

CASO CLÍNICO

SCHWANNOMA CERVICAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO CERVICAL SCHWANNOMA: CASE REPORT

João Elói Moura*, Fernando Rodrigues**, José Bastos***, Jorge Quadros***, Manuel Filipe Rodrigues****

RESUMO:

O schwannoma é um tumor benigno de crescimento lento, encapsulado, maioritariamente assintomático, que surge de células da bainha de Schwann de nervos motores, sensitivos ou cranianos.

Os autores vêm relatar um caso clínico de um Schwannoma cervical, cujo doente apresentava uma clínica recente de disfagia alta, tendo o seu diagnóstico sido confirmado por exame histológico, após excisão cirúrgica completa.

É apresentada uma revisão da literatura sobre os Schwannomas de apresentação cervical.

Apesar da baixa incidência dos Schwannomas a nível cervical, eles devem ser sempre tidos em conta em formações cervicais capsuladas e assintomáticas. O seu diagnóstico é exclusivamente histológico e a sua terapêutica cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE:

Schwannoma; Schwannoma Cervical; Disfagia alta.

ABSTRACT:

The schwannoma is a benign lesion, encapsulated, usually asymptomatic, slowgrowing and arises from sensitive, motor or cranial nerve sheath

The authors describe a clinical case of cervical schwannoma in a 51 years old male patient referring dysphagia. The diagnosis was made by histological exam after complete surgical resection.

A revision of the literature about cervical schwannomas is done by the authors.

These rare tumours might be thought in differential diagnosis of cervical asymptomatic tumours.

The diagnosis is histological and the treatment is surgical.

KEY-WORDS:

Schwannoma; Cervical Schwannoma; Upper Dysphagia.

Dr. João Elói Moura

Serviço de Imunopatologia do Centro Hospitalar de Coimbra

Urb. Quinta da Fonte, Lote 22, 2ªA - 3030-383 COIMBRA

Tel.: 96 665 55 20

Email: jeloimoura@iol.pt/jeloimoura@chc.min-saude.pt

INTRODUÇÃO

Os schwannomas (também apelidados de neurinomas ou neurileiomas) são tumores de origem neurogénica, que surgem das células de Schwann.

Na sua forma clássica têm uma apresentação benigna, não recorrente, sem preferência sexual e mais comuns na idade adulta.

São tumores de distribuição variada, e incluem localizações como os nervos cranianos (a mais comum do VIII par), nervos periféricos, osso e trato gastrointestinal.

Os autores descrevem um caso clínico de apresentação a nível cervical, cujo diagnóstico só foi obtido após excisão da massa e exame anatomo-patológico.

* Internista Complementar de ORL do CHC

** Chefe de Serviço de ORL do CHC

*** Assistente Graduado de ORL do CHC

**** Director do Serviço de ORL do CHC

Apresentação do caso clínico

J.E.F.S., sexo masculino, com 51 anos de idade, caucasiano, que recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Coimbra por sensação de corpo estranho na orofaringe/hipofaringe.

Trata-se de doente que iniciou um quadro de disfagia alta, ligeira, persistente, para sólidos e líquidos, quentes ou frios, localizada à esquerda a nível da orofaringe/hipofaringe, associada a noção de corpo estranho.

O quadro tinha tido início cerca de oito dias antes após uma refeição de bacalhau.

O exame otorrinolaringológico não revelou qualquer alteração a nível da orofaringe.

A laringoscopia indirecta mostrou uma tumefacção da parede lateral esquerda da hipofaringe, revestida por mucosa sem alterações patológicas, de contornos arredondados, empurrando a epiglote, mas ainda sem compromisso da via aérea.

Não se visualizava qualquer corpo estranho na hipofaringe.

A palpação do pescoço revelava a existência de uma massa na região submandibular esquerda de consistência dura, indolor.

Restante exame ORL sem alterações.

Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, fibrilhação auricular e hipercolesterolémia.

Sofre de esquizofrenia desde os 18 anos de idade. Patologias controladas por medicação.

Efectuou em 1975 uma cirurgia naso-sinusal por sinusite.

Nega hábitos tabágicos e alcoólicos.

O estudo tomodensitométrico computadorizado revelou uma formação ovalar, homogénea, encapsulada, de limites regulares, com cerca de 6cm de maior eixo (vertical), localizada na região parafaríngea esquerda.

Encontra-se posteriormente limitada pela coluna cervical, estando procidente na hipofaringe, ultrapassando a linha mediana para o lado oposto.

Foi efectuada uma laringoscopia directa sob anestesia geral que confirmou a ausência de qualquer corpo estranho na área estudada e uma consistência duro-elástica da formação

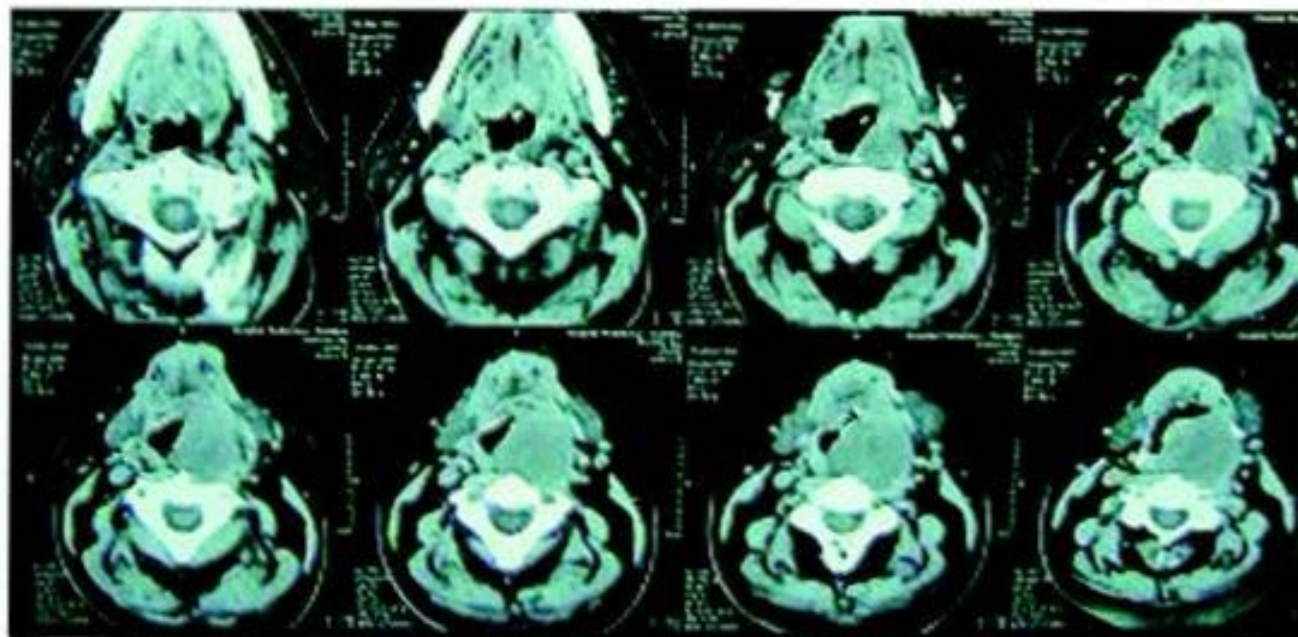


FIGURA 1 - TAC DA FARINGE - SEQUÊNCIA DE CORTES AXIAIS

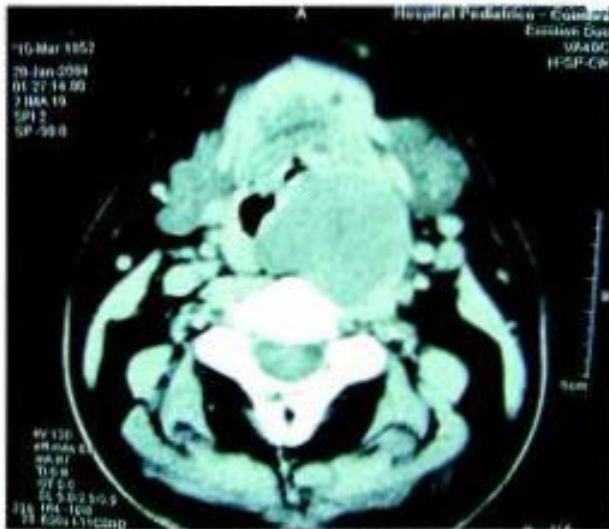


FIGURA 2 - TAC DA FARINGE
- AMPLIAÇÃO DE 1 CORTE AXIAL.

tendo a sua punção revelado tratar-se de uma estrutura sólida, excluindo-se a possibilidade de formação quística.

Perante a persistência do quadro clínico, foi efectuada exérese da formação tumoral por abordagem latero-cervical esquerda.

Foi realizada incisão longitudinal do bordo anterior do esternocleidomastoideu.

Abordagem da cápsula da glândula submandibular esquerda, tendo se procedido à sua exérese para exposição do tumor.

Foi efectuada o isolamento do rolo vasculo-nervoso do pescoço com laqueação das primeiras artérias colaterais da carótida externa, a fim de se expor a face antero-lateral do tumor em toda a sua extensão.



FIGURA 3: IMAGEM PER-OPERATÓRIA DA DISSECÇÃO CIRÚRGICA



FIGURA 4 - ASPECTO MACROSCÓPICO DO TUMOR

Dissecção do tumor, bem capsulado, que se apoiava sobre a coluna cervical e se expandia de forma sub-mucosa para a hipofaringe.

Efectuada exeresse do tumor na sua totalidade.

Efectuada sutura por planos, colocado dreno na loca cirúrgica e penso.

A peça operatória foi sujeita a estudo anatomo-patológico revelando macroscopicamente tratar-se de uma massa tumoral sólida, com 42 gr de peso, de superfície externa lisa lobulada, com 6x4x3 cm de maiores dimensões.

Ao exame histológico revelou tratar-se de um Schwannoma (neurilemoma).

O paciente evoluiu bem, com desaparecimento total das queixas, sem alterações respiratórias ou da deglutição.

Em consultas posteriores não foram observados sinais de recidiva ou tumor residual no seguimento de 1 ano.

DISCUSSÃO

O Schwannoma é uma classificação histológica dos tumores neurogénicos benignos, de crescimento lento da cabeça e do pescoço.

É um tumor que surge da bainha dos nervos, proveniente da proliferação das células de Schwann dos axónios dos nervos motores, sensitivos ou cranianos^{2,4,6,9}.

As células de Schwann são responsáveis pela deposição de mielina em volta do axónio dos nervos, constituída por uma substância lipídica de esfingomielina.

A mielina é responsável pelo aumento da velocidade de condução dos impulsos nervosos³.

A cabeça e o pescoço são de longe a localização mais frequente deste tipo de tumores, que podem surgir na face, cabeça, cavidade craniana, órbita, vestibulo nasal, cavidade oral, laringe ou no ouvido médio.

Por outro lado, os Schwannomas do pescoço, podem surgir do compartimento medial ou do compartimento lateral.

Aqueles surgem dos últimos quatro nervos cranianos (Glossofaríngeo, Vago, Acessório ou Hipoglosso) ou da cadeia simpática cervical.

Os tumores do compartimento lateral podem surgir dos ramos cutâneos ou musculares do plexo cervical ou do plexo braquial⁷.

Os Schwannomas são tumores com comportamento maioritariamente benigno, solitários e por norma não recorrentes.

Pode desenvolver-se em qualquer idade, tendo maior incidência entre os 20-50 anos de idade e apresentam-se com igual incidência nos dois sexos⁷.

O seu diagnóstico é exclusivamente histológico, apresentando-se como um tumor bem firme, encapsulado, composto por dois elementos em porções variáveis:

- Antoni A, constituída por células de Schwann monomórficas, alongadas, fusiformes com citoplasma pouco eosinofílico e núcleo basofílico, dispostas em paliçada;
- Antoni B, composta por células pleomórficas, irregulares, com citoplasma não conspícuo e com núcleo suspenso numa matriz mixóide ou microfísica^{2,10}.

São tumores de crescimento lento, podendo ter anos de evolução antes da sua identificação^{5,7}.

Clinicamente podem ser assintomáticos, apresentando-se como massas bem delimitadas, móveis e sendo por norma a sua sintomatologia resultante do efeito massa sobre as estruturas vizinhas.

Raramente têm dimensões superiores a 5 cm de diâmetro⁷.

A TAC tem grande capacidade diagnóstica das lesões neurogênicas da cabeça e pescoço.

O Schwannoma apresenta-se como uma lesão bem delimitada, que capta de forma homogênea o contraste¹⁰.

A RMN é também útil no estudo das estruturas nervosas adjacentes e nos tumores com componentes intra e extra-medulares.

Em relação ao tratamento é consensual que a excisão cirúrgica completa é a primeira escolha.

Em tumores de pequena dimensão, quando o nervo originário é identificado, o tumor destaca-se sem dificuldade, dependendo no entanto da sua localização, não deixando défices neurológicos^{1,2,7,9}.

No presente caso, todos os dados clínicos indicavam, numa primeira abordagem, a existência de um corpo estranho na orofaringe com um possível componente abcedado, apesar da ausência de febre e sintomas significativamente inflamatórios.

Excluindo, porém, aquela hipótese e por estarmos na presença de um tumor bem delimitado e capsulado, foi feita a sua excisão cirúrgica e procedeu-se ao seu diagnóstico histológico.

Um dado permanece ainda por responder: *qual o nervo de origem do Schwannoma?*

Como o doente não apresentava, nem apresenta (à data), nenhum défice neurológico, como é característico deste tipo de tumores, a resposta a esta pergunta torna-se muito difícil, apenas podendo fazer-se juízos especulativos sobre a real proveniência (um ramo do plexo braquial, do nervo glossofaríngeo ou de qualquer outro nervo que cursa nesta região).

CONCLUSÃO

À semelhança do Método Científico, o raciocínio Médico é mutável e inclui a equação sucessiva de problemas e respostas.

Apesar da baixa incidência dos Schwannomas a nível cervical, eles devem ser sempre tidos em conta em formações cervicais capsuladas e assintomáticas.

O seu diagnóstico é exclusivamente histológico e a sua terapêutica cirúrgica.

O nervo de origem é de determinação muito difícil e só a localização do tumor, os défices neurológicos e alterações dos exames electrofisiológico permitem indagar sobre o nervo afectado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Busto, E.; Lella, F. D.; Urquiola, F. - Tumores del Espacio Parafaríngeo. Rev. Clínico-Quirúrgica de ORL, vol 2, nº1, 2004.
- 2 Fletcher, C. D. M. - Diagnostic Histopathology of Tumors. 1ª ed, Churchill Livingstone, 1224-1228.
- 3 Guyton, Hall - Tratado de Fisiologia Médica, 9ª ed, Mc Graw-Hill, 75.
- 4 Melo, E. C. M., Tiago, R. S. L., Brasil, O. O. C. et al. Schwannoma of the larynx: case report. Rev. Bras. Otorrinolaringol., vol.70, no.2, p.268-271, 2004
- 5 Olsen KD. Tumors and surgery of the parapharyngeal space. Laryngoscope, vol 104(63): 1-28, 1994.
- 6 Paiva, S.; Costa, S.; Neves, J. C.; Amorim, M.; Gapo, C.; Morgadinho, A.; Sofia, C.; Paiva, A. - Neurinoma Naso-
- 7 -Geniano. Rev. Port. Otorrinolaringol Cir. Cervico-Facial, vol.42, nº1, 2004.
- 8 Shah, J - Head & Neck. Surgery & Oncology, 3ª ed, Mosby, 475-500.
- 9 Thurnher, D.; Quint, C.; Pammer, J.; Schima, W.; Knerer, B. - Dysphagia due to a large schwannoma of the oropharynx: case report and revision of literature. Arch Otolaryngol Head and neck Surg 128: 850-852.
- 10 Wax, M. K.; Shiley, S. G.; Robinson, J. L.; Weissman, J. L. - Cervical Sympathetic Chain Schwannoma. Laryngoscope, 114(12): 2210-2213, 2004.
- Zohar, Y.; Talmi, Y. P.; Gal, R.; Finkelstein, Y.; Halpern, M.; Tikvah, P.; - Patologic quiz case 1. Benign schwannoma of the parapharyngeal space. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 116: 360-362, 1990.