



DE MIOMA A FIBROMATOSE DESMOIDE: UM RELATO DE CASO NO CONTEXTO GESTACIONAL¹

*Julia Wontroba Lemos², Maria Eugênia Candaten³, Maria Paula Niewinski de Moura⁴,
Rafaela Kirchner Piccoli⁵*

² Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), Ijuí, Brasil, julia.wontroba@sou.unijui.edu.br.

³ Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), Ijuí, Brasil, maria.candaten@sou.unijui.edu.br.

⁴ Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), Ijuí, Brasil, maria.moura@sou.unijui.edu.br.

⁵ Médica Oncologista Clínica e Docente, graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com especialidade em Oncologia pelo Hospital Mãe de Deus (HMD), Porto Alegre, Brasil, rafaela.piccoli@unijui.edu.br.

RESUMO

Introdução: A fibromatose desmoide é uma neoplasia benigna rara, localmente agressiva, de difícil diagnóstico, especialmente durante a gestação. **Objetivo:** Relatar um caso de fibromatose desmoide diagnosticada no puerpério, inicialmente confundida com mioma uterino. **Método:** Trata-se de um relato de caso clínico, descritivo e retrospectivo, baseado em prontuário médico e embasado por revisão da literatura em bases como PubMed e SciELO. **Resultado:** A Tomografia Computadorizada (TC) mostrou massa sólido-cística pélvica com hidronefrose bilateral. Biópsia e imuno-histoquímica confirmaram fibromatose desmoide. A paciente realizou radioterapia e apresentou efeitos adversos leves, com suporte nutricional. Evoluiu estável e segue em acompanhamento semestral. **Conclusão:** O caso destaca a importância da investigação adequada de massas pélvicas no puerpério e do diagnóstico diferencial da fibromatose desmoide.

INTRODUÇÃO

A fibromatose desmoide é uma neoplasia benigna, porém localmente agressiva, originada de fibroblastos e caracterizada por infiltração tecidual e alta taxa de recorrência local, apesar de não apresentar potencial metastático (MARTINS, A. P. V. et al., 2023). É uma condição rara, correspondendo a menos de 3% de todos os tumores de partes moles, e sua etiologia pode estar relacionada a fatores genéticos, hormonais e traumáticos, incluindo cirurgias prévias e gestação. O diagnóstico é frequentemente desafiador devido à apresentação clínica inespecífica e à semelhança com outras massas abdominais, como miomas uterinos (Ravi, V. et al., 2024).



Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 34 anos, que, durante a gestação, apresentou edema em membro inferior esquerdo (MIE) e suspeita inicial de mioma uterino. Submetida a cesariana de emergência devido a descolamento de placenta, manteve o quadro de edema em MIE no pós-parto, sendo posteriormente diagnosticada com trombose venosa profunda (TVP). A dificuldade na visualização das imagens durante a investigação vascular levou à identificação de uma lesão expansiva em pelve, posteriormente diagnosticada como fibromatose desmoide por meio de biópsia e estudo imuno-histoquímico.

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de fibromatose desmoide diagnosticada no puerpério, inicialmente confundida com mioma uterino, destacando os desafios diagnósticos, terapêuticos e a importância do acompanhamento multidisciplinar.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como um relato de caso clínico de natureza descritiva e retrospectiva. As informações analisadas foram obtidas a partir de registros em prontuário médico do paciente. A discussão do caso fundamentou-se na revisão do prontuário, consulta à literatura científica, incluindo livros e periódicos, e pesquisas em bases de dados como PubMed e SciELO.

CASO CLÍNICO

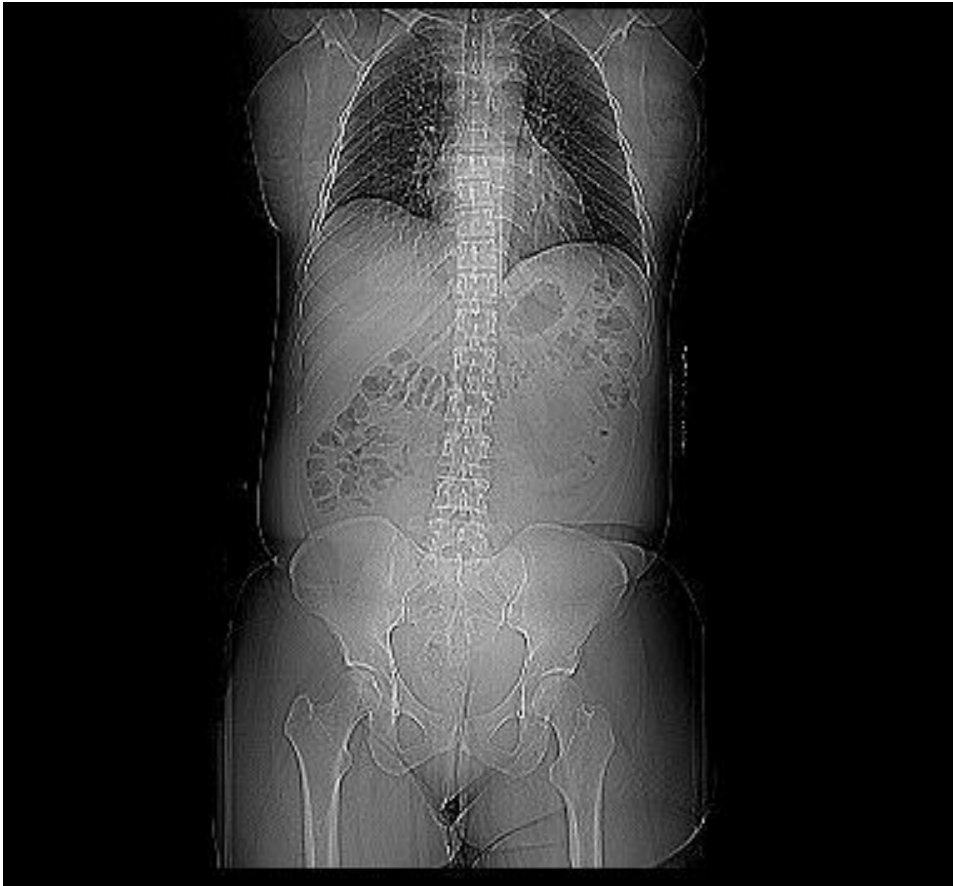
R. P. A., 34 anos, feminino, encaminhada para o serviço de oncologia por massa abdominal maior de vinte centímetros.

Paciente, hígida, apresentou edema em membro inferior esquerdo durante a gestação. Foi encaminhada para o médico vascular e posteriormente foi diagnosticada e tratada para trombose venosa profunda (TVP). Paralelamente ao quadro, por meio do acompanhamento de consultas pré-natal, a gestante apresentou massa abdominal à esquerda. Através dos exames realizados, suspeitou-se de mioma uterino. No entanto, as imagens não puderam ser visualizadas adequadamente devido ao tamanho da massa presente. A paciente realizou cesariana de emergência devido a descolamento de placenta. Posteriormente, foi encaminhada ao pronto socorro para investigação adicional, sendo diagnosticada com massa



tumoral. Iniciou a investigação com a realização de exames de imagem como: ultrassonografia (USG) de pelve, tomografia computadorizada (TC) de abdome, biópsia e imunoistoquímico. USG realizado sugeriu prosseguimento da investigação. A TC de abdome apontou lesão expansiva sólido-cística na pequena pelve esquerda, com dimensões aproximadas de 14,0 x 12,0 cm, que se estende para a região pararretal esquerda, iliopsoas ipsilateral e medialmente, provocando desvio do útero para a direita; densificação leve da gordura mesentérica adjacente; presença de múltiplas linfonodomegalias retroperitoneais, sendo a maior delas de 15,0 mm. A lesão causa hidronefrose bilateral, mais pronunciada à esquerda. A biópsia e o imunohistoquímico sugeriram Fibromatose do tipo desmóide. A paciente realizou Radioterapia (RT) Radical de lesões pélvicas e margens de 22/07/2024 a 04/09/2024. Nesse período, apresentou queixas de inapetência e náuseas. Realizou consulta com nutricionista, recebendo orientações para melhora do quadro. Em janeiro de 2025, a paciente veio para acompanhamento do quadro e referiu sentir-se bem. A doença está estável e não realiza tratamento sistêmico por ora. Realiza acompanhamento semestral a partir do momento descrito.

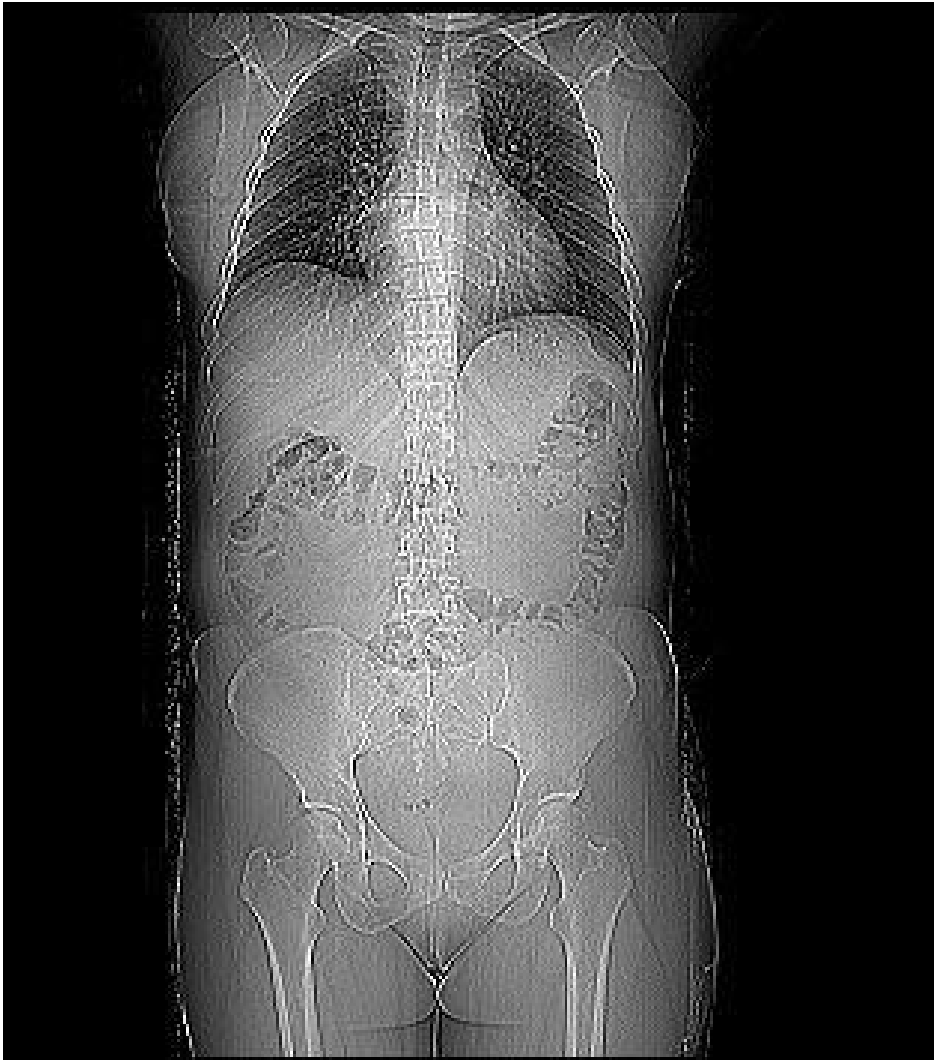
RESULTADOS



R. P. A., 34 anos.

Tomografia Computadorizada de abdome sem contraste (MAIO): volumosa lesão expansiva sólido cística na pequena pelve à esquerda, medindo aproximadamente 14,0 x 12,0 cm, estendendo-se para região pararretal esquerda bem como iliopsoas ipsilateralmente e medialmente determinando desvio uterino superior e lateral à direita. A lesão descrita determina importante hidronefrose bilateral mais evidente à esquerda.

Fonte: prontuário médico.



R. P. A., 34 anos.

Tomografia Computadorizada de abdome sem contraste (DEZEMBRO):

Em comparação com o exame realizado em maio, apresentou leve redução das dimensões da lesão sólido-cística na pequena pelve esquerda estendendo para planos musculares adjacentes e com sinais de envolvimento superior a 180 graus da artéria ilíaca externa esquerda e interna lateralmente.

Fonte: prontuário médico.

DISCUSSÃO



Os tumores desmóides representam uma entidade rara de origem monoclonal caracterizada por comportamento localmente agressivo e incapacidade de metastatizar (Ortega, D. Y. G. et al., 2020). Apesar dos esforços extensivos de pesquisa, a etiologia exata da fibromatose do tipo desmoide permanece indefinida (Xie, J. et al., 2023). Sobre a classificação, a fibromatose do tipo desmoide pode ser ordenada em tipos esporádicos e hereditários, e classificada em extra-abdominais e abdominais.

O tipo abdominal é mais comum e é dividido em superficial, quando o tumor se desenvolve junto à musculatura abdominal, e em intra-abdominal, quando o tumor se desenvolve dentro da cavidade abdominal ou pélvica. Os extra-abdominais são mais frequentemente observados em ombro, parede torácica e joelho, e estão sempre confinados à musculatura ou aponeurose. (Valejo, F.A.M. et al., 2009).

A maioria dos tumores desmóides são neoplasias de crescimento lento, que não metastatizam, mas invadem agressivamente os tecidos e órgãos circundantes e podem comprimir as estruturas circundantes (JNH Sturt et al., 2006)

Esses tumores afetam principalmente a faixa etária mais jovem. (Mestre, S. R. et al., 2024). No Brasil, há informações limitadas sobre a epidemiologia de pacientes diagnosticados com tumores de tecidos moles, incluindo fibromatose desmoide (Da Silva, C. et al., 2024).

Conforme análise univariada e multivariada para sobrevida livre de progressão de tumores desmóides, trinta e três (7,7%) desmóides da parede abdominal ocorreram em mulheres em idade fértil durante ou logo após a gravidez (Sébastien et al., 2011).

A maioria dos tumores desmóides se manifestam como uma massa indolor ou minimamente dolorosa solidamente estabelecida com histórico de crescimento lento (Valejo, F.A.M. et al., 2009). Os desmóides intra-abdominais podem se apresentar com náusea, saciedade precoce, obstrução intestinal, isquemia intestinal ou deterioração funcional em uma anastomose ileoanal. Além disso, desmóides que se desenvolvem no tronco ou extremidade podem se apresentar como uma massa de crescimento lento e geralmente indolor (Ravi, V. et al., 2024).

O diagnóstico é complexo em virtude da apresentação clínica inespecífica e da similaridade com outras formações abdominais. Embora a histologia seja o padrão ouro para o diagnóstico, as modalidades de imagem representam a ferramenta básica no processo de diagnóstico



desses tumores. Alguns métodos de imagem como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética são utilizados para o diagnóstico de tumores desmoides (JNH Sturt et al., 2006).

Essas técnicas também podem ser usadas para orientar intervenções minimamente invasivas e monitorar sua eficácia no tratamento (Zubor, P. et al., 2024).

Sabe-se que as características observadas na ultrassonografia são, em muitos casos, inespecíficas e insuficientes para a definição diagnóstica precisa. Nesse viés, massas sólidas localizadas na parede abdominal com grande diâmetro podem demonstrar sobreposição de imagem com o útero gravídico aumentado, dificultando assim a distinção entre essas estruturas por métodos de imagem convencionais.

O tratamento pode envolver cirurgia, radioterapia e, em alguns casos, terapias farmacológicas, dependendo da localização e do comportamento do tumor.

A cirurgia para tumores desmóides intra-abdominais costuma ser mais agressiva e associada a aumento da morbidade e mortalidade, ao passo que a ressecção de extra-abdominais é considerada fácil e segura. (Latchford AR et al., 2006)

O prognóstico é imprevisível, com alguns casos apresentando remissões espontâneas e outras recorrências após cirurgia (Da Silva, C. et al., 2024).

Apesar da ausência de metástase, os tumores desmoides exibem invasão local, levando a morbidade grave (Mestre, S. R. et al., 2024). Portanto, apesar da posição peculiar entre tumores benignos e malignos, os desmoides podem torna-se potencialmente perigosos.

A apresentação clássica durante a gravidez é uma massa abdominal separada do útero (Ravi & Patel, 2011). A localização mais comum dos desmoides que ocorrem durante a gravidez é dentro da parede abdominal (Johner, Amanda et al., 2009).

No entanto, sabe-se que o crescimento agressivo de um tumor desmoide durante a gravidez é uma ocorrência rara (Johner, Amanda et al., 2009).

Ademais, a fibromatose desmoide associada à gravidez é geralmente associada a bons resultados. Em mulheres com histórico de um desmoide que se desenvolveu durante a gravidez e foi ressecado, o risco de recorrência é baixo (Ravi & Patel, 2011).



Em um estudo retrospectivo com 92 mulheres diagnosticadas com desmoides, nenhuma complicação obstétrica foi diretamente atribuída à presença desses tumores. A maioria (90%) dos pacientes que desenvolveram um desmoide durante a gravidez foram tratadas com observação vigilante. Em pacientes com histórico de desmoides antes da gravidez, 42% desenvolveram recidiva ou progressão. No entanto, mais de 90% foram tratados com ressecção ou vigilância. (Fiore M, Coppola S, Cannell AJ, 2014). Portanto, o risco de progressão durante a gravidez é alto, no entanto, pode ser manejado de maneira segura. Além disso, apresentar fibromatose do tipo desmóide não aumenta o risco obstétrico e não contra indica futuras gestações.

A ocorrência de uma nova gestação não constitui, necessariamente, um fator de risco significativo para a recorrência tumoral ou para o surgimento de novos focos de fibromatose desmoide em mulheres previamente diagnosticadas com a forma gestacional da doença (De Cian F et al., 1999). No entanto, é importante destacar as limitações dos dados disponíveis, tanto pela escassez de casos descritos na literatura quanto pela antiguidade de grande parte desses relatos, que podem comprometer a aplicabilidade das informações.

Os leiomiomas uterinos são tumores benignos comuns em mulheres em idade fértil e podem influenciar a gestação, ao mesmo tempo em que ela também pode alterar o comportamento desses miomas. Embora a maioria das gestantes com miomas não apresente complicações, há um leve aumento no risco de problemas obstétricos, especialmente quando os miomas são múltiplos, grandes ou localizados atrás da placenta (Ouyang D. W. et al., 2024).

A variação volumétrica dos miomas durante a gestação parece estar associada a alterações hormonais, especialmente nos níveis de estrogênio, progesterona e gonadotrofina coriônica humana, bem como a modificações no fluxo sanguíneo uterino (Paiva, S.P.C. et al, 2020).

Conforme um estudo de coorte prospectivo conduzido com cerca de 2.800 gestantes nos Estados Unidos demonstrou que miomas de pequeno diâmetro (<1 cm) tendem a aumentar, enquanto miomas grandes (>3 cm) geralmente apresentam redução, e os de tamanho intermediário (1 a 3 cm) permanecem estáveis ao longo da gestação (Ouyang D. W. et al., 2024). Dessa forma, esses achados evidenciam que o comportamento dos miomas durante a gestação variam conforme seu tamanho inicial.



Outrossim, o mesmo estudo demonstrou que o volume inicial dos miomas foi fundamental na evolução de crescimento ou regressão, além de fatores maternos como idade, etnia, paridade e histórico de abortos espontâneos. No puerpério, aproximadamente 90% dos miomas identificados no primeiro trimestre tendem a regredir entre três a seis meses após o parto, embora uma parcela menor (cerca de 10%) apresente aumento de volume (Ouyang D. W. et al., 2024).

Os leiomiomas uterinos e a fibromatose desmóide são neoplasias benignas, porém apresentam comportamentos clínicos e histogênese distintos. Os miomas, de origem no tecido muscular liso uterino, são bastante prevalentes em mulheres em idade reprodutiva. Em contraste, a fibromatose desmoide é uma condição rara, derivada de fibroblastos e miofibroblastos, podendo manifestar-se em múltiplas localizações anatômicas, como a parede abdominal, a pelve ou os membros. A semelhança entre essas lesões pode dificultar o diagnóstico diferencial, especialmente em contextos como a gestação, período no qual ambos os tumores podem sofrer influência hormonal.

Apesar da natureza benigna, o comportamento biológico dessas lesões é divergente. Miomas geralmente apresentam crescimento autolimitado e tendem à involução espontânea após a menopausa. Por outro lado, os tumores desmóides, embora não apresentem potencial metastático, caracterizam-se por invasão local agressiva e elevada taxa de recorrência. O diagnóstico diferencial pode ser desafiador, exigindo correlação clínica, de imagem e, frequentemente, confirmação histopatológica (Kasper, B. et al., 2011). Portanto, as diferenças mencionadas reforçam a importância da avaliação criteriosa e do diagnóstico preciso para o adequado manejo clínico dessas condições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fibromatose desmoide, apesar de benigna, representa um grande desafio diagnóstico e terapêutico, sobretudo quando associada à gestação. A complexidade dessa condição reside em seu comportamento localmente agressivo, capacidade de compressão de estruturas adjacentes e semelhança clínica com outras massas pélvicas, como os miomas uterinos. O caso relatado evidencia como manifestações clínicas inespecíficas atrasam o diagnóstico e,



consequentemente, comprometem o início do tratamento adequado, afetando o bem-estar físico e emocional da paciente.

Dessa forma, observa-se a importância da investigação precoce de massas abdominais durante o ciclo gravídico-puerperal, com o objetivo de minimizar prejuízos ao desenvolvimento funcional e à qualidade de vida da mulher. Além disso, a abordagem multidisciplinar e o acompanhamento longitudinal configuram-se como elementos indispensáveis no manejo da doença, garantindo suporte clínico e psicossocial à paciente e sua família. O conhecimento ampliado sobre a fibromatose desmoide permite diagnósticos diferenciais mais precisos e intervenções terapêuticas mais eficazes.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia benigna; Diagnóstico; Massa pélvica; Tumor de partes moles; Gravidez.

REFERÊNCIAS

Cian F, Delay E, Rudigoz RC, Ranchère D, Rivoire M. Tumor desmoide surgindo em uma cicatriz de cesariana durante a gravidez: monitoramento e tratamento. *Gynecologic Oncology*. 1999;75(1):145–148. doi: 10.1006/gyno.1999.5539.

Da Silva C, Pinto FFE, Lopes A, et al. Clinical and epidemiologic evaluation of desmoid tumors in a Brazilian sarcoma reference center. *Acta Ortop Bras*. 2024;32(2):e274225. Published 2024 Jun 24. doi:10.1590/1413-785220243202e274225.

Fiore M, Coppola S, Cannell AJ, et al. Desmoid-type fibromatosis and pregnancy: a multi-institutional analysis of recurrence and obstetric risk. *Ann Surg*. 2014;259(5):973-978. doi:10.1097/SLA.0000000000000224.

Garcia-Ortega DY, Martín-Tellez KS, Cuellar-Hubbe M, et al. Desmoid-Type Fibromatosis. *Cancers (Basel)*. 2020;12(7):1851. Published 2020 Jul 9. doi:10.3390/cancers12071851.



Johner A, Tiwari P, Zetler P, Wiseman SM. Tumores desmoides da parede abdominal associados à gravidez: conceitos atuais. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2009.

Kasper B, et al. Desmoid tumors: clinical features and treatment options for advanced disease. *The Oncologist.* 2011;16(5):682–693. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3228056/>. Acesso em: 9 abr. 2025.

Latchford AR, et al. A 10-year review of surgery for desmoid disease associated with familial adenomatous polyposis. *Br J Surg.* 2006;93(10):1258-1264. doi:10.1002/bjs.5425.

Martins APV, et al. Desmoid tumor mimicking uterine fibroid in pregnancy: case report and literature review. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2023;45:367-373. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/9DYP9bLFmygcpvQgTNLjrws/>. Acesso em: 9 abr. 2025.

Master SR, Mangla A, Shah C. Desmoid Tumor. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; March 1, 2024.

Paiva, S.P.C. et al. Miomas Uterinos e Gravidez: implicações e abordagens. *Rev Médica de Minas Gerais.* 2020. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2690#>. Acesso em: 5 abr. 2025.

Ravi V. Desmoid tumors: Epidemiology, molecular pathogenesis, clinical presentation, and diagnosis. *UpToDate.* 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/desmoid-tumors-epidemiology-molecular-pathogenesis-clinical-presentation-and-diagnosis>. Acesso em: 3 abr. 2025.



Salas S, Dufresne A, Bui B, et al. Prognostic factors influencing progression-free survival determined from a series of sporadic desmoid tumors: a wait-and-see policy according to tumor presentation. *J Clin Oncol.* 2011;29(26):3553-3558. doi:10.1200/JCO.2010.33.5489.

STURT, J. N. H.; CLARK, S. K.; GUPTA, S.; et al. Ideias atuais em tumores desmoides. *Câncer Familiar.* Disponível em: pubmed. Acesso em: 27 mar. 2025.

UTERINE fibroids (leiomyomas): Issues in pregnancy. UpToDate. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-issues-in-pregnancy>. Acesso em: 9 abr. 2025.

Valejo FAM, Tiezzi DG, Nai GA. Tumor desmoide abdômino-pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(1):35–40. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000100007>.

Zubor P, Henriksen CM, Økstad ME, et al. Desmoid Fibromatosis of the Anterior Abdominal Wall in Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. *Diseases.* 2024;12(1):27. Published 2024 Jan 17. doi:10.3390/diseases12010027.