

Schwanoma de laringe: relato de caso

Schwannoma of the larynx: case report

Erich Christiano M. Melo¹, Romualdo Suzano L. Tiago², Osiris de Oliveira C. Brasil³, Soraia El Hassan³, Lupércio Luz Brito⁴, Paula Magalhães de Sá⁴

Palavras-chaves: laringe, Schwannoma, neurinoma, disfagia
Key words: larynx, Schwannoma, neurinoma, dysphagia

Resumo / Summary

Schwanomas são tumores benignos, de crescimento lento, encapsulados, que surgem da bainha das células de Schwann de nervos motores, sensitivos ou cranianos, não contendo elementos nervosos. A localização na laringe é extremamente rara, existindo relatos esporádicos na literatura mundial. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de schwannoma laríngeo atendido em nosso meio. O paciente de 82 anos de idade, sexo feminino, procurou nosso serviço com queixa de disfagia para sólidos de longa data e sensação de globus faríngeo. A laringoscopia com telescópio rígido de 70º evidenciou um tumor submucoso, arredondado, na região interaritenóidea. A tomografia computadorizada de pescoço mostrou tratar-se de lesão aparentemente sólida, sem necrose central e sem extensão para planos profundos, medindo aproximadamente 2,5 cm no maior diâmetro. A paciente foi submetida a microcirurgia de laringe, com ressecção completa da lesão. O exame histopatológico revelou tratar-se de um schwannoma laríngeo. A paciente evoluiu bem, sem sinais de tumor residual ou recidiva em dois anos de seguimento clínico.

Schwannomas are benign, slow-growing, encapsulated tumors, which appear on the sheath of sensitive or cranial motor nerves Schwann cells, and having no nervous elements. They rarely appear on the larynx, and there are sporadic reports in the literature. This work has as purpose to report a case of laryngeal schwannoma. A 82 years-old woman, born and residing in the city of Sao Paulo, SP, went to the Hospital, suffering from slowly progressive, long-term dysphagia for solids and globus sensation. The indirect laryngoscopy with a 70º rigid telescope revealed a submucous tumor, rounded, at the interarytenoid region. A neck computed tomography was made, revealing an apparently solid lesion, with no central necrosis and no extension to deeper levels, the greatest diameter of which was of 2.5 cm. The patient underwent a larynx microsurgery with tumor full removal. The histological analysis revealed a laryngeal schwannoma. The patient recovered well with no no signs of recurrence or residual tumor until now.

¹ Médico Colaborador da Divisão de Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ex-Médico Residente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

² Pós-graduando (Doutorado) pelo Programa de Pós-graduação em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

³ Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

⁴ Médico Residente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”- São Paulo - SP

Erich Christiano Madruga de Melo - R. Tte Gomes Ribeiro 30, apto 143 - Vila Clementino-São Paulo – SP - 04038-040 - E-mail: erichmelo@uol.com.br
Artigo recebido em 12 de novembro de 2002. Artigo aceito em 20 de abril de 2003.

INTRODUÇÃO

Schwanomas são tumores benignos, de crescimento lento, encapsulados, que surgem da bainha das células de Schwann de nervos motores, sensitivos ou cranianos, não contendo elementos nervosos. Cerca de 65% destes tumores ocorrem no sistema nervoso central, sendo a maioria no VIII par craniano¹. A taxa de incidência em cabeça e pescoço varia de 25 a 37%, dentre as outras possíveis localizações. A região lateral do pescoço é o sítio mais comum, originando-se a partir das raízes nervosas cervicais e da cadeia simpática cervical². A localização na laringe é rara, existindo relatos esporádicos na literatura^{1,3,4}. O schwanoma laríngeo corresponde a aproximadamente 0,1% de todos os tumores benignos da laringe⁵. A maioria dos casos descrita localizava-se na prega ariepiglótica⁶ e a terapêutica de escolha é a abordagem cirúrgica. A degeneração maligna destes tumores é extremamente rara⁷.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de schwanoma laríngeo numa localização ainda não descrita na literatura, bem como realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema.

REVISÃO DE LITERATURA

Em uma revisão de 722 casos de tumores benignos de laringe, New e Erich (1938)⁸ encontraram somente um caso de schwanoma, enquanto Holinger e Johnston (1942)⁹ encontraram um caso entre 1197 casos de tumores benignos de laringe.

Têm sido descritos em praticamente todas as faixas etárias e com discreta preponderância no sexo feminino¹⁰. Schwanomas malignos são ainda mais raros, principalmente na laringe, sendo o primeiro caso relatado em 1982⁷.

O sítio mais frequente (80%) dos schwanomas laríngeos é a prega ariepiglótica⁶. Devido a isso, infere-se que a origem nervosa mais comum seja no ramo interno do nervo laríngeo superior após sua penetração na membrana tireohióidea³. A origem no nervo laríngeo recorrente também é descrita, podendo causar paralisia da prega vocal^{11,12}. Entretanto, a identificação exata da origem nervosa é difícil, mesmo no intraoperatório.

O padrão de crescimento é lento e a sintomatologia laríngea é relacionada ao efeito de massa causado pelo tumor. Uma sensação de globus faríngeo pode ser o primeiro sintoma, às vezes, acompanhado por disfagia e disфония quando o tamanho do tumor dificulta a movimentação normal das pregas vocais. Se o tumor assume proporções exageradas pode haver desconforto respiratório caracterizado por estridor inspiratório. Em alguns casos pode ser necessária a realização de traqueotomia para manter a via aérea pérvia. Dor raramente é um sintoma significativo¹¹.

A propedêutica é baseada na videolaringoscopia e em exames de imagem, principalmente a tomografia

computadorizada. O aspecto macroscópico é de um tumor de superfície regular, lisa, de coloração rósea e com forma arredondada ou ovalada; freqüentemente séssil, podendo assumir aspecto polipóide. A tomografia computadorizada é bastante útil em determinar as dimensões da massa tumoral e sua extensão¹⁰.

O diagnóstico histológico é baseado no padrão celular observado na microscopia óptica. Regiões celulares e edematosas alternam-se em proporções variadas e são denominadas como padrão celular tipo Antoni A e Antoni B⁴. O padrão Antoni A é mais celularizado e apresenta um padrão estrutural com arranjo em palçada. O padrão Antoni B não é caracterizado por nenhum arranjo estrutural. Os dois tipos podem ser encontrados no mesmo tumor. A imunistoquímica pode confirmar o diagnóstico mostrando reatividade para a proteína S-100.

Em relação ao tratamento é consenso que a cirurgia é a primeira escolha. Entretanto, a abordagem cirúrgica é controversa e duas opções têm sido relatadas: a via externa, clássica, e a via transoral (laringoscopia direta)⁴. Esta última tem como vantagem uma baixa incidência de complicações na laringe, sendo melhor indicada para tumores menores. Nos tumores maiores, opta-se por abordagem externa (faringotomia lateral ou laringofissura)^{10,13}. A abordagem terapêutica deve ser planejada de acordo com o sítio, extensão e apresentação da lesão⁴.

APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

G.A., 82 anos, sexo feminino, natural e procedente de São Paulo-SP, procurou o Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual, em julho de 2000, referindo disfagia para sólidos, de longa data, lentamente progressiva, associado a sensação de globus faríngeo; sem disфония ou dispnéia. Negava história de tabagismo, etilismo e sintomas dispépticos associados.

Ao exame otorrinolaringológico, observou-se, na laringoscopia indireta, uma lesão submucosa em região interaritenóidea. Foi realizada uma videolaringoscopia com telescópio rígido de 70º, evidenciando um tumor submucoso, arredondado, na região interaritenóidea, com deslizamento da mucosa que recobria a lesão durante a fonação (Figura 1). As cordas vocais eram normais em morfologia e mobilidade. Tanto a hipofaringe quanto o restante da laringe eram de aspecto normal. Foi realizado tomografia computadorizada de pescoço que mostrou tratar-se de lesão aparentemente sólida, sem necrose central e sem extensão para planos profundos, medindo aproximadamente 2,5 cm no maior diâmetro. A tomografia computadorizada foi bastante útil em determinar as dimensões da massa tumoral e sua extensão.

A paciente foi submetida a microcirurgia de laringe em agosto de 2000, sob anestesia geral. Foi realizada incisão na mucosa que recobria a lesão com descolamento do tumor

e retirada do mesmo por completo (Figuras 2 e 3). O excesso de mucosa foi retirado conservadoramente. O material removido foi enviado para exame anátomo-patológico, e a análise histológica revelou tratar-se de um schwanoma laríngeo.

A paciente evoluiu bem, com desaparecimento das queixas e sem anormalidades fonatórias ou da deglutição. Nas videolaringoscopies de controle, realizadas no pós-operatório imediato e tardio, não foram observados sinais de recidiva ou tumor residual no seguimento de 02 anos (Figura 4).

DISCUSSÃO

O schwanoma de laringe pode acometer qualquer faixa etária. No nosso estudo a paciente tinha 82 anos. Plantet, Hagay, Maulmont et al, num relato de dois casos, encontraram um paciente de 30 anos e outro de 67 anos¹².

A localização mais freqüente é a prega ariepiglótica⁵. No nosso caso, o tumor localizava-se na região interaritenóidea, o que ainda não foi relatado na literatura.

Fini-Storchi e Frosini (1997) relatam como sintoma mais característico as alterações na deglutição². No nosso



Figura 1. Videolaringoscopia pré-operatória.

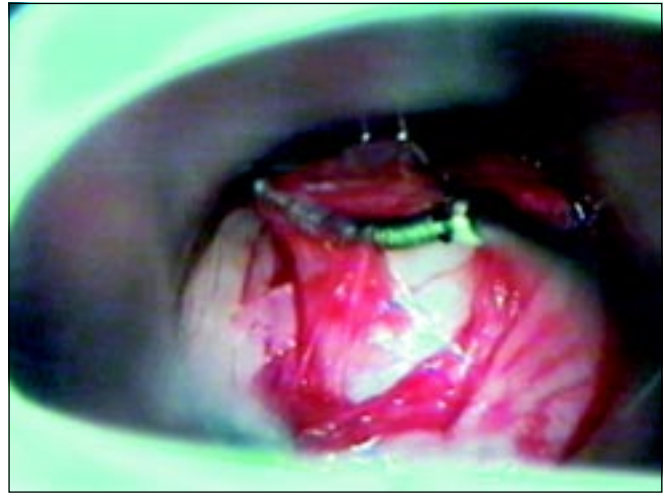


Figura 2. Microcirurgia de laringe, com dissecção submucosa do tumor.

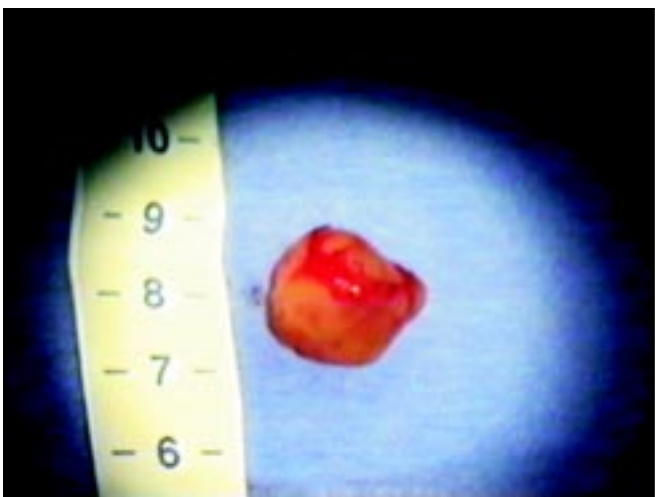


Figura 3. Peça cirúrgica, de aproximadamente dois centímetros.



Figura 4. Videolaringoscopia pós-operatória (1º mês).

estudo a paciente queixava-se de sensação de corpo estranho na garganta e disfagia para sólidos.

Quanto à abordagem cirúrgica, optamos pela via transoral em virtude da apresentação, localização e extensão do tumor. A abordagem por via externa pode ser feita de diferentes maneiras: faringotomia lateral¹⁰ ou laringofissura¹⁵.

A abordagem transoral é indicada para tumores menores, tendo como vantagem a baixa incidência de paralisia do nervo laríngeo recorrente no pós-operatório. No entanto, a exérese completa do tumor pode ser difícil⁴.

Embora de bom prognóstico casos de recorrência têm sido relatados, fazendo necessário um seguimento prolongado³. Até o presente momento não evidenciamos sinais de recidiva no caso relatado.

COMENTÁRIOS FINAIS

Schwannoma de laringe é um tumor benigno, raro, de crescimento lento, com sintomas associados ao efeito de massa da lesão. O nosso caso é de uma paciente cuja principal queixa era disfagia orofaríngea, que desapareceu completamente após o tratamento cirúrgico. Optamos por uma abordagem transoral, via laringoscopia direta, por ser esta mais conservadora e permitindo uma ressecção completa do tumor. A paciente se encontra sem sinais de recidiva após dois anos de seguimento clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palva T, Jokinen K, Karja J. Neurilemmoma (schwannoma) of the larynx. *J Laryngol Otol* 1975; 89:203-7.
2. Fini-Storchi I, Frosini P. Laryngeal neurinomas (a case report and review). *ORL* 1997; 59:182-5.
3. Phang WK, Raman R, Jayalaksmi E. Neurogenous tumour of the larynx (a case report). *J Laryngol Otol* 1987; 101:1209-10.
4. Takumida M, Taira T, Suzuki M, et al. Neurilemmoma of the larynx (a case report). *J Laryngol Otol* 1986; 100:847-50.
5. Barnes L, Ferlito A. Soft tissue neoplasms. In Ferlito A. *Neoplasms of the larynx*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1993; 277-9.
6. Supance JS, Quenelle DJ, Crissman J. Endolaryngeal neurofibromas. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1980; 88:74-8.
7. Delozier HL. Intrinsic malignant schwannoma of the larynx: a case report. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1982; 91:336-8.
8. New GB, Erich JB. Benign tumors of the larynx: a study of 722 cases. *Arch Otolaryngol* 1938; 28:841-910.
9. Holinger PH, Johnston KC. Benign tumors of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1951; 60:496-509.
10. Schaeffer BT., Som PM., Biller HF et al. Schwannoma of the larynx: review and computed tomographic scan analysis. *Head Neck Surg* 1986; 8: 469-72.
11. Jamal MN. Schwannoma of the larynx: case report and review of the literature. *J Laryngol Otol* 1994; 108:788-90.
12. Plantet MM, Hagay C, Maulmont C et al. Laryngeal schwannomas. *Europ J Radiol* 1995; 21:61-6.
13. Whittam DE, Morris TMO. Neurilemmoma of the larynx. *J Laryngol Otol* 1970; 84: 747-50.