



Relato de Caso

Schwannoma gigante de nervo ulnar: relato de caso[☆]



André Sá Rodrigues*, Vitor Vidinha, Rui Pinto e Pedro Negrão

Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 6 de abril de 2016

Aceito em 17 de maio de 2016

On-line em 21 de fevereiro de 2017

Keywords:

Neoplasms

Wrist

Hand

Neurilemmoma

Ulnar nerve

Palavras-chave:

Neoplasias

Punho

Mão

Neurilemoma

Nervo ulnar

R E S U M O

Os schwannomas são os tumores benignos mais comuns dos nervos periféricos nos membros superiores. Embora muitos sejam assintomáticos, podem produzir um efeito de massa e assim comprimir os tecidos moles adjacentes ou interferir na função articular. Os autores apresentam um relato de caso e uma revisão de um caso de schwannoma gigante no nervo cubital.

© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Giant Schwannoma of ulnar nerve: case report

A B S T R A C T

Schwannomas are the most common benign neoplasms of the peripheral nerves in the upper limbs. Although many are asymptomatic, they can produce a mass effect, thus impinging against soft tissues or interfering with joint function. The authors present a case report and a review of a giant Schwannoma in the ulnar nerve.

© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2016.05.005>.

[☆] Estudo conduzido no Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal.

* Autor para correspondência.

E-mail: andresarodrigues@gmail.com (A.S. Rodrigues).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2016.05.016>

0102-3616/© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Os tumores neurais primários da extremidade superior são raros e representam menos de 5% das neoplasias dos tecidos moles dessa extremidade.¹⁻⁴ Entre os tumores de nervos periféricos, neurilemomas são os mais comuns^{5,6} e são popularmente conhecidos como schwannomas, uma vez que se originam na células de Schwann.⁷

São tumores não invasivos provenientes de bainhas nervosas periféricas e encapsulados por epineuro.⁶⁻⁸ Tendem a ocorrer em pacientes entre 30-60 anos, sem predisposição por etnia ou sexo.^{9,10} Como são tumores de crescimento lento que se apresentam como aumentos de volume indolores, podem levar anos sem o diagnóstico correto. O início dos sintomas é geralmente associado com a localização, e não com o tamanho do tumor, uma vez que os sintomas de compressão neural surgem com o crescimento da massa.¹¹

Embora a literatura apresente relatos de schwannomas indolores, dor espontânea ou dor após esforço, parestesia e fraqueza motora são as principais queixas. O sinal de Tinel está geralmente presente ao redor da massa.⁸⁻¹⁰

A simples remoção do tumor após dissecação cuidadosa é geralmente suficiente, uma vez que as taxas de recorrência e de transformação maligna são baixas.¹⁻⁴

No entanto, o diagnóstico e o posterior tratamento nem sempre são rápidos e precisos, o que pode levar a danos irreversíveis ao nervo afetado, com todas as consequências decorrentes.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico raro de schwannoma ulnar gigante do antebraço distal.

Métodos

Todos os procedimentos feitos em estudos que envolvem seres humanos foram aprovados pelo Comitê de Pesquisa e estão de acordo com a Declaração de Helsinque de 1964 e as suas alterações subsequentes ou padrões éticos comparáveis.

Os autores apresentam o caso de um homem destro de 50 anos, pedreiro, que se queixou de uma massa crescente com cinco anos de evolução do lado ulnar do antebraço distal (fig. 1). O paciente não apresentava histórico de trauma significativo e não tinha histórico médico relevante.

No exame físico, o paciente se queixou de dor e dormência no quarto e no quinto dedos, que aumentava durante a flexão do punho e dos dedos. Ele também se queixou de perda progressiva de força na mão esquerda. O nível de desconforto

reduzia cada vez mais sua capacidade de fazer atividades cotidianas.

O exame físico mostrou hipoestesia na região do nervo ulnar e sinal de Tinel positivo na massa ulnar. Apesar das queixas de fraqueza na mão, a força dos músculos intrínsecos da mão esquerda foi 5/5, sem evidência de perda de força ou amplitude de movimento.

O exame de ultrassom evidenciou um nódulo hipoeicoico, que sugeriu a possibilidade de um tumor gigante na bainha nervosa e que media 57 mm × 27 mm × 36 mm (volume de 29,4 cc).

O exame de ressonância magnética (RM) mostrou a área do nervo ulnar com uma massa fusiforme que media 73 mm × 35 mm × 27 mm. A massa apresentou hiperintensidade de sinal em T2 com realce por contraste heterogêneo, destacaram-se o sinal de gordura dividida e o sinal de cordão. Limites bem definidos foram observados, sem evidência de invasão de estruturas adjacentes. Essas características eram compatíveis com a suspeita clínica de schwannoma e, portanto, a cirurgia foi proposta.

Resultados

Com uso de torniquete estéril, dissecação assistida com ampliação por lupa foi usada na abordagem do tumor. Fez-se uma incisão longitudinal centrada na massa; o primeiro passo foi identificar o nervo proximal e distal ao tumor, o que reduziu lesões e neuropraxia por tração. Em seguida, a dissecação foi iniciada com a ajuda de microscópio cirúrgico (fig. 2).

Uma incisão longitudinal foi criada entre o nervo e a bainha do tumor. Uma vez identificada a camada externa do tumor, estabeleceu-se um plano entre o nervo e a parede do tumor. Uma dissecação lenta, cautelosa e circunferencial foi feita para a remoção do tumor (fig. 3).

Quando o tumor foi removido, o nervo foi aferido para garantir a ausência de lesão, o torniquete liberado e hemostasia rigorosa concluída. Um dreno foi usado e a equipe optou pela imobilização do antebraço.

O exame macroscópico mostrou uma formação nodular com 35 g e 7,5 cm × 3,5 cm × 2,7 cm, cuja superfície externa era suave e amarelada. O exame microscópico mostrou que o neoplasma era composto de células fusiformes com ligeira atipia, às vezes dispostas em feixes. Na periferia do tumor foram observados fragmentos de fibras de mielina. O tumor estava encapsulado e as margens da excisão estavam limpas. Observou-se necrose com índice mitótico muito baixo (< 1/110CGA). Estudo imuno-histoquímico (I13/804) indicou



Figura 1 – Tumefação volar antes da cirurgia.



Figura 2 – Incisão cirúrgica e abordagem ao tumor.

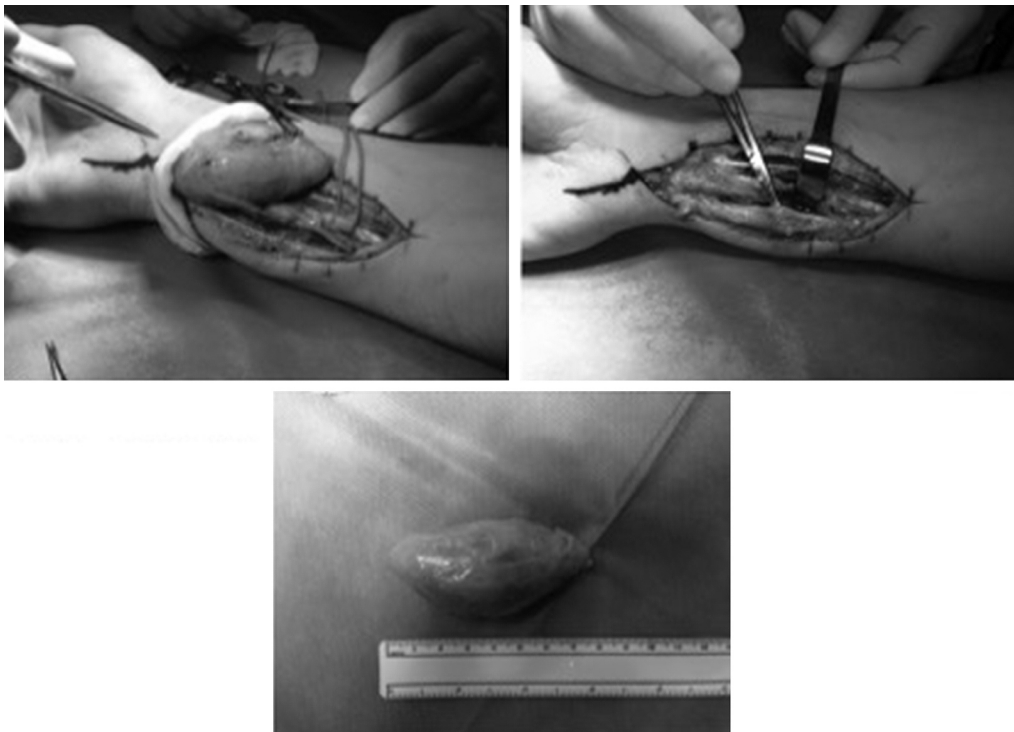


Figura 3 – Excisão cirúrgica do tumor.

marcação difusa nas células descritas para vimentina e proteína S100.

Todas essas descobertas indicavam um tumor benigno das bainhas dos nervos, muito provavelmente um schwannoma.

O paciente permaneceu hospitalizado por dois dias após a cirurgia. O resultado da operação foi bom, sem registro de complicações. Além disso, o paciente não necessitou de fisioterapia.

Seis meses após a cirurgia, o paciente estava muito satisfeito com os resultados, apresentava função motora e sensorial ulnar completa sem dor ou parestesias. A sensação subjetiva de fraqueza na mão também desapareceu.

Discussão

Apesar de raros, devem-se incluir tumores no diagnóstico diferencial de massas nos membros superiores. É importante

lembrar que o schwannoma é o tumor mais comum nesses casos.

Embora a maioria desses tumores apresentem sinal de Tinel positivo, parestesias e mobilidade transversal, a identificação clínica é de certa forma subjetiva e, por essa razão, são frequentemente diagnosticados erroneamente devido a semelhanças com outros tumores de tecidos moles, como lipoma, fibroma, gânglio ou xantoma.^{9,12}

Os neurofibromas, em particular, não podem ser distinguidos dos schwannomas, apesar de suas diferenças. Neurofibromas solitários crescem intraneuralmente e infiltram-se nos nervos; nesses casos, provavelmente será necessário ressecar total ou parcialmente os nervos e produzir déficit neurológico.¹¹

É importante ter o diagnóstico preciso da massa, uma vez que este determina não apenas o procedimento cirúrgico a ser executado, mas também as informações e expectativas que podem ser passadas ao paciente.

Assim, o uso de ultrassom ou ressonância magnética pode ajudar a diferenciar algumas patologias. No entanto, nem a ressonância magnética nem a ultrassonografia são 100% precisas para diferenciar neurofibromas e schwannomas.¹³

Este relato apresentou o caso de um schwannoma ulnar no punho, o que é bastante raro. Foi feita uma incisão na cápsula e a massa foi removida intracapsularmente, como em outras séries.^{10,14}

Conforme descrito em artigos anteriores, os autores entendem que o risco de dano neural é menor com a enucleação intracapsular.¹¹ Neste caso, não se observou evidência de qualquer envolvimento fascículos nervosos com o tumor, o que é ainda mais raro.

De acordo com a literatura, os resultados apresentados foram excelentes, confirmados pelo acompanhamento pós-operatório com melhoria completa dos sintomas.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Holdsworth BJ. Nerve tumours in the upper limb. A clinical review. *J Hand Surg Br.* 1985;10(2):236-8.
2. Phalen GS. Neurilemmomas of the forearm and hand. *Clin Orthop Relat Res.* 1976;114:219-22.
3. Strickland JW, Steichen JB. Nerve tumors of the hand and forearm. *J Hand Surg Am.* 1977;2(4):285-91.
4. Whitaker WG, Droulias C. Benign encapsulated neurilemoma: a report of 76 cases. *Am Surg.* 1976;42(9):675-8.
5. Forthman CL, Blazar PE. Nerve tumors of the hand and upper extremity. *Hand Clin.* 2004;20(3):233-42.
6. Das Gupta TK, Brasfield RD, Strong EW, Hajdu SI. Benign solitary Schwannomas (neurilemmomas). *Cancer.* 1969;24(2):355-66.
7. Tang CY, Fung B, Fok M, Zhu J. Schwannoma in the upper limbs. *Biomed Res Int.* 2013;2013:167-96.
8. White NB. Neurilemmomas of the extremities. *J Bone Joint Surg Am.* 1967;49(8):1605-10.
9. Kang HJ, Shin SJ, Kang ES. Schwannomas of the upper extremity. *J Hand Surg Br.* 2000;25(6):604-7.
10. Artico M, Cervoni L, Wierzbicki V, D'Andrea V, Nucci F. Benign neural sheath tumours of major nerves: characteristics in 119 surgical cases. *Acta Neurochir (Wien).* 1997;139(12):1108-16.
11. Ozdemir O, Ozsoy MH, Kurt C, Coskunol E, Calli I. Schwannomas of the hand and wrist: long-term results and review of the literature. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2005;13(3):267-72.
12. Kececi Y, Gurler T, Gundogan H, Bilkay U, Cagdas A. Benign giant schwannoma located in the upper arm. *Ann Plast Surg.* 1997;39(1):100-2.
13. Tanabe K, Tada K, Ninomiya H. Multiple schwannomas in the radial nerve. *J Hand Surg Br.* 1997;22(5):664-6.
14. Tang JB, Ishii S, Usui M, Naito T. Multifocal neurilemmomas in different nerves of the same upper extremity. *J Hand Surg Am.* 1990;15(5):788-92.