

Schwannoma senil do nervo vago, ressecção com monitorização contínua do nervo laríngeo inferior

Claudio Gilberto Yuji Nakano ¹, Luiz Claudio Bosco
Massarollo ², Erivelto Martinho Volpi ³, José Geraldo
Barbosa Junior ⁴, Vitor Arias ⁵, Rubens Yassuzo Ykko
Ueda ⁶

Ancient schwannoma of the vagus nerve, resection with continuous monitoring of the inferior laryngeal nerve

Palavras-chave: monitorização eletrofisiológica intra-operatória,
nervo laríngeo recorrente, nervo vago, neurinoma, schwannoma
senil.

Keywords: intraoperative electrophysiologic monitoring, recurrent
laryngeal nerve, vagus nerve, neurinoma, ancient schwannoma.

INTRODUÇÃO

Schwannomas (Neurinoma, Neurilemoma) são tumores benignos encapsulados, solitários, de transformação maligna incomum e crescimento lento originários da bainha de nervos¹ cranianos ou espinhais.

Aproximadamente 25% dos casos são descritos na região da cabeça e pescoço² com apenas 95 referências de acometimento do nervo vago.³ Ocorrem predominantemente entre a terceira e quinta décadas de vida sem predominância entre os sexos.⁴ O quadro clínico geralmente consiste em abaulamento cervical pouco doloroso e o diagnóstico diferencial inclui outros tumores do espaço parafaríngeo ou neoplasias do forame jugular.³

O schwannoma senil (SS) é uma variante rara, descrita pela primeira vez por Ackman e Taylor em 1951², cujas características são: largas áreas de matriz hialinizada, de hiperplasticidade com pleomorfismo nuclear e de hiperplasticidade celular. A descrição microscópica do SS de cortes histológicos e seriados demonstra 2 tipos celulares distintos: Antoni Tipo A ou fasciculado (células alongadas, dispostas em feixes que se entrelaçam em vários sentidos ou formam espirais) e Tipo B ou reticular (células polimorfas que delimitam pequenos vacúolos e conferem ao tumor aspecto de "favo de mel"). No SS predomina o tipo celular Antoni B. A ausência de atividade mitótica é o aspecto marcante que determina a diferenciação de um schwannoma senil benigno de um schwannoma maligno. Existem 12 casos descritos na região de cabeça

e pescoço com apenas 1 deles localizado no nervo vago.⁵

O tratamento de escolha é cirúrgico com alta frequência de lesão do nervo vago.³ Existem relatos de ressecção do schwannoma de nervo vago com neuroestimulação^{3,6} e observação da contração do esôfago⁶ ou visualização endoscópica da laringe.³ Este é o primeiro relato de caso de ressecção de schwannoma do vago com monitorização contínua eletrofisiológica do nervo laríngeo recorrente.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 59 anos, com 10 anos de história de bócio multinodular e nódulo palpável em fossa supraclavicular esquerda. Apresentava sintoma de tosse à flexão do pescoço e à percussão do nódulo supraclavicular, com piora progressiva. A tomografia identificou nódulo em transição cérvico-torácica, justaposto à traquéia e ao pólo inferior do lobo esquerdo da tireóide. (Figura 1) A punção aspirativa com agulha fina (PAAF) mostrou citologia compatível com tumor mesenquimal.

Foi operada em 21/06/2004, sendo, inicialmente, submetida a tireoidectomia total com dissecação e preservação dos nervos laríngeos recorrentes. Observou-se tumor encapsulado, em íntima relação com o pólo inferior do lobo esquerdo da tireóide e de aspecto "mergulhante".

Em seguida, com utilização de monitorização contínua (Sistema NIM-2®) o tumor do nervo vago foi totalmente extirpado com preservação dos feixes responsáveis pela inervação da laringe. A paciente teve alta no primeiro pós-operatório sem intercorrências e a laringoscopia direta pós-operatória evidenciou movimentação normal das pregas vocais. Atualmente, encontra-se no terceiro ano de seguimento pós-operatório e não apresenta sinais de recidiva ou alterações fonatórias.

Os achados histopatológicos mostraram áreas de vacuolização, aumento da celularidade, pleomorfismo e hialinização. A imunohistoquímica foi fortemente reativa para vimentina e para proteína S-100, confirmando o diagnóstico de schwannoma senil.

DISCUSSÃO

Tumores primários do nervo vago são incomuns. O schwannoma é pouco freqüente e a sua variante SS foi descrita anteriormente

apenas uma vez.³

O tratamento cirúrgico apresenta elevada frequência de lesões definitivas e paralisia de prega vocal, principalmente nos tumores de localização próxima ao forame jugular.²

Em 2000, Fujino⁶ descreveu a técnica de enucleação intracapsular de tumores do vago que se tornou padrão de abordagem cirúrgica associada à neuroestimulação na ressecção desses tumores.

Mevio², em 2003, relatou ressecção de tumor vagal com neuroestimulação e observação endoscópica da prega vocal ipsilateral. O uso de eletrodos associados ao tubo de ventilação endotraqueal para monitorização contínua intra-operatória durante tireoidectomia é bem descrito na literatura.⁷ Esse sistema permite uma técnica não-invasiva, simplificada e tão sensível quanto à monitorização da musculatura laríngea.⁷

Este é o segundo relato de SS do nervo vago e o primeiro de uso do sistema de monitorização contínua eletrofisiológica do nervo laríngeo para ressecção de tumor primário do nervo vago.

CONCLUSÃO

O schwannoma deve fazer parte do diagnóstico diferencial dos tumores do vago e a sua ressecção, sempre que possível, deve ocorrer com monitorização eletrofisiológica contínua intra-operatória do nervo laríngeo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conley JJ. Neurogenic tumors in the neck. Arch Otolaryngol 1955; 61:167-80.
2. Ackerman LV, Taylor FH. Neurogenous tumors within the thorax: a clinicopathological evaluation of 48 cases. Cancer 1951;4:669-91.
3. Mevio E, Gorini E et al. Unusual Cases of Cervical Nerves Schwannomas: Phrenic and Vagus Nerve Involvement. Auris Nasus Larynx 2003;30:209-13.
4. Park CS, Suh KW, Kim CK. Neurilemmomas of the cervical vagus nerve. Head Neck 1991;13:439-41.
5. Saydam L, Kizilay A et al. Ancient Cervical Vagal Neurilemmoma: A Case Report. Am Journal Otolaryngology 2000;21(1):61-4.
6. Fujino K, Shinohara K et al. Intracapsular Enucleation of Vagus Nerve-Originated Tumors for Preservation of Neural Function. Otolaryngol Head Neck Surg 2000;123:334-6.
7. Eisele DW. Intraoperative Electrophysiologic Monitoring Of The Recurrent Laryngeal Nerve. Laryngoscope 1996;106:443-9.



Figura 1. Tomografia computadorizada cervico-torácica, em corte coronal, mostrando tumor justaposto à traquéia e ao pólo inferior do lobo esquerdo da tireóide.

¹ Graduando - Medicina FCMSCSP.

² Responsável pelo serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Hospital São Cristóvão e Instituto de Oncologia de Guarulhos.

³ Médico Assistente - Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço - HCFMUSP.

⁴ Médico Assistente - Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital São Cristóvão.

⁵ Médico Patologista do Instituto Adolfo Lutz e da FMUSP.

⁶ Cirurgião do serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital São Cristóvão.

Hospital São Cristóvão e Instituto de Oncologia de Guarulhos.

Endereço para correspondência: Instituto de Oncologia de Guarulhos (IOG) - Rua dos Metalúrgicos 7 Vila das Palmeiras Guarulhos 07013-131.

Tel. (0xx11) 6468-0236/ 6408-5734

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 23 de julho de 2006. cod. 3289.

Artigo aceito em 17 de novembro de 2006.