

Schwannoma of the nasal septum: evaluation of unilateral nasal mass

Schwannoma de septo nasal: avaliação de massa nasal unilateral

Henrique Furlan Pauna¹, Guilherme Machado de Carvalho², Alexandre Caixeta Guimarães¹,
Rebecca Christina Kathleen Maunsell³, Eulália Sakano⁴

Keywords: nasal septum; neuroma acoustic; otorhinolaryngologic neoplasms.

Palavras-chave: neoplasias otorrinolaringológicas; neuroma acústico; septo nasal.

INTRODUÇÃO

O schwannoma é um tumor benigno derivado das células de Schwann, provenientes das cristas neurais. Apresenta-se como massa encapsulada, circunscrita, geralmente ligada ao nervo. No exame microscópico, mostra uma mistura de dois padrões de crescimento, Antoni A e B, ambos com células alongadas e núcleos ovais regulares. A malignização é rara nos schwannomas, presente em 2%, embora ocorra recidiva local após ressecção incompleta¹.

A localização mais comum é no nervo vestibulo-coclear em 80% dos casos. Apenas 4% dos tumores de cabeça e pescoço estão presentes na região nasossinusal². No nariz, podem se originar das fibras nervosas autônomas ou do ramo maxilar do nervo trigêmeo³. É mais encontrado no seio etmoidal, seguido pelo maxilar, fossa nasal e esfenoidal¹. Pode se apresentar com obstrução nasal, uni ou bilateral, progressiva, acompanhada ou não de epistaxe, hiposmia e cefaleia. Ao exame físico, apresenta-se como uma massa acinzentada em fossa nasal, que pode ter um aspecto vegetativo, polipoide, muito vascularizada e sangrante. A nasofibrosopia flexível e a tomografia computadorizada (CT) são necessárias para avaliar extensão tumoral e programação cirúrgica².

Na CT, o schwannoma paranasal geralmente tem focos hipodensos na região central, com realce periférico após injeção de contraste⁵.

Descrevemos a evolução de um paciente com massa nasal unilateral, que se confirmou como schwannoma de septo nasal.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 78 anos, encaminhado ao nosso serviço com obstrução nasal progressiva à direita havia dois anos.

Exame físico era normal e na nasofibrosopia mostrou lesão de aspecto exofítico, de coloração acinzentada, de superfície irregular, pediculada na região do septo posterior, próximo à borda superior da coana direita.

A CT evidenciou massa nodular, hipodensa, bem delimitada e homogênea e ainda adelgaçamento ósseo da parede medial do seio maxilar direito (Figura 1).

Realizada abordagem cirúrgica endoscópica por via endonasal. A lesão foi removida com margem no periósteo do septo posterior, sem intercorrências.

A avaliação anatomopatológica identificou proliferação de células fusocelulares em fascículos curtos de núcleos ovalados, ondulados e citoplasma acidófilo, indistinto, característico de schwannoma (Figura 1).

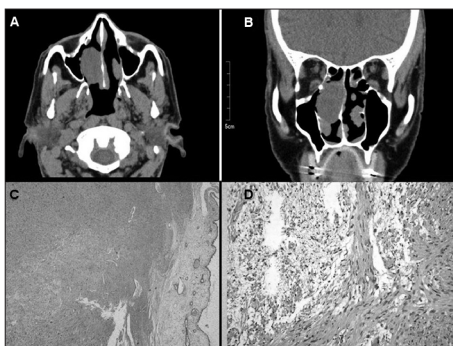


Figura 1. A: CT (axial) evidencia massa na fossa nasal direita, inserida no septo nasal posterior; B: CT (coronal) mostra a relação da massa inserida no septo nasal se projetando sobre o corneto inferior; C: Histologia que mostra à direita do epitélio respiratório, na região central (menos celular), está a formação mixoide característica do padrão Antoni B e no canto superior esquerdo observamos células fusiformes características do padrão Antoni A. (HE;26,5x); D: À esquerda nota-se o padrão Antoni B (citoplasma escasso com material hidratado intercelular) e à direita padrão Antoni A (células alongadas que se cruzam em feixes, com disposição dos núcleos lembrando a formação em paliçadas). (HE;64x).

DISCUSSÃO

Existem cerca de 70 relatos de schwannoma nasal na literatura. A maioria composta por adultos entre a quarta e sexta décadas de vida, com pouca diferença entre gêneros. As queixas geralmente são de obstrução nasal, anosmia, deformidade da pirâmide nasal e epistaxe².

A CT mostra a relação da lesão com as estruturas ósseas circundantes; erosão é mais comum nos schwannomas grandes. A ressonância magnética (RM) é superior à CT na diferenciação entre um tumor de alterações inflamatórias e tecidos normais, e pode melhor delinear extensão intracraniana³.

O diagnóstico diferencial das massas nasais unilaterais inclui polipose nasal (22,2%), pólipos antrocoanal (19%), rinossinusite crônica (12,7%), concha bolhosa (11,1%), cisto de retenção (6,3%), mucocele (3,2%) e o schwannoma em 1,6% dos casos⁴. Outros diagnósticos diferenciais são carcinoma, sarcoma, linfoma, angiofibroma juvenil, papiloma invertido, meningioma, neurofibroma, melanoma e neuroblastoma olfatório (estesioneuroblastoma). A imunohistoquímica auxilia no diagnóstico correto nos casos controversos.

A presença de massa nasal unilateral deve ser bem investigada, idealmente com biópsia sempre que possível, especialmente para a diferenciação com

doenças malignas⁴. A biópsia pré-operatória não foi realizada em nosso caso por conta da idade do paciente e aspecto benigno da lesão.

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica por ríntomia lateral ou cirurgia endoscópica endonasal, que geralmente são curativas⁵. Radioterapia é reservada para casos de tumores malignos da bainha nervosa. Se o tumor está confinado nos seios paranasais, o prognóstico é excelente⁵. Cirurgia endoscópica tem a vantagem de causar menor morbidade, não apresentar cicatriz externa e apresentar menor tempo de internação hospitalar no pós-operatório⁶.

COMENTÁRIOS FINAIS

O diagnóstico e o manejo do schwannoma podem ser um desafio porque os achados clínicos e radiológicos de massas nasais unilaterais podem sugerir um diagnóstico equivocado. O schwannoma deve ser considerado como um possível diagnóstico nesses casos. A cirurgia endoscópica endonasal providencia uma abordagem menos invasiva e facilita a remoção da massa nasal por completo.

REFERÊNCIAS

1. Frosch MP, Anthony DC, De Girolami U. O Sistema Nervoso Central. Em: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Robbins SL, Cotran RS. Patologia: Bases Patológicas das Doenças. 7a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p.1479-80.
2. Luchi GER, Magalhães MR, Lanzelotti SM, Jorge Júnior JJ, Mendonça EASF, Magalhães SLB. Nasal schwannoma. Braz J Otorhinolaryngol. 2006;72(5):714.
3. Fujiyoshi F, Kajiji Y, Nakajo M. CT and MR imaging of nasoethmoid schwannoma with intracranial extension. AJR Am J Roentgenol. 1997;169(6):1754-5. <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.169.6.9393211> PMID:9393211
4. Habesoglu TE, Habesoglu M, Surlmeli M, Uresin T, Egeli E. Unilateral sinonasal symptoms. J Craniofac Surg. 2010;21(6):2019-22. <http://dx.doi.org/10.1097/SCS.0b013e3181f5389a> PMID:21119491
5. Gillman G, Bryson PC. Ethmoid schwannoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;132(2):334-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otohns.2004.04.027> PMID:15692551
6. Küpper DS, Demarco RC, Resende R, Anselmo-Lima WT, Valera FCP, Moribe I. Endoscopic nasal dacryocystorhinostomy: results and advantages over the external approach. Braz J Otorhinolaryngol. 2005;71(3):356-60. PMID:16446941

¹ Médico (Médico residente de Otorrinolaringologia da UNICAMP).

² Mestre em medicina (Médico Otorrinolaringologista (fellow em otologia na UNICAMP)).

³ Mestre em ciências médicas (Médica otorrinolaringologista do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Estadual de Sumaré, Disciplina de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço, UNICAMP).

⁴ Doutora em ciências médicas (Médica otorrinolaringologista, Chefe do Serviço de Rinologia, Disciplina de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço, UNICAMP).

Disciplina de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço. Hospital das Clínicas (HC) - Faculdade de Ciências Médicas (FCM) Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Campinas, São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Henrique Furlan Pauna. Rua Aldo de Oliveira Barbosa, nº 170. Parque das Universidades. Campinas - SP. Brasil. CEP: 13086-030.

E-mail: h_pauna@hotmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) do BJORL em 21 de abril de 2012. cod. 9165.

Artigo aceito em 20 de outubro de 2012.