

RELATO DE CASO

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0165

RELATO DE CASO: HAMARTOMA FIBROSO ESCROTAL NA INFÂNCIA

SÁVIO VALADARES FERREIRA, MURILO HENRIQUE SUGAI, ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETO, GUILHERME CORRÊA DO NASCIMENTO, RICARDO VIEIRA ZERATI, MIGUEL ZERATI FILHO

Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

O hamartoma fibroso é uma afecção benigna, descrita em 1956, geralmente assintomática, com morfologia trifásica, caracterizada por tecido fibroso, mesenquimal e adiposo em sua composição (1) (2). Exames complementares auxiliam no diagnóstico, sendo o tratamento cirúrgico a melhor opção, com pequenos índices de recorrência (3) (4). Neste contexto, iremos apresentar um caso tratado cirurgicamente com boa evolução e sem recidiva tumoral.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Paciente de 7 meses de idade, com relato da mãe ter percebido “uma bolinha” no escroto há 2 meses que estava evoluindo com aumento progressivo do volume, sem dor local. Negou sintomas urinários ou outras queixas. Antecedentes: Irmão com criptorquidia. Nega casos oncológicos na família, alergia medicamentosa ou outras comorbidades.

ACHADOS CLÍNICOS

Ao exame físico foi identificado na região superior escrotal esquerda uma lesão palpável, bem delimitada, com aspecto misto sólido-cístico de aproximadamente 3 centímetros, indolor e sem sinais de processo inflamatório. Na região escrotal direita não havia alterações, e ambos testículos, localizados no escroto, apresentando características normais (figuras 1 e 2). Sem alterações de tamanho nas cadeias dos linfonodos locais.

CRONOLOGIA

Aos 5 meses de idade foi identificado pela mãe um abaulamento na região superior da bolsa escrotal esquerda, com aumento progressivo, sendo que em 2 meses passou por procedimento cirúrgico para exérese da lesão. Após 24 meses de acompanhamento segue sem sinais de recidiva.

DIAGNÓSTICO

Ultrassonografia (USG): Imagem ovalar, com ecotextura heterogênea, contornos regulares, junto a base do pênis a esquerda, em planos superficiais, aparentemente sem relações com canal inguinal ou bolsa testicular. Essa imagem mede 2,5 x 1,0 x 2,0 cm,



Figura 1: Lesão palpável em base peniana esquerda, com aspecto misto sólido-cístico.



Figura 2: Lesão em base peniana esquerda.

com volume aproximado de $2,6 \text{ cm}^3$, apresentando áreas ecogênicas, junto ao contorno posterior, com presença de fluxo ao estudo doppler. Nas demais regiões a lesão apresenta-se hipocogênica, não sendo observado fluxo ao estudo doppler. Testículo esquerdo retrátil medindo $1,35 \times 0,78 \times 0,98$ e volume de $0,54 \text{ cm}^3$. Testículo di-

reito e epidídimos direito e esquerdo sem alterações. Ausência de hidrocele bilateral (figuras 3 e 4).

Ressonância magnética (RM): Formação sólida na base do pênis, localizada em partes moles e restrita ao tecido adiposo subcutâneo, não invade os testículos e o pênis e que também não apresenta componente intrapél-

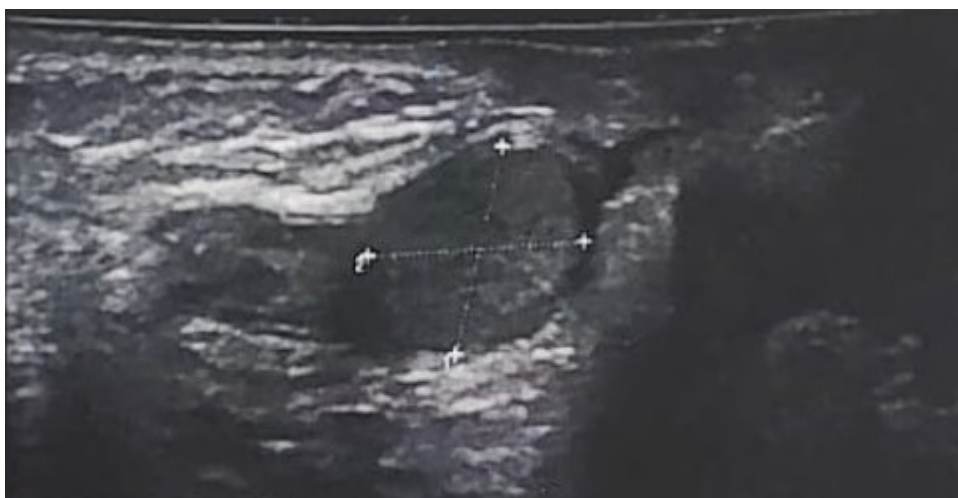


Figura 3: Ultrassonografia evidenciando imagem ovalar, com ecotextura heterogênea, contornos regulares, junto a base do pênis a esquerda.

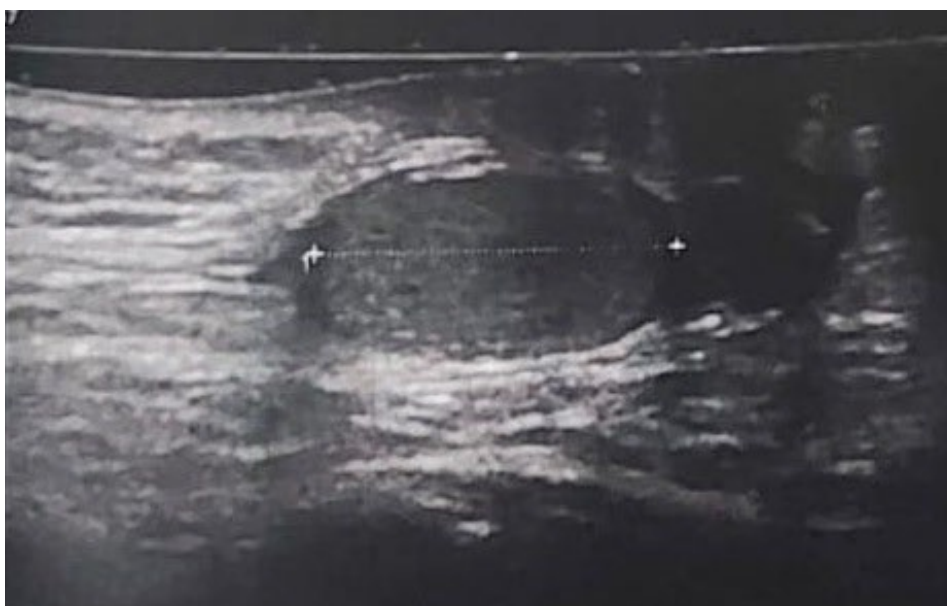


Figura 4: Ressonância nuclear magnética evidenciando lesão heterogênea predominantemente hiperintensa em T1 axial.

vico, medindo 22 x 16 x 20 mm, com volume de 3,7 cm³. A lesão é heterogênea e predominantemente hipointensa em T2 e hiperintensa em T1, com áreas com densidade de gordura

de permeio (estriações de gordura) e realce apenas periférico em sua porção póstero-inferior. O centro da lesão não sofre realce pelo meio de contraste (figuras 5, 6 e 7).

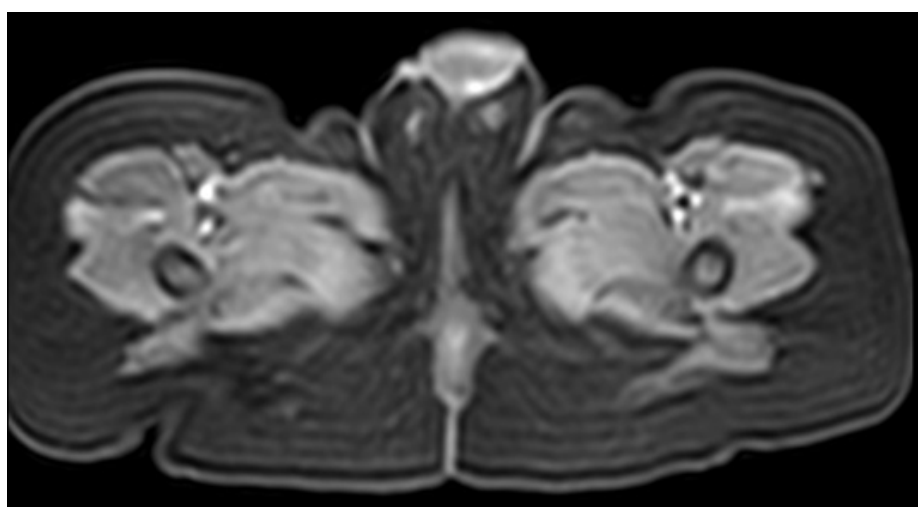


Figura 5: RNM evidenciando lesão heterogênea predominantemente hiperintensa em T1 axial.

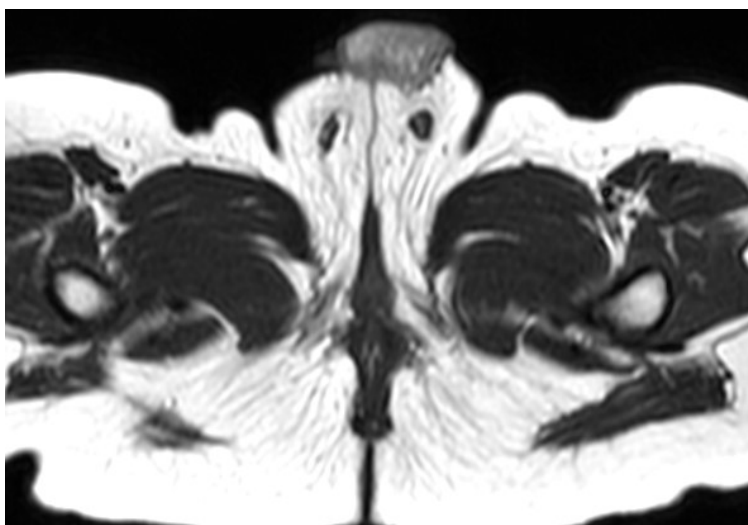


Figura 6: Ressonância nuclear magnética evidenciando lesão heterogênea predominantemente hipointensa em T2 sagital.

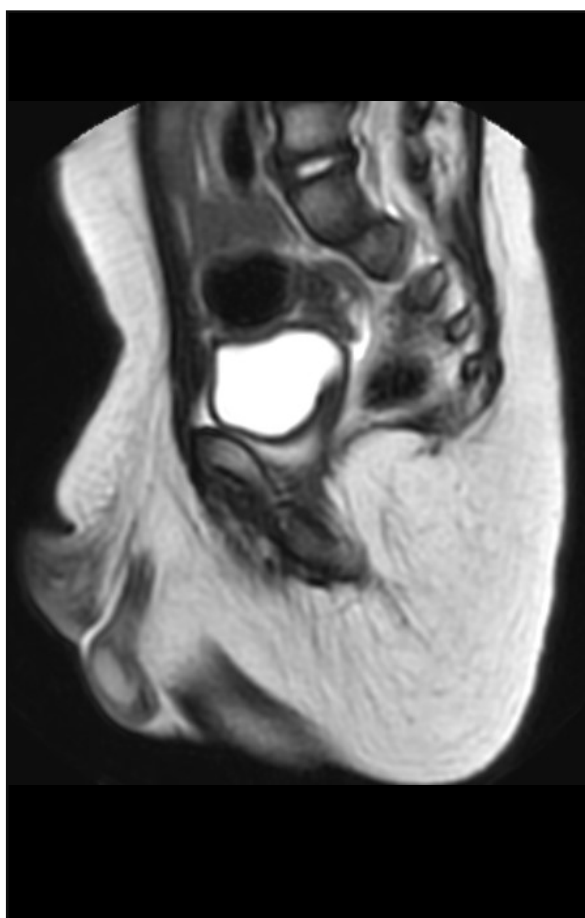


Figura 7: RNM evidenciando lesão heterogênea predominantemente hipointensa em T2 sagital.

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Após iniciada a exploração via bordo superior do escroto esquerdo foi identificado lesão endurecida, de bordas regulares, não aderida a planos profundo, sem pedículo. Realizado descolamento do nódulo sem dificuldades maiores e exérese completa da lesão e do excesso de pele remanescente (figuras 8, 9, 10 e 11).

ACOMPANHAMENTO E DESFECHOS

Na macroscópica da peça cirúrgica identifica-se nódulo bem delimitado, não encapsulado, medindo 2,9 x 2,0 x 1,6 cm, pesando 6 gramas, de consistência firme, de cor parda e parcialmente envolto por escasso tecido adiposo. Superfície de corte compacta, de cor branco leitosa, com esparsos focos hemorrágicos (figura 12).

Na análise microscópica do anatomopatológico identificou-se presença de baixa atividade mitótica, discreto infiltrado inflamatório linfocítico e esparsas áreas de hemorragia recente com ausência de pleomorfismo nuclear e/ou necrose. Além dis-



Figura 8: Lesão completamente isolada no intraoperatório.



Figura 10: Síntese completa após término do procedimento.



Figura 9: Lesão completamente isolada no intraoperatório.



Figura 11: Lesão ressecada.

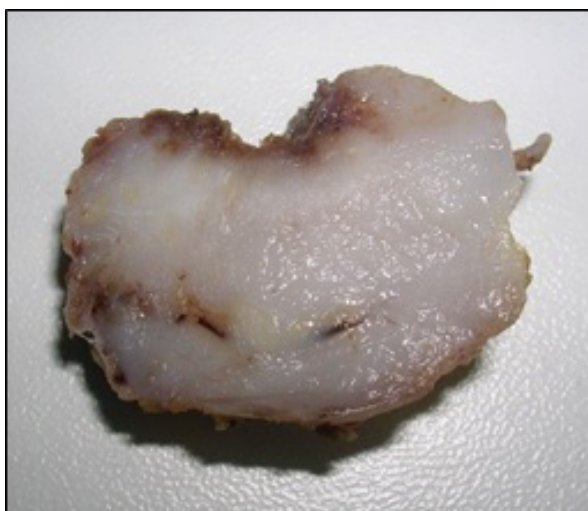


Figura 12 – Macroscopia da superfície de corte: tumor bem circunscrito e de cor branca.

so, também está presente o padrão trifásico (figura 13):

Tecido fibro-colagenoso, com células fusiformes, sem atipias significativas (figura 13A);

Tecido adiposo maturo, desorganizado e escasso (figura 13B);

Células do tipo mesenquimal primitiva, pequenas, ovaladas, em aglomerados predominantemente perivasculares (figura 13C).

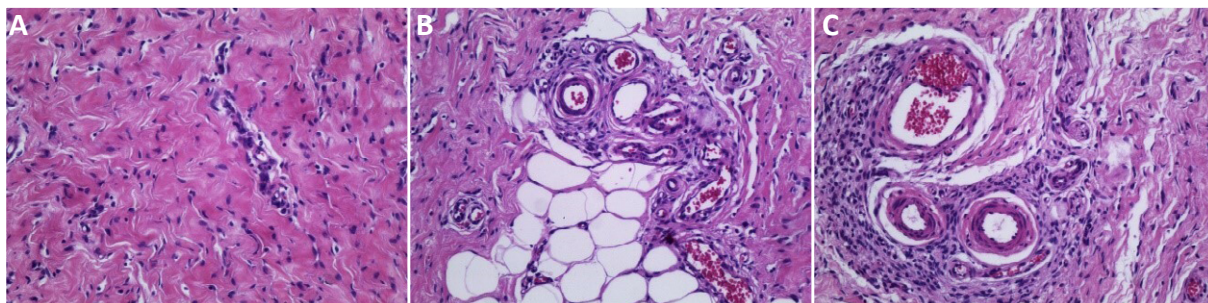
Paciente teve boa evolução e após 2 anos de seguimento, apresenta escroto e testículos de aspectos normais, sem sinais de recidiva da doença.

DISCUSSÃO

Os tumores escrotais são raros na população pediátrica, tornando as lesões benignas o achado mais comum de uma massa testicular nessa idade (4). O Hamartoma Fibroso da infância foi descrito inicialmente em 1956 após remoção de tumores subdérmicos em um grupo de crianças de até 2 anos (1). É um tumor raro, correspondendo a menos de 2% dos tumores moles no primeiro ano de vida (5), geralmente são assintomáticos, com predominância masculina (2,6). A tabela 1 mostra as incidências encontradas em um estudo americano (6):

O exame físico pode diferenciar uma linfadenopatia inguinal de outras massas no tecido subcutâneo ou no cordão espermático. A USG orienta a diferenciação de componentes sólidos e císticos, e na profundidade, uma vez que geralmente a lesão é livremente móvel e não adere a pele (5).

Seu crescimento é imprevisível e pode ser rápido no início da vida, diminuindo a velocidade após os 5 anos de idade, entretanto sem encontrar casos de involução ou metástases (2,3). Este comportamento mostra a necessidade do tratamento de escolha ser a exérese da lesão com margens livres (2,7). Tratando-se de uma doença benigna, ao poupar tecido testicular saudável, aumenta-se a



13 A -Tecido fibro-colagenoso. 13 B - Células adiposas de permeio a tecido fibro-colagenoso e vasos sanguíneos. 13 C - Aglomerados de células do tipo mesenquimal primitiva junto a vasos sanguíneos. Coloração: H&E; A: X100; B: X100; C: X100.

Tabela 1: Localizações mais comuns dos hamartomas fibrosos na infância.

Localização	Total de casos (145)
Axila	25 (17%)
Costas	24 (16%)
Membro superior	20 (14%)
Escroto	13 (9%)

Al-Ibraheemi et al (2017)

chance de preservar a função reprodutora futuramente (2), uma vez que, uma mínima doença residual pode ser aceita em casos selecionados (7).

Na avaliação histopatológica a identificação do componente mesenquimal imaturo facilita o diagnóstico (2), e a presença de trabéculas de tecido fibroso entreposto com gordura em padrão organizado pode indicar hamartoma fibroso da infância (1,3). Sua morfologia é trifásica, com proporções variadas de tecido fibroblástico, mesenquimal e adiposo. São mal definidas com variações mixóides, trabéculas fibrosas com feixes de células fusiformes espalhadas entre os feixes de colágeno, com mitoses raras e sem atípicas. Contudo, o Hamartoma Fibroso pode apresentar-se com ausência dos padrões típicos da morfologia trifásica em uma biópsia, imitando o sarcoma (2).

Neste relato encontramos semelhanças com outro caso descrito na Croácia, apresentando lesão muito similar, em região supra escrotal direita, com ausência de linfonodomegalia regional e que após ressecção cirúrgica com margens livres evoluiu sem recidiva (8).

Apesar da recorrência de tumores benignos estarem em torno de 15 % (2,3,7), podendo chegar a 1% em centros especializados (2), nos casos de recidiva, se uma reabordagem cirúrgica não for viável, deve-se optar pela estratégia do “esperar para ver” (7).

PERSPECTIVAS DO PACIENTE

Retirar completamente o “tumor”.

PERSPECTIVAS DA EQUIPE

Ressecar completamente a lesão obtendo margens livres e com melhor resultado estético possível.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Assinado pelo responsável (pai) do paciente.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS:

1. Reye RD. A consideration of certain subdermal fibromatous tumours of infancy. *J Pathol Bacteriol.* 1956;72:149–54. <https://doi.org/10.1002/path.1700720120>
2. Cabrera LM, Ruiz RS, González YCP, Mentzel T, Velasco ML. Hamartoma fibroso de la infancia: una serie de 21 casos y revisión de la literatura. *ACTAS Dermo-Sifiliográficas* 112 (2021) 520---527. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.12.002>
3. Vilela VM, Ribeiro VM, Paiva JC, Pires DD, Santos LS. Caracterização clínica e radiológica do hamartoma fibroso da infância. *Radiol Bras* 50 (3), May-Jun 2017. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0085>

4. Santos M, Nois J, Flores P, Garzon L, Freitas P, Mendoza I, et al. Multicenter retrospective study on benign testicular tumors in children: save as much as you can.....please. *Pediatric Surgery International* (2023) 39:162. DOI: 10.1007/s00383-023-05444-8
5. Popek EJ, Montgomery EA, Fourcroy JL. Fibrous Hamartoma of infancy in the genital region: findings in 15 cases. *The Journal of Urology*. Vol. 152, 990-993, September 1994. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)32639-3
6. Ibraheemi AA, Martinez A, Weiss SW, Kozakewich HP, Atayde ARP, Tran H, et al. Fibrous hamartoma of infancy: a clinicopathologic study of 145 cases, including 2 with sarcomatous features. *Modern Pathology* (2017) 30, 474–485. DOI: 10.1038/modpathol.2016.215
7. CarrettZ E, Dall’igna P, Aaggio R, Siracusa F, Granata C, Ferrari A, et al. Fibrous hamartoma of infancy: an Italian multi-institutional experience. *J Am Acad Dermatol*. 2006 May; 54(5):800-3. DOI: 10.1016/j.jaad.2005.11.1076
8. Stepancec H, Kokot Z, Keretic D, Radikovic S. Fibrous Hamartoma of Infancy in the Scrotum. *Eur J Pediatr Surg Rep* 2019; 7:100–103. DOI: 10.1055/s-0039-1697924

AUTOR CORRESPONDENTE***Sávio Valadares Ferreira***

Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, 1600, apto 152.

Bairro Jardim Tarraf II,

S. J. do Rio Preto, SP, 15092-415, Brasil

E-mail: savival@gmail.com