LS, et al., 2005).

Apesar de a maioria dos casos serem lesões cutâneas pequenas, solitárias e assintomáticas, por vezes podem atingir dimensões significativas, levando à suspeita clínica de tumor cutâneo mais agressivo (GOMEZ-MOYANO E, et al., 2010). Já foram relatadas lesões múltiplas ou extensas, até mesmo lesão anular gigante com 15 cm de diâmetro (FU S, et al., 2018; OSCHÉ M, et al., 2020).

No relato descrito, foi apresentado o caso de uma mulher jovem com uma apresentação clínica típica de dermatomiofibroma com características semelhantes da literatura tais como sexo feminino, local acometido e exame dermatológico, mostrando o aparecimento de uma placa eritematoacastanhada única, assintomática,

localizada na região proximal anterior do ombro direito, além do mais, negava alteração de tamanho, outros sintomas associados ou trauma local. Destaca-se que a série inicial de Kamino a média de idade era 29,8 anos, estando 8 dos 9 casos localizados na região do ombro (MACEDO PM, et al., 2011). DMF evidencia uma proliferação dérmica de células fusiformes monomórficas, formando fascículos alongados, entrecruzados e orientados paralelamente à superfície da epiderme. Além disso, entre as células fusiformes, são vistas delgadas fibras colágenas. Os fascículos relatados não ocasionam invasões ou obstruções por estarem localizados nas extremidades dos anexos. As fibras elásticas não se alteram. As células fusiformes têm núcleos aumentados com um ou dois nucléolos, demonstram pouca atipia e escassa ou ausência de atividade mitótica. A coloração tricrômico de Masson apresenta utilidade nesses casos por corar as fibras de colágeno (MACEDO PM, et al., 2011; MA JE, et al., 2017).

Ressaltam-se que as características histológicas descritas acima corroboram com o diagnóstico do nosso caso clínico devido à concordância dos padrões histopatológicos encontrados na biópsia, evidenciando epiderme e anexos preservados, células fusiformes agrupadas, em disposição paralela à superfície epitelial e a coloração de Tricrômio de Masson foi positiva para colágeno na derme.

DMF apresenta inúmeros diagnósticos diferenciais (WOLLINA U e SCHONLEBE J, 2019), está inserido no grupo de tumores cutâneos fibroblásticos/miofibroblásticos, que abrangem um grupo heterogêneo de doenças benignas, atípicas e neoplasias malignas compostas principalmente por células tumorais (GOMEZ-MOYANO E, et al., 2010). É importante diferenciá-lo de outros tumores invasivos com tratamentos e prognósticos diferentes (LIMA LAF, et al., 2018). Clinicamente, muitas vezes diagnosticado erroneamente como cicatriz hipertrófica, dermatofibroma (histiocitoma fibroso), leiomioma pilar, neurofibroma, miofibromatose adulta, fibromatose extra-abdominal, fibromatose infantil e adulta, hamartoma fibroso da infância, fibroma digital infantil e dermatofibrosarcoma protuberante (DSFP) em estágio de placa (MENTZEL T e KUTZNER H, 2003).

Dermatofibroma normalmente não se assemelha como placa na apresentação clínica, a histologia evidencia hiperplasia epidérmica ou proliferação basalóide, associada a uma arquitetura aleatória em oposição aos fascículos paralelos à superfície epidérmica do dermatomiofibroma e podem apresentar histiócitos CD68 positivos, lipídios ou histiócitos carregados de hemossiderina, células multinucleadas, colágeno queloidal periférico, figuras mitóticas frequentes e obliteração de estruturas anexiais, todas as quais não são esperadas nas características histopatológicas do dermatomiofibroma (MORTIMORE RJ e WHITEHEAD KJ, 2001). Os neurofibromas têm núcleos curvados, além de não se observar na patologia a arquitetura característica do dermatomiofibroma e são S100 positivos (MORTIMORE RJ e WHITEHEAD KJ, 2001). Por outro lado, as fibromatoses extra-abdominais afetam principalmente o tecido, é mais invasivo que dermatomiofibroma e possuem feixes separados por colágeno mais abundante (MORTIMORE RJ e WHITEHEAD KJ, 2001).

O diagnóstico diferencial está associado a várias lesões de pele com padrão histológico de células fusiformes que apresentam características citológicas e arquitetônicas semelhantes às dos dermatomiofibromas. Estes incluem tumores localmente agressivos ou raramente metastáticos, como DSFP em estágio inicial ou em placas, fibromatose desmóide e histiocitoma fibroso plexiforme da variante

fibroblástica (TARDÍO JC, et al., 2011). Sua distinção histológica de DSFP pode ser muito difícil, especialmente em biópsias superficiais, sendo prudente diferenciá-los para evitarem intervenções desnecessárias e mais invasivas (KU LS, et al., 2005; HUGEL H, 2006). DSFP mostra um padrão estoriforme, invade estruturas anexiais e envolve o tecido subcutâneo. Além disso, sua imunopositividade para CD34 é geralmente forte e difusa. Em contrapartida, as células dos dermatomiofibromas estão dispostas em fascículos orientados paralelamente à superfície epidérmica, poupam anexos e a expressão de CD34 é fraca e inconsistente (GOMEZ-MOYANO E, et al., 2010; TARDÍO JC, et al., 2011; MA JE, et al., 2017).

Os tumores desmóides geralmente se apresentam como tumores grandes e mal definidos que se infiltram nos tecidos moles profundos e raramente envolvem a derme. Histopatologicamente, consiste em fascículos maiores e possui uma matriz de colágeno mais rica do que os dermatomiofibromas. Os tumores fibroblásticos variantes plexiformes fibro-histiocíticos são geralmente subcutâneos com envolvimento dérmico focal. Tipicamente tem um componente histiócito e um padrão arquitetônico mais variável do que o dermatomiofibroma (TARDÍO JC, et al., 2011).

DMF também podem ser confundidos com cicatrizes hipertróficas. Alguns autores afirmam que podem ser distinguidos pela presença de fibras elásticas, que estão preservadas nos dermatomiofibromas e anormais ou ausentes nas cicatrizes hipertróficas. Além disso, outros fatores diferenciadores devem ser considerados, como curso, etiologia e aspectos clínicos da lesão. Dermatomiofibromas não são causados por trauma na área afetada e crescem lentamente, mas de forma constante, ao contrário das cicatrizes hipertróficas, que aparecem após a lesão e tendem a se resolver espontaneamente algum tempo após o trauma inicial. Clinicamente, as cicatrizes hipertróficas são elevadas, firmes e limitadas às margens da lesão primária, enquanto os dermatomiofibromas geralmente aparecem como pequenas lesões, mais visíveis à palpação do que a olho nu (LIMA LAF, et al., 2018).

Dentre os diagnósticos diferenciais na pediatria, podem ser citados os hamartomas fibrosos da infância, mas eles podem ser excluídos porque apresentam três componentes que os diferenciam em relação ao dermatomiofibroma: a combinação de trabéculas fibrocolágenas compostas por células fusiformes brandas, pequenas ninhos de mesenquimais ovais ou estrelados frouxamente arranjados e células definidas em um estroma mixóide (SIM JH, et al., 2011).

A imuno-histoquímica auxilia no diagnóstico quando o exame histológico não define a doença. As células fusiformes apresentam-se positivas para vimentina, actina de músculo liso, fator XIIIa e negativas para proteína S100, desmina, CD34 entre outros, contribuindo para a exclusão de diversos diagnósticos diferenciais (SIM JH, et al., 2011). A expressão positiva da vimentina é constante, a da actina do músculo liso é variável, e em alguns casos há uma expressão focal CD34+ (ÁLVAREZ-GARRIDO H, et al., 2021). A Beta catenina, uma das subunidades do complexo caderina, está envolvida na adesão celular e é um marcador de fibromatose (MELO AUC, et al., 2010). Destaca-se ainda que essas células do DMF coram negativamente para fator 13A. Esse padrão auxilia a exclusão de outras lesões, como dermatofibroma, que cora positivo para fator 13A e DFSP cora positivo para CD34 (AIZAMIL LR, et al., 2019). No presente caso, diagnóstico foi apoiado pela imuno-histoquímica com resultado positivo para Beta Catenina citoplasmática e fator XIIIa, e negativa para S100 e actina de músculo liso. Ênfase que este último marcador citado, a actina do músculo

liso, apresenta um resultado imuno-histoquímico variável no dermatomiofibroma, podendo ser positivo ou negativo conforme a literatura mencionada acima. O DMF é um tumor benigno incomum, cujo diagnóstico requer avaliações clínica e histopatológica adequadas. Portanto, para diagnosticar corretamente essa condição, deve-se realizar uma boa história e um exame físico detalhado, além de histopatologia e imuno-histoquímica (LIMA LAFD, et al., 2018).

O tratamento é a exérese simples da lesão, atingindo uma cura completa. Possui um excelente prognóstico, não há relatos de recidiva ou metástase (GOMEZ-MOYANO E, et al., 2010). Devido à sua natureza benigna, a observação clínica é aceitável sem a necessidade de remover a lesão (DEL PUERTO C, et al., 2019).

No caso descrito, a biópsia da lesão foi incisional através de um punch 4 mm e complementado pelo exame de imuno-histoquímica. Diante da extensão da lesão e de sua natureza benigna, paciente preferiu acompanhamento clínico, evitando a excisão cirúrgica completa por preocupação estética, que foi respeitado pelo bom prognóstico da lesão, não tendo relatos na literatura de metástase e invasão tumoral. Gomez-Moyano E, et al. (2010) relataram o período de acompanhamento mais longo para lesões não ressecadas que estavam presentes em 2 anos e permaneceram estáveis durante esse período. Além disso, Mentzel T e Kutzner H (2003) relataram alguns casos tratados com ressecções marginais e incompletas, porém nenhum desses casos recidivaram ou mostraram evidência de progressão. Por fim, o prognóstico do dermatomiofibroma é excelente (AIZAMIL LR, et al., 2019). Sendo assim, a atitude expectante em relação ao tratamento é uma conduta válida (ÁLVAREZ-GARRIDO H, et al., 2021).

Em suma, foi relatado um caso raro de dermatomiofibroma com típicas características clínicas, dermatológicas, histopatológicas e imuno-histoquímicas que quando somados permitem diferenciá-lo de outros tumores fibrosos, inclusive com outros tumores mais agressivos, evitando tratamentos incoerentes. O diagnóstico clínico de DMF é um desafio para os clínicos devido à sua proximidade com outras lesões semelhantes. Portanto, o exame histológico e marcadores imuno-histoquímicos são necessários para um diagnóstico definitivo. Assim, as características do dermatomiofibroma devem ser reconhecidas, uma vez que o prognóstico desse tumor benigno é favorável. Pode-se considerar a importância da conscientização e do conhecimento dessa neoplasia mesenquimal no meio médico pela raridade e dificuldade diagnóstica, com o objetivo de diferenciá-lo de outras doenças neoplásicas cutâneas agressivas.

---

## REFERÊNCIAS

1. AIZAMIL LR, et al. Linear dermatomyofibroma over the nape of neck: a report of an unusual case and literature review. *Oxford Medical Case Reports*, 2019, 12: 513-515.
2. ÁLVAREZ-GARRIDO H, et al, Caracterización clínico-ecográfica de dermatomiofibromas en edad pediátrica. *Derma-Sifiliográficas*, 2021; 112: 770-772.
3. CAMPAGNOLO OA, et al. Dermatomiófibroma. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2017; 92: 101-103.
4. DEL PUERTO C, et al. Dermatomiófibroma lineal. Reporte de un caso. *Revista Chilena de Dermatología*, 2019; 35: 22-24.
5. FU S, et al. A rare case report for dermatomyofibroma in nasion. *Hong nan da xue xue bao. Yi xue ban= Journal of Central South University. Medical Sciences*, 2018; 43: 1037-1040.

6. GOMEZ-MOYANO E, et al. Two cases of dermatomyofibroma (plaque-like dermal fibromatosis). *International Journal of Dermatology*, 2010; 49: 914-917.
7. HUGEL H. Fibrohistiocytic skin tumors. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2006; 4: 544-554.
8. KU LS, et al. Giant annular dermatomyofibroma. *International journal of dermatology*, 2005, 44: 1039-1041.
9. LIMA LAF, et al. Multiple dermatomyofibromas. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2018; 93: 268-270.
10. MACEDO PM, et al. Dermatomiofibroma: relato de caso de doença rara. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2011; 86: 120-123.
11. MA JE, et al. Dermatomyofibromas arising in children: report of two new cases and review of the literature. *Pediatric Dermatology*, 2017; 34: 347-351.
12. MELO AUC, et.al. Revisão Atual da Expressão da Beta-Catenina e suas Implicações no Estudo da Displasia Epitelial Bucal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2010; 56: 381-390.
13. MENTZEL T e KUTZNER H. Haemorrhagic dermatomyofibroma (plaque - like dermal fibromatosis): clinicopathological and immunohistochemical analysis of three cases resembling plaque-stage Kaposi's sarcoma. *Histopathology*, 2003; 42: 594-598.
14. MORTIMORE RJ e WHITEHEAD KJ. Dermatomyofibroma: a report of two cases, one occurring in a child. *The Australasian Journal of Dermatology*, 2001; 42: 22-25.
15. OSCHÉ M, et al. Estudo anatomo-clínico e imunohistoquímico de 8 casos de dermatomiofibroma. *Anais de Dermatologia e Venereologia*, 2020; 147: 721-728.
16. ROMANÍ J, et al. Dermatomyofibroma on the nape of the neck: a report of 2 pediatric cases. *Actas Dermosifiliogr*, 2014; 105: 315-317.
17. SIM JH, et al. Development of dermatomyofibroma in a Male Infant. *Annals of Dermatology*, 2011; 23: 72-74.
18. TAKAKI K, et al. Possible case of dermatomyofibroma exhibiting paradoxical reduction of elastic fibers. *The Journal of Dermatology*, 2021; 48: 347-348.
19. TARDÍO JC, et al. Dermatomyofibromas presenting in pediatric patients: clinicopathologic characteristics and differential diagnosis. *Journal of cutaneous pathology*, 2011; 38: 967-972.
20. TORRES C, et al. Linear Dermatomyofibroma. *Actas Dermosifiliogr*, 2016; 107: 787-789.
21. WOLLINA U e SCHONLEBE J. Dermatomyofibroma - A rare mesenchymal tumor with maintained horripilation. *Dermatologic Therapy*, 2019; 32: 12967.