

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

PEDRO HENRIQUE TRAVAGLIA LARGURA

RAPHAEL PAIVA FURTADO

WAGNER HAESE BARROS

**RELATO DE CASO DE SCHWANNOMA VESTIBULAR EM PACIENTE
COM OTITE MÉDIA CRÔNICA**

Vitória

2010

PEDRO HENRIQUE TRAVAGLIA LARGURA
RAPHAEL PAIVA FURTADO
WAGNER HAESE BARROS

**RELATO DE CASO DE SCHWANNOMA VESTIBULAR EM PACIENTE
COM OTITE MÉDIA CRÔNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Médico.

Orientador: Dr. Giulliano Enrico Ruschi e Luchi.

Vitória
2010

PEDRO HENRIQUE TRAVAGLIA LARGURA
RAPHAEL PAIVA FURTADO
WAGNER HAESE BARROS

RELATO DE CASO DE SCHWANNOMA VESTIBULAR EM PACIENTE COM OTITE MÉDIA CRÔNICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para a obtenção de grau médico.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Professor Dr. Giulliano Enrico Ruschi e Luchi
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador

Professor Dr. André Zanello
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Dr^a. Juliana Amato dos Santos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

RESUMO

Justificativa e objetivos: O schwannoma vestibular é um tumor benigno raro das células de schwann que tem uma incidência de 10:1.000.000 de casos e corresponde a 80% dos tumores do ângulo pontocerebelar. Geralmente o quadro clínico se caracteriza por sintomas otoneurológicos, como hipoacusia, tinnitus e tontura, estando a hipoacusia como a principal queixa na maior parte dos casos. O objetivo deste relato foi o de alertar para a inclusão do schwannoma vestibular como diagnóstico diferencial dos pacientes que apresentam como queixa principalmente hipoacusia e tinnitus, lembrando sempre também dos outros sintomas mais raros como: tontura, dor facial, cefaléia, disfunção de pares cranianos e outras disfunções neurológicas graves. Relato de caso: Paciente masculino, 38 anos, com histórico de otite média crônica bilateral e que havia sido submetido à mastoidectomia radical modificada com melhora do quadro. Cinco anos após a cirurgia, evoluiu com piora da hipoacusia e tinnitus em ouvido esquerdo. Apresentava otoscopia normal e audiometria tonal com disacusia condutiva bilateral. Foi submetido a uma tomografia com contraste evidenciando lesão expansiva multilobulada, que foi confirmada pela ressonância magnética. O paciente foi encaminhado ao serviço de neurocirurgia, onde foi submetido a procedimento cirúrgico para exérese da lesão pela via de acesso retrossigmoidea. O histopatológico da peça evidenciou diagnóstico histológico de schwannoma. Paciente evoluiu no pós-operatório com discreta seqüela motora e parestesia em membro superior esquerdo e referiu melhora dos limiares auditivos no pós-operatório.

Palavras-chave: Schwannoma Vestibular; ângulo pontocerebelar; hipoacusia; tinnitus.

Sumário

1 Introdução	5
2 Relato de Caso.....	7
3 Discussão.....	12
4 Conclusão	15
5 Bibliografia.....	16

1 Introdução

O Schwannoma Vestibular (SV), antigamente denominado neurinoma do acústico, é um tumor benigno das células de schwann de crescimento lento, geralmente assintomático que se origina, na maior parte das vezes, da divisão superior do VIII par craniano¹. Corresponde de 2 a 7% dos tumores intracranianos, sendo responsável por cerca de 80% dos tumores do ângulo pontocerebelar (APC)¹. A incidência anual é de 10:1.000.000 de casos, porém devido ao grande número de casos assintomáticos, as taxas reais podem ser mais expressivas, podendo-se considerar ainda incerta a incidência dessa lesão de forma geral na população¹. O tumor parece ser mais freqüente nas mulheres entre 50 e 60 anos de idade¹.

Os sintomas do SV variam desde irritação nervosa isolada até comprometimento de outros nervos nas fases mais tardias, podendo culminar com sintomas secundários a hidrocefalia e compressão do tronco cerebral³. Inicialmente o quadro clínico se caracteriza por sintomas otoneurológicos, como hipoacusia, tinnitus e tontura, estando a hipoacusia como a principal queixa na maior parte dos casos¹. Com a evolução do caso, podem surgir outros sintomas, hoje em dia bastante incomuns, como dor facial, cefaléia, disfunção dos pares baixos, ataxia ou outras disfunções neurológicas graves¹.

Na investigação do paciente é fundamental a realização de exames de imagem como a ressonância magnética (RNM) com injeção de gadolínio e a tomografia computadorizada (TC) de osso temporal, que auxiliam tanto no diagnóstico como no planejamento terapêutico¹.

O tratamento do Schwannoma Vestibular consiste basicamente na ressecção cirúrgica da lesão, porém pode-se adotar também uma conduta conservadora, visto que 69% destes tumores não apresentam crescimento e destes, 16 % apresentam regressão tumoral². A decisão entre conduta terapêutica cirúrgica ou conservadora deve levar em conta o tamanho do tumor no momento do diagnóstico, se existe ou não compressão

de estruturas do SNC adjacentes, a velocidade de crescimento do mesmo e a idade do paciente.

2 Relato de Caso

Paciente masculino, 38 anos, com histórico de otite média crônica bilateral. Havia sido submetido à mastoidectomia radical modificada, bilateralmente, com melhora da otorrêia após a cirurgia.

Cinco anos após a cirurgia, evoluiu com piora da hipoacusia, já existente, e aparecimento de tinnitus contínuo tipo chiado, nota 6 (seis), em ouvido esquerdo.

Ao exame físico, otoscopia revelava cavidade radical modificada bilateralmente, sem nenhuma alteração indicativa de processo inflamatório otológico.

Audiometria tonal (figura 1) revelou disacusia condutiva leve à moderada bilateral. Tomografia computadorizada (TC) com contraste revelou processo expansivo intracraniano predominantemente hipodenso com zonas de realce irregular na sua periferia ocupando o APC esquerdo em contigüidade com conduto auditivo interno (CAI) exercendo efeito compressivo no tronco cerebral (figura 2). Ressonância nuclear magnética (RNM) evidenciou lesão expansiva multilobulada medindo aproximadamente 3,5 x 4,3 x 3,0 cm apresentando pequena porção no interior do CAI e grande massa predominantemente cística na cisterna do APC determinando compressão com deslocamento do tronco cerebral e cerebelo contralateralmente (figura 3).

O paciente foi encaminhado ao serviço de neurocirurgia, onde foi submetido a procedimento cirúrgico para exérese da lesão pela via de acesso retrossigmóidea. Histopatológico da peça evidenciou diagnóstico histológico de schwannoma.

Paciente evoluiu no pós-operatório com discreta seqüela motora e parestesia em membro superior esquerdo e hipoestesia em hemiface esquerda. No pós-operatório precoce houve prejuízo à musculatura da mímica facial, que foi recuperada após sessões de fisioterapia.

Paciente referiu melhora dos limiares auditivos no pós-operatório. Audiometria pós-operatória revelou disacusia neurosensorial moderada bilateral (figura 4).

RNM pós-operatória mostrou ressecção completa da lesão com residual alargamento do espaço subaracnóide que exerce leve efeito compressivo sobre o cerebello (figura 5).

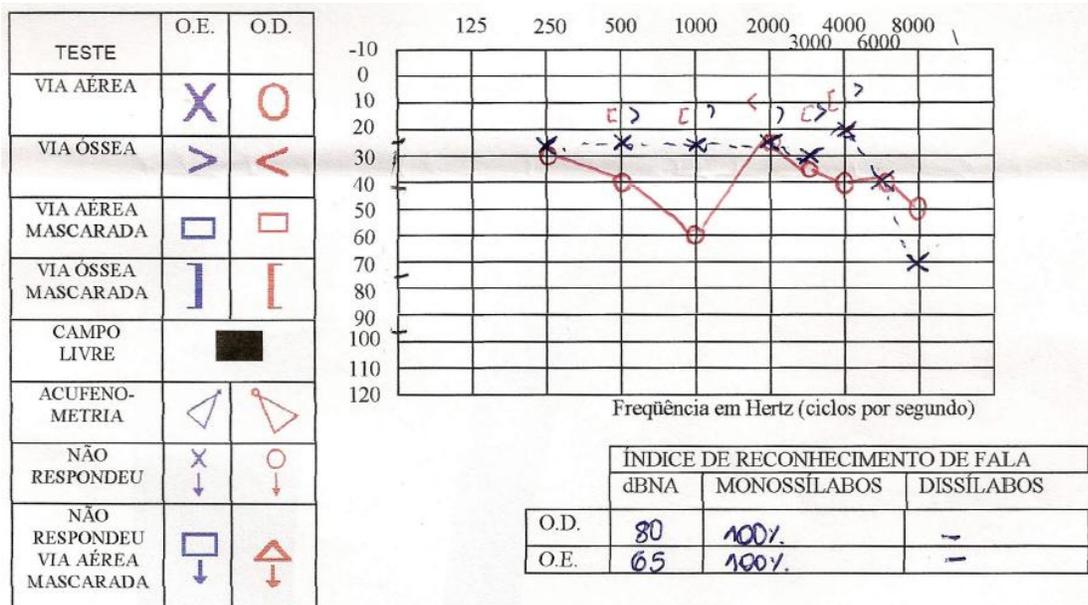


Figura 1: Audiometria Tonal demonstrando disacusia condutiva leve a moderada bilateral

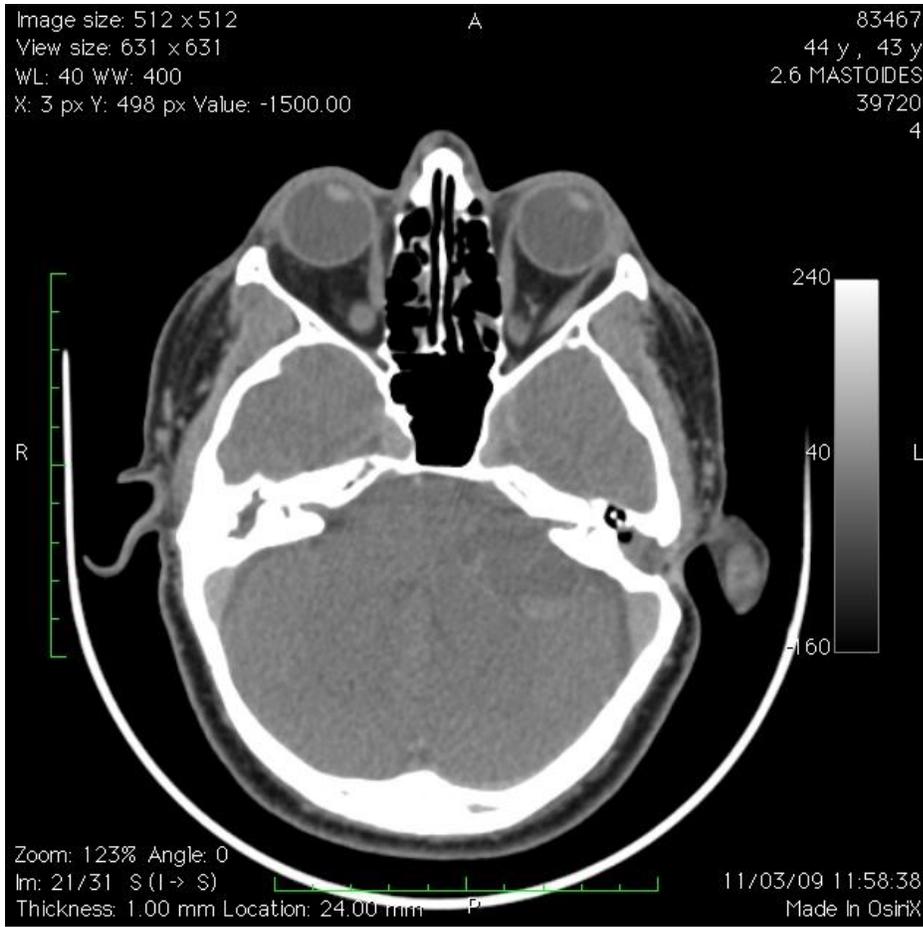


Figura 2: Tomografia computadorizada sugestiva de processo expansivo intracraniano em conduto auditivo interno esquerdo

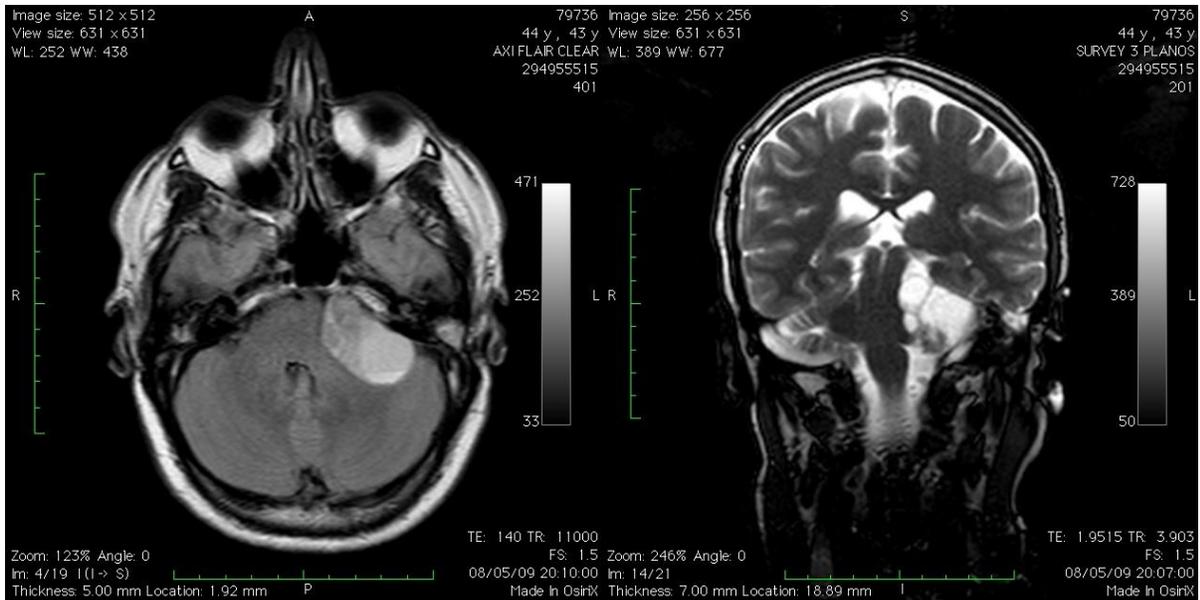


Figura 3: Ressonância Nuclear Magnética com lesão expansiva multilobulada em conduto auditivo interno esquerdo

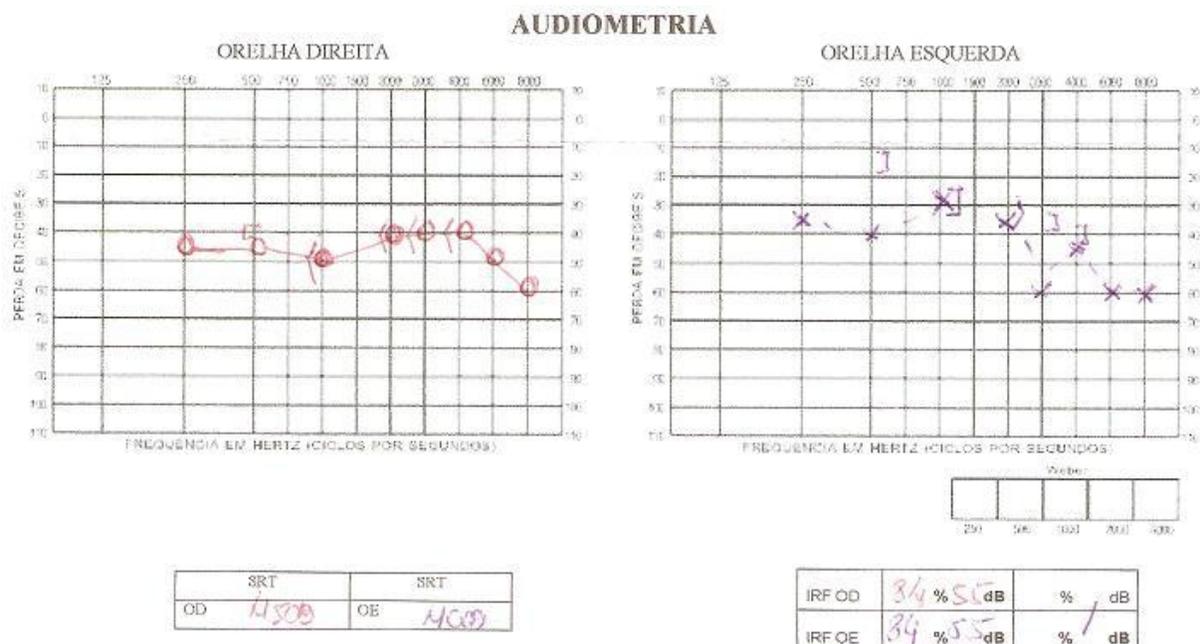


Figura 4: Audiometria pós-operatória demonstrando disacusia neurosensorial moderada bilateral

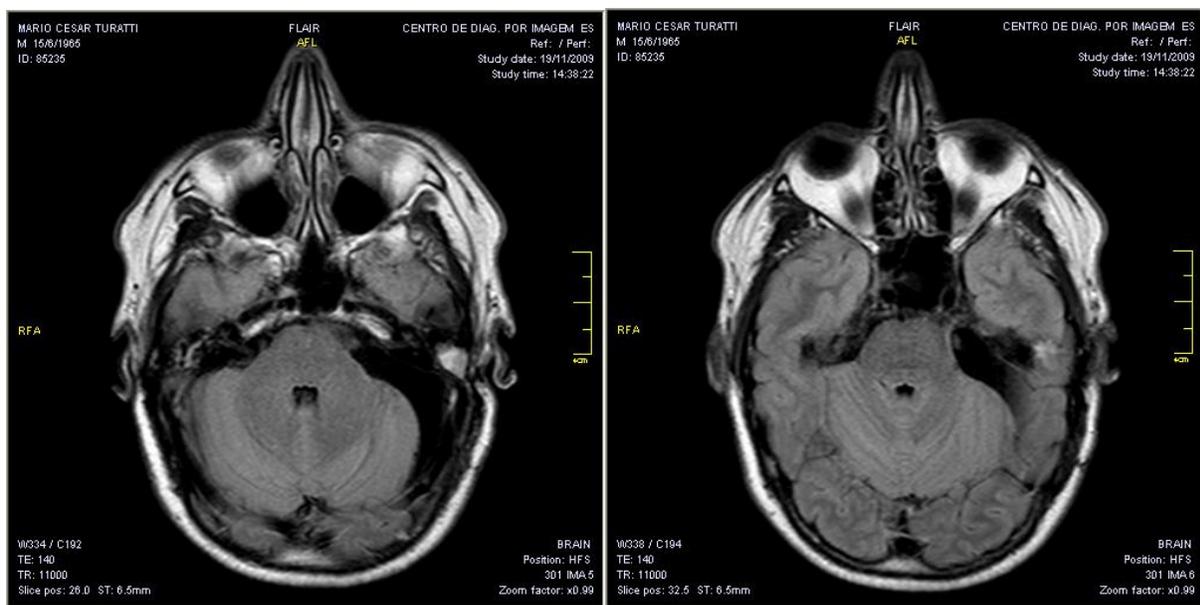


Figura 5: RNM pós-operatória demonstrando ressecção completa da lesão com residual alargamento do espaço subaracnóide que exerce leve efeito compressivo sobre o cerebello

3 Discussão

O SV é um tumor benigno que pode se manifestar de diversas maneiras, indo de assintomático até quadros neurológicos dramáticos. O volume tumoral pode variar de poucos milímetros até grandes volumes, dependendo do tempo de evolução⁴. A grande maioria desses tumores tende a apresentar crescimento lento, permanecendo assintomático durante toda a vida do paciente. Cerca de 69% destes tipo de tumor diagnosticados não apresentam crescimento e, destes, 16% chegam a apresentar regressão tumoral. Considerando os que apresentam crescimento, cerca de 70%, crescem menos de 2 mm ao ano².

A consistência do SV pode variar de amolecida até endurecida ou fibrosa. Na histologia encontra-se caracteristicamente uma cápsula conjuntiva que o envolve, com densidade celular moderada e irregularmente distribuída. De acordo com a arquitetura celular podem ser divididos em 2 tipos: tipo A(mais denso) e tipo B(menos denso) de Antoni, sendo que os 2 tipos podem ser encontrados no mesmo tumor⁴.

Segundo BÉBÉAR⁵, o tumor pode ser classificado em quatro fases, levando em consideração o seu volume e a fase de crescimento em que ele se encontra:

- Estagio I: tumor exclusivamente intracanalicular;
- Estagio II: tumor com pouca projeção para cisterna cerebelopontina, sem tocar o tronco cerebral e/ou cerebelo;
- Estagio III: tumor com grande projeção para a cisterna, tocando o cerebelo e/ou tronco cerebral, mas sem efeito compressivo;
- Estagio IV: tumor comprimindo o cerebelo e/ou tronco cerebral.

O quadro clínico do paciente geralmente varia de acordo com o estágio em que o tumor se encontra. No estágio I, o nervo coclear está acometido em 95% dos casos, levando

a sintomas como tinnitus, hipoacusia e mais tardiamente surdez de percepção. No estágio II podem-se observar sinais de comprometimento do V par craniano, que se manifesta com paralisia de face e alteração do reflexo corneano. Neste estágio, o VII par craniano normalmente está acometido, porém sua sintomatologia é escassa. Com a evolução tumoral para o estágio III e conseqüente comprometimento cerebelar, o paciente pode apresentar instabilidade da marcha e distúrbios da coordenação e da estática, sendo esses ipsilaterais ao tumor. Por fim, no estágio IV podem-se evidenciar sintomas da síndrome de hipertensão intracraniana⁴.

No paciente com quadro clínico característico de SV, é de fundamental importância a realização da otoscopia, para excluir patologias da orelha externa e média e o exame clínico dos pares cranianos. Posteriormente deve-se realizar a audiometria tonal e vocal, que classicamente demonstra perda auditiva neurosensorial unilateral e a audiometria de tronco cerebral (BERA), que tem uma sensibilidade de 95%¹. Em relação à propedêutica de imagem, a RNM é o padrão ouro, visto que em 15-20% não é possível a visualização de alterações na TC, sendo essas diagnosticadas apenas pela RNM, que deve ser realizada tanto no plano coronal quanto no sagital, fornecendo imagens sem artefatos além de evidenciar tumores intracanaliculares com diâmetro inferior a 13 mm⁴.

O tratamento do SV pode ser desde ressecção cirúrgica até a conduta conservadora, tendo essa uma indicação bastante selecionada, levando-se em conta a velocidade de crescimento tumoral e expectativa de vida, o tamanho da lesão e a clínica do paciente. Em relação ao tratamento cirúrgico, existem basicamente três vias principais de acesso para o conduto auditivo interno e ângulo ponto-cerebelar, que são: retrossigmóidea, translabiríntica e da fossa média. A via de abordagem a ser utilizada deve ser individualmente analisada de acordo com o caso do paciente e a experiência do cirurgião, visto que não existe nenhuma via que seja considerada superior às demais^{1, 2,4}.

Segundo a literatura o SV é mais comum em mulheres entre 50 e 60 anos¹ de idade, dado este que não corrobora com o nosso caso que era um paciente do sexo masculino e apresentou diagnóstico aos 38 anos.

De acordo com a literatura atual^{1,3,4}, as queixas que geralmente levam o paciente à primeira consulta são a hipoacusia e os tinidos, concordando com o caso do nosso paciente. Para ANGELI⁶ a hipoacusia apareceu em 75% dos casos e o tinido em 86% dos casos de uma série de 180 pacientes na primeira consulta.

Segundo a série de Matthies et Samii⁷ o nervo coclear está comprometido em 95% das vezes, concordando com o nosso relato que apresentava alterações clínicas decorrentes do comprometimento do nervo coclear como as acima citadas.

Nos estudos os métodos de eleição para o diagnóstico do SV são a TC e a RNM, sendo que o segundo apresenta uma ligeira vantagem por ser mais sensível e capaz de obter uma imagem com menor quantidade de artefatos proporcionando uma melhor definição da forma e dimensão da lesão. Porém é importante também a realização da TC além da RNM visto que esta é excelente para definir as relações do tumor com as estruturas ósseas do APC, auxiliando no planejamento cirúrgico^{1,4}. No nosso caso foi realizada inicialmente a TC devido à história de Otite Média Crônica e a persistência da queixa de hipoacusia que evidenciou uma lesão expansiva de 3,5 x 4,3 x 3,0 cm em região de APC comprimindo discretamente o tronco encefálico, tornando então desnecessária a realização do BERA e sendo posteriormente realizada uma RNM para melhor avaliação da lesão.

O tratamento de escolha para o nosso caso foi a exérese tumoral devido a tratar-se de paciente jovem e tumor de grande volume que comprimia discretamente o tronco cerebelar. A via de acesso optada foi via retrossigmóidea, que geralmente é a via de escolha dos neurocirurgiões principalmente quando se trata de tumores grandes, onde é realizada a craniotomia posterior ao seio sigmóide e incisão da dura-máter ao longo da margem posterior deste seio. Esta via possui como vantagem o fato de poder ser utilizada para qualquer volume tumoral, possibilita a preservação da audição e é a única via que permite a exploração do APC sem lesar estruturas do ouvido interno^{4,9}.

4 Conclusão

Concluimos, portanto a importância de se atentar para a inclusão do schwannoma vestibular como diagnóstico diferencial dos pacientes que apresentam como queixa principalmente hipoacusia e tinnitus, lembrando sempre também dos outros sintomas mais raros como: tontura, dor facial, cefaléia, disfunção de pares cranianos e outras disfunções neurológicas graves.

5 Bibliografia

- 1- Neto, S.C. Tumores do VIII Nervo - *Tratado de Otorrinolaringologia*. 1ª edição. São Paulo, ROCA, 2003.
- 2- PENIDO, N.O. et al. *Schwannoma vestibular: involução tumoral espontânea* - Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, vol. 73, no. 6. São Paulo, 2007
- 3- SETANNI, F. A. P. *Schwannoma vestibular: algumas considerações* – A Folha Médica. Rio de Janeiro, 1998
- 4- CAVALCANTE, J.E.; *Schwannoma Vestibular Diagnóstico e Tratamento* - Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. São Paulo, 1999
- 5- BÉBÉAR, J.P.;- *Apport des Techniques Récentes dans le Diagnostique et Traitement do Neurinome de l' Acoustique*. Thèse UFR des Sciences Médicales, Université de Boedeaux II. n. 227, Bordeaux, 1973.
- 6- ANGELI, S.I.; JAKSON, C.A.- Neurotological evaluation. In: HOUSE, W.F.; LUETJE, C.M.; DOYLE, K.J. – *Acoustic Tumors and Management*. San Diego, Singular, p. 27-83, 1997.
- 7- CORDULA MATTHIES, MADJID SAMII: Management of Vestibular Schwannomas (Acoustic Neuromas): The value of neurophysiology for evaluation and prediction of auditory function in 420 cases. evaluation and prediction of auditory function in 420 cases.
- 8- KOSUGI, E.M. et al. *Schwannoma vestibular como causa de surdez súbita* - Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, vol. 70, no. 6. São Paulo, 2004.
- 9- Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Disponível em www.sbn.com.br. Acesso em 20 de abril de 2010.