

# Neurilemoma múltiplo em nervo ulnar: relato de caso\*

ALEXANDRE HENRIQUE<sup>1</sup>

## ABSTRACT

### *Multiple neurilemmoma of the ulnar nerve: case report*

*Neurilemoma (schwannoma) is the most common benign nerve tumor in the upper extremity and originates in the Schwann cells. It usually appears as a single painless mass. The author reports the case of multiple and painful neurilemmoma in the ulnar nerve of a young woman.*

**Unitermos** – Neurilemoma (schwanoma); nervo ulnar

**Key words** – *Neurilemmoma (schwannoma); ulnar nerve*

## INTRODUÇÃO

O neurilemoma, também conhecido como schwanoma, é o tumor nervoso benigno mais comum do membro superior, tendo origem nas células de Schwann e apresenta crescimento lento<sup>(1-3)</sup>. É mais freqüente na superfície volar do antebraço ou mão nas quarta, quinta ou sexta décadas de vida, sem predileção quanto ao sexo e raça. Geralmente, é uma massa solitária e indolor, sendo muitas vezes confundido com lipoma ou cisto sinovial. Quando doloroso, seu tratamento é a ressecção cirúrgica. Apresenta baixa incidência de recidiva tumoral.

Este é o relato de caso de uma jovem com múltiplos neurilemomas no nervo ulnar que foram ressecados microcirurgicamente.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 18 anos de idade, apresentava tumorações dolorosas na região distal do antebraço direito e dedo mínimo da mão do mesmo lado. Referia que

os mesmos haviam surgido espontaneamente havia um ano antes da primeira consulta, sem qualquer correlação com trauma ou esforço, e que vinham apresentando crescimento lento e contínuo. Já haviam sido diagnosticados como sendo lipomas.

Ao exame físico visualizavam-se duas massas tumorais: uma na região distal volar ulnar do antebraço direito e outra na porção volar radial do dedo mínimo, sendo identificado ponto doloroso à palpação na região hipotenar da mão direita. As massas eram dolorosas à palpação, móveis no sentido transversal do membro superior e com consistência semelhante à de um lipoma. Havia sinal de Tinel positivo à percussão das mesmas, porém não se constatou qualquer outra alteração sensitiva ou funcional distalmente a elas. Também não havia qualquer alteração vascular ou da perfusão associada a esse quadro.

Iniciou-se a investigação com radiografia simples de antebraço e mão, que não mostraram qualquer anomalia óssea. Em seguida, foi realizada ressonância magnética (RM) do antebraço distal (fig. 1) e mão (fig. 2), sendo as massas tumorais diagnosticadas como de possível origem nervosa (neuromas) ou tendinosa (sinovites vilonodulares). Após os exames, foi indicada exploração cirúrgica para exérese tumoral.

A cirurgia foi realizada sob bloqueio interescalênico, mantendo-se o membro superior isquêmico através do uso de torniquete pneumático no nível do 1/3 médio do braço. As vias de acesso foram volares no nível dos tumores, assim sendo, uma incisão retilínea longitudinal na região distal do antebraço, outra em "V" sobre o ponto doloroso na região hipotenar e outra em ziguezague no dedo mínimo. Dissecou-se pelos planos anatômicos até o nervo, sendo o mesmo isolado nos segmentos acometidos. Incisou-se o perineuro longitudinalmente e, com auxílio de uma lupa cirúrgica, os tumores intraneurais foram dissecados e isolados microcirurgicamente, preservando-se os feixes nervosos. O tumor hipotenar era do tipo *in situ*. Após a completa ressecção dos tumores, os segmentos do nervo foram mantidos sem qualquer sutura perineural para evitar a formação de hematomas intranervosos no pós-operatório. O

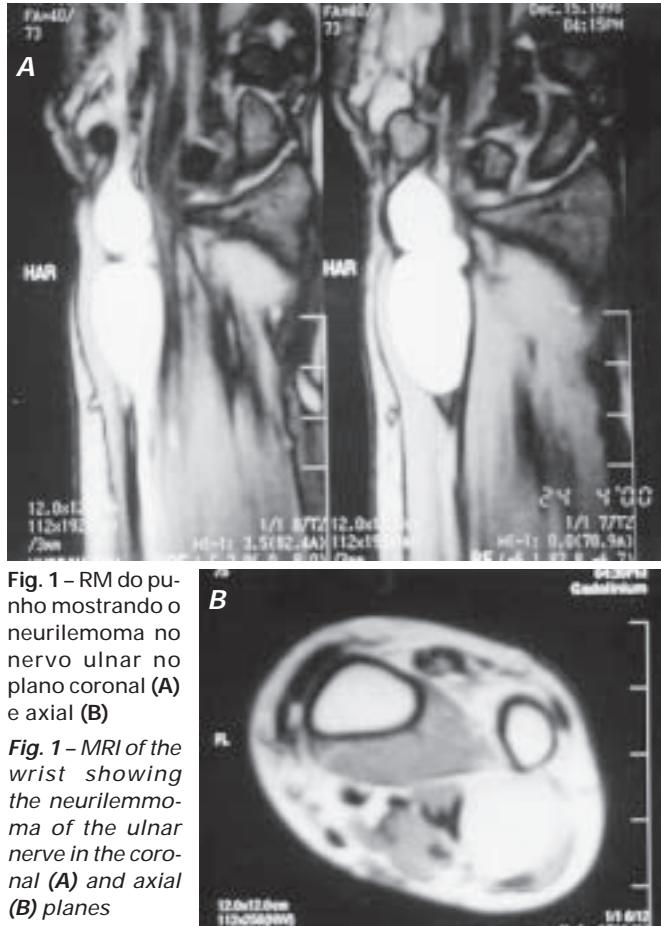
\* Trabalho realizado no Centro Ortopédico Paraná, Maringá, PR.

1. Médico Ortopedista; Membro Titular da SBOT; Membro Titular da SBCOC; Membro Associado da SBCM.

Endereço para correspondência: Av. Dr. Luiz Teixeira Mendes, 1.833 – 87015-000 – Maringá, PR, Brasil. Tel.: (44) 224-0303, fax: (44) 262-3035. E-mail: alexandreh@maringa.com.br

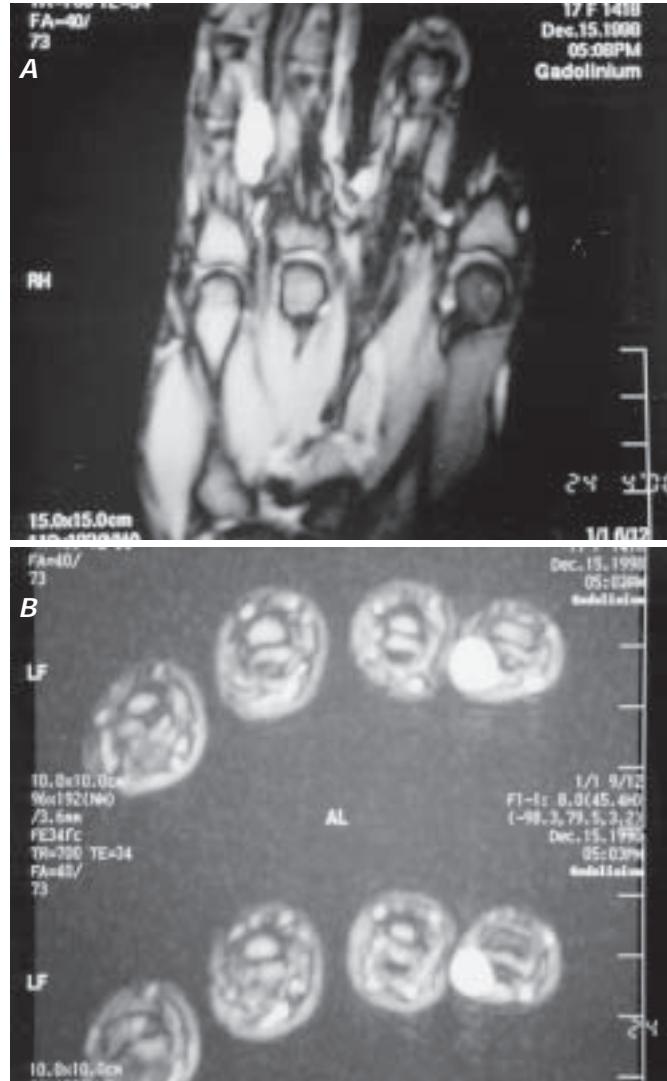
Recebido em 18/10/00. Aprovado para publicação em 26/7/01.

Copyright RBO2001



**Fig. 1** – RM do punho mostrando o neurilemoma no nervo ulnar no plano coronal (A) e axial (B)

**Fig. 1** – MRI of the wrist showing the neurilemoma of the ulnar nerve in the coronal (A) and axial (B) planes



**Fig. 2** – RM da mão (A) e dedos (B) mostrando o neurilemoma do nervo digital radial do dedo mínimo

**Fig. 2** – MRI of the hand (A) and fingers (B) showing the neurilemoma of the radial digital nerve of the little finger

garrote pneumático foi desinsuflado após 53 minutos da sua aplicação para a realização de hemostasia rigorosa, seguida de sutura por planos do ferimento cirúrgico. Não foi utilizada imobilização gessada, mas somente um suave enfaixamento compressivo.

As três peças cirúrgicas foram analisadas e verificou-se que se tratava de neurilemomas tipo Antoni A (fig. 3).

No pós-operatório a paciente apresentou-se sem qualquer alteração nervosa, sensitiva ou motora.

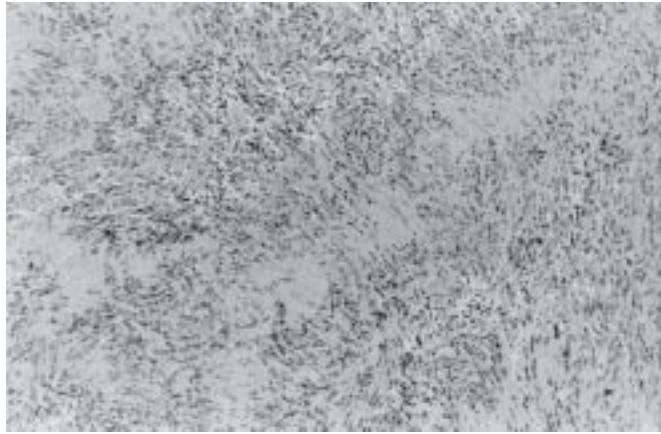
Após 30 meses de seguimento pós-operatório, não há sinal de recidiva tumoral ou surgimento de novos tumores.

## DISCUSSÃO

O neurilemoma é um tumor benigno de nervo periférico, na maior parte das vezes solitário e indolor, medindo de 3 a 4cm de diâmetro e que não acarreta déficits neurológicos, mesmo quando de grandes dimensões<sup>(4)</sup>. Contudo, foram também descritos casos de tumores múltiplos em

um só nervo<sup>(5)</sup>. Alguns tumores são de pequenas dimensões, sendo classificados como tumores *in situ* e de difícil palpação, contudo, dolorosos à mesma. A compressão do tumor pode produzir dor irradiada na distribuição do nervo acometido. Geralmente, o tumor é móvel no sentido transversal, mas não no longitudinal do nervo<sup>(1)</sup>. Freqüentemente, é confundido com cisto sinovial<sup>(3)</sup> ou lipoma.

A ressonância magnética é útil para delinear a lesão, porém é incapaz de distingui-la de neurofibroma ou de tumor maligno da bainha de nervo periférico<sup>(1)</sup>. Microscopi-



**Fig. 3** – Estudo histológico do tumor mostrando proliferação celular densa de células de Schwann (HE, 300x).

**Fig. 3** – *Histological study of the tumor showing dense cellular proliferation of the Schwann cells (HE, 300x).*

camente, o neurilemoma pode ser de dois tipos, Antoni A e Antoni B, sendo o primeiro o mais típico e o segundo de caráter degenerativo<sup>(4,6,7)</sup>. Geralmente, o tumor cresce deslocando as fibras nervosas sem lhes ocasionar qualquer interrupção anatômica ou funcional. O tumor deve ser ressecado por técnica microcirúrgica através de incisão perineural longitudinal, sendo que a neurotomia transversa deve ser evitada<sup>(1,2,4,5)</sup>. Geralmente, através da microdissecção, é

realizada a completa exérese tumoral, sem acarretar déficit nervoso, porém, em 4% dos casos, pode ocorrer essa complicação pós-operatória<sup>(1)</sup>. A recidiva do tumor é rara e há relatos de transformação maligna desse tipo de tumor. Muitas vezes, é erroneamente diagnosticado como sendo cisto sinovial ou lipoma e, durante a cirurgia para a retirada dessas supostas estruturas, ocorre a lesão do nervo.

No caso relatado, a paciente foi submetida à microdissecção do nervo ulnar com completa ressecção dos tumores. Não desenvolveu déficit nervoso após o ato cirúrgico e apresentou excelente evolução pós-operatória, sem recidiva tumoral, coincidindo com os relatos da literatura científica.

## REFERÊNCIAS

1. Green D.P., Hotchkiss R.N., Pederson W.C.: *Green's Operative Hand Surgery*, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Churchill Livinstone, p. 2.225, 1999.
2. Cooney W.P., Linscheid R.L., Dobyns J.H.: *The Wrist: Diagnosis and Operative Treatment*. Philadelphia, Mosby, p.p. 1243-1244, 1998.
3. Campbell's *Operative Orthopaedics*, 7<sup>th</sup> ed. St. Louis, Mosby, p. 472, 1987.
4. Campbell's *Operative Orthopaedics*, 7<sup>th</sup> ed. St. Louis, Mosby, p. 817, 1987.
5. Patel M.R., Mody K., Moradia V.J.: Multiple schwannomas of the ulnar nerve: a case report. *J Hand Surg [Am]* 21: 875-876, 1996.
6. Torres L.F.B., Jacob G.V.V., Hakim Neto C.A., et al: Schwannoma intrasacral gigante. *Rev Bras Ortop* 30: 878-880, 1995.
7. Barbi-Gonçalves J.C., Amstalden E.M.I.: Schwannoma benigno intramuscular da coxa. *Rev Bras Ortop* 32: 891-893, 1997.