

Neurilemoma – relato de casos

Neurilemmoma – cases report

Larissa Cunha Cé*

Josiane Dallazen Bertol**

Miriam Lago Magro***

Soliete Oliveira da Silva****

Resumo

Este artigo apresenta dois casos de neurilemoma localizados na cavidade bucal de pacientes atendidos no Serviço de Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. Na revisão da literatura foram analisadas a etiologia, a origem, a genética, as características clínicas, microscópicas e imunoistoquímicas, bem como o diagnóstico, o diagnóstico diferencial, o tratamento e o prognóstico desta neoplasia. Avaliaram-se dados relativos à idade e sexo dos pacientes e à localização da lesão na cavidade bucal. Para confirmação dos diagnósticos, após realizada a técnica histológica de rotina (HE) os materiais obtidos nas biópsias excisionais foram encaminhados ao Serviço de Patologia do Hospital São Vicente de Paulo para exame imunoistoquímico, empregando-se o marcador para a proteína S-100.

Palavras-chave: Neurilemoma. Schwannoma. Neoplasia benigna. Células de Schwann. Exame imunoistoquímico.

Introdução

O neurilemoma, também referido como “schwannoma”, é uma neoplasia neural benigna, geralmente associada a um tronco nervoso, apresentando-se, na maior parte dos casos, como uma lesão encapsulada, de superfície lisa, de crescimento lento, indolor e de consistência borrachóide, podendo variar em tamanho de milímetros a alguns centímetros¹. Esta entidade, que possui causa e estímulo desconhecido², é originada da proliferação das células de Schwann, oriundas da crista neural do neurilema que envolve os nervos periféricos¹⁻³.

Segundo Batista⁴ (2004), a maior parte dos neurilemomas tem sido relacionada a alterações do cromossomo 22 ou à falta do gene NF2 (22q12), produto do cromossomo 22, um suposto gene supressor do tumor 4. Abrikossov em 1926 realizou uma descrição minuciosa com referência à possível histogênese desta neoplasia em músculo estriado, baseando-se na semelhança das células granulosas encontradas na lesão com os mioblastos⁵. O principal motivo da discordância em relação à teoria da origem muscular é o fato de o tumor comprometer órgãos em que fibras musculares estriadas não são normalmente encontradas. Ainda, Tomazoni e Maceira⁵ (1988) afirmam que os primeiros relatos sobre essas lesões foram encontrados em descrições de Müller no ano de 1835 e de Virchow

* Aluna do curso de mestrado em Patologia Bucal pela SL Mandic – Campinas - SP.

** Cirurgiã-dentista pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo.

*** Mestre em Endodontia, professora das disciplinas de Clínica Integrada e Endodontia da FO UPF.

**** Doutora em Estomatologia Clínica, professora das disciplinas de Patologia Geral, Patologia Bucal e Diagnóstico Oral da FO UPF.

em 1854, os quais constataram, após estudos histológicos e ultra-estruturais, que as células tumorais são semelhantes, morfológica e enzimaticamente, às células de Schwann em nervos traumatizados.

Alguns autores^{4,6}, ao se referirem ao neurilemoma, usam as expressões “schwannoma benigno”, “neurinoma”, “fibroblastoma perineural” ou, ainda, “neurolemoma”.

Clinicamente, os neurilemomas apresentam-se como lesões encapsuladas, de crescimento lento, que se originam em associação a um tronco nervoso¹ acompanhando nervos periféricos motores e sensoriais⁷. Segundo Batista⁴ (2004), são estruturas nodulares móveis, firmes e lisas à palpação, podendo variar de milímetros a centímetros. Com o crescimento, deslocam o tronco nervoso, mas não o envolvem¹, podendo, contudo, comprimi-lo⁸ e causar dor e parestesia na região⁹.

Segundo Neville et al.¹ (2004), 25 a 48% dos neurilemomas ocorrem na região de cabeça e pescoço, e de acordo com Pfeifle et al.⁷ (2001), apenas 1% mostra uma origem intrabucal. Quando localizados na cavidade bucal, ocorrem com maior frequência na língua, seguida pelo palato, assoalho da boca, gengiva, lábio e mucosa bucal^{5,10-11}. No entanto, são relativamente raros em relação às outras neoplasias.

Tomazoni e Maceira⁵ (1988) sustentam que neurilemomas incidem com maior frequência no sexo feminino, na proporção de 2:1, sendo relativamente incomuns em crianças. Já Ozbayrak et al.¹² (2000) afirmam que essas neoplasias podem acometer qualquer idade, especialmente a faixa etária situada entre a terceira e sexta décadas, sem predileção por sexo. Segundo Neville et al.¹ (2004), as lesões são mais frequentes em adultos jovens.

Em geral, as peculiaridades microscópicas do schwannoma tornam o diagnóstico fácil, pois células fusiformes que assumem dois padrões diferentes, Antoni A e Antoni B, são circundadas por uma cápsula^{2,6}. O tecido de Antoni A é caracterizado por fascículos fluídos de células de Schwann com forma espinhosa, frequentemente formando um arranjo em paliçada ao redor de uma área eosinofílica central acelular, conhecida como “corpúsculos de Verocay”. Estas estruturas são constituídas por membrana basal reduplicada e processos citoplasmáticos. O tecido tipo Antoni B é menos celular e menos organizado, estando as células com aspecto espinhoso arranjadas desorganizadamente num estroma mixomatoso frouxo^{1,4,12-14}.

Para confirmação do diagnóstico do neurilemoma, bem como da origem do tecido observado no estroma do tumor, podem ser utilizadas técnicas imuno-histoquímicas, como a proteína S-100, que é um marcador neuroectodérmico isolado do sistema nervoso central^{5,7,15}.

Não existem características específicas do schwannoma que permitam sua identificação em bases clínicas². Na cavidade bucal, o diagnóstico diferencial dos neurilemomas deve incluir neoplasmas mesenquimatosos benignos, como lipoma, fibroma traumático, leiomioma, tumor de células granulares,

neuroma traumático, neurofibroma e neoplasias de glândulas salivares^{4,7,11}.

O tratamento indicado é a excisão da lesão¹, da mesma forma como são tratadas outras neoplasias de nervos. Sendo uma lesão encapsulada, não há dificuldade em removê-la completamente, porém sugeriu-se que, quando a remoção completa não possa ser feita, não há risco de recorrência, pois, segundo Shafer⁶ (1985), a recidiva dessas lesões é rara. Todavia, essa não é considerada uma boa conduta clínica, exceto nos casos em que a remoção completa exige sacrifício extenso das estruturas adjacentes e resulte em deformidade para o paciente.

O prognóstico após a excisão cirúrgica é excelente¹, mas indica-se o acompanhamento clínico. O risco de malignização existe, porém é pouco comum em neoplasias de tecidos nervosos na cavidade bucal ou anexos⁶⁻¹⁶.

Neste artigo apresentam-se dois casos clínicos de neurilemoma em pacientes atendidos na disciplina de Diagnóstico Oral II da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo.

Relatos de casos

Obteve-se a autorização do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo para o uso do livro de registros e da disciplina de Diagnóstico Oral II para a consulta das fichas clínicas dos pacientes. Os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização das fotos clínicas e fotomicrografias.

Caso 1

Paciente feminino, 29 anos, compareceu à clínica da disciplina de Diagnóstico Oral II da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo com a queixa de uma lesão no lábio superior do lado direito, sem sintomatologia, com duração de três anos. No exame clínico constatou-se a presença de um nódulo ovóide, localizado na semimucosa do lábio superior, medindo aproximadamente 4 mm de diâmetro, de base sésil, coloração esbranquiçada e com halo eritematoso, com consistência firme e sem mobilidade. A paciente relatou ter apresentado previamente, no mesmo local, lesões de herpes simples. Na palpação da região cervical não foi possível constatar alterações nos linfonodos. As hipóteses diagnósticas foram de cisto epidermóide/dermóide ou adenoma. Foi realizada a exérese da lesão, sendo a peça encaminhada para exame histopatológico. O processo cicatricial após a biópsia transcorreu normalmente.

Na técnica de rotina (hematoxilina-eosina - HE), o diagnóstico foi de neurilemoma (Fig. 1). Para comprovação deste diagnóstico foi empregada a técnica imunoistoquímica, pela reação com a proteína S-100, no Laboratório de Patologia do Hospital São Vicente de Paulo, de Passo Fundo. Para tanto, foram processados cortes histológicos com 5 µm de espessura para coloração imunoistoquímica pela técnica da streptavidina-biotina.

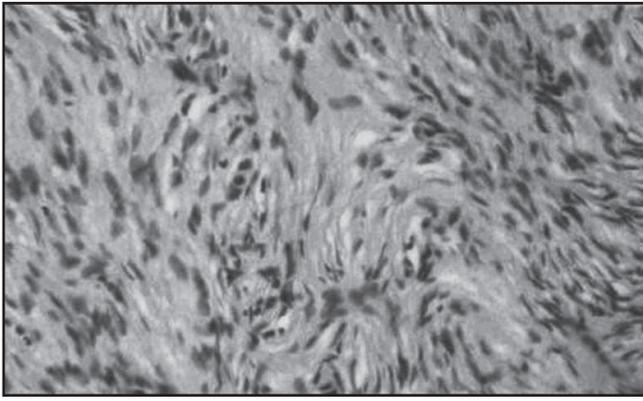


Figura 1 - Caso 1 - Zonas Antoni A, Antoni B e Campos de Verocay (HE - 100x)

Para a quantificação das marcações positivas do anticorpo, foi utilizado um microscópio óptico binocular (Olympus, Olympus Corporation 2-43-2®, Hattagaya, Shibuya-Ku, Tóquio, Japão) nas objetivas de 40x e 100x (Fig. 2). A análise da expressão imunohistoquímica foi considerada em relação ao percentual absoluto de células positivas ao antígeno pesquisado, tendo-se observado mais de 70% das células marcadas pela técnica. Dessa forma, confirmou-se o diagnóstico histopatológico de neurilemoma.

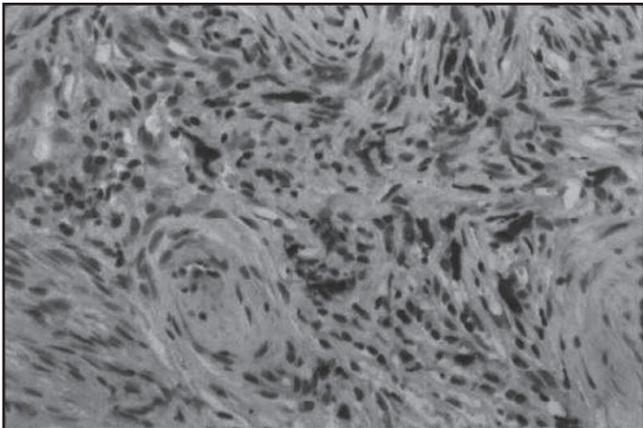


Figura 2 - Caso 1 - Expressão da proteína S-100 (100x)

Após três anos de acompanhamento não foi observada recidiva da lesão.

Caso 2

Paciente feminino, 26 anos de idade, compareceu à clínica da disciplina de Diagnóstico Oral II da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo com a queixa de uma lesão em língua, assintomática, com duração de um ano. No exame clínico do local constatou-se, no bordo direito de língua, a presença de um nódulo, com superfície lisa e lobulada, de cor rósea, com aproximadamente 15 mm de diâmetro, de base sésil, consistência borrachóide e sem mobilidade (Fig. 3). A paciente relatou como possível fator etiológico mordiscadas na língua, supostamente ocasionadas pela falta do dente 46. Os linfonodos submandibulares direitos apresentavam-se móveis e assintomáticos, sendo o diagnóstico clínico inicial de hiperplasia fibrosa. Realizada a excisão da lesão, a peça cirúrgica foi encaminhada para exame microscópico e o diagnóstico histopatológico, por meio de técnica histológica de rotina (HE), foi de neurilemoma (Fig. 4).



Figura 3 - Caso 2 - Aspecto clínico da lesão em bordo direito de língua

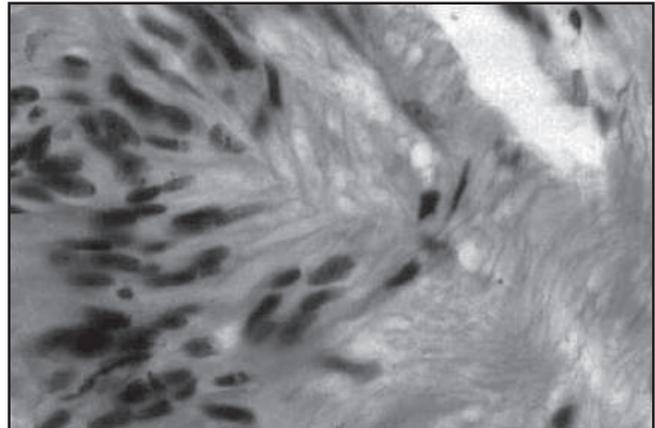


Figura 4 - Caso 2 - Zonas Antoni A e Campos de Verocay (HE - 400x)

Para confirmação do diagnóstico histopatológico de neurilemoma efetuou-se novamente a técnica imunohistoquímica pela reação com a proteína S-100, como no caso 1. Como resultado, obteve-se imunomarcagem positiva nas células do estroma da lesão (Fig. 5), confirmando o diagnóstico histopatológico.

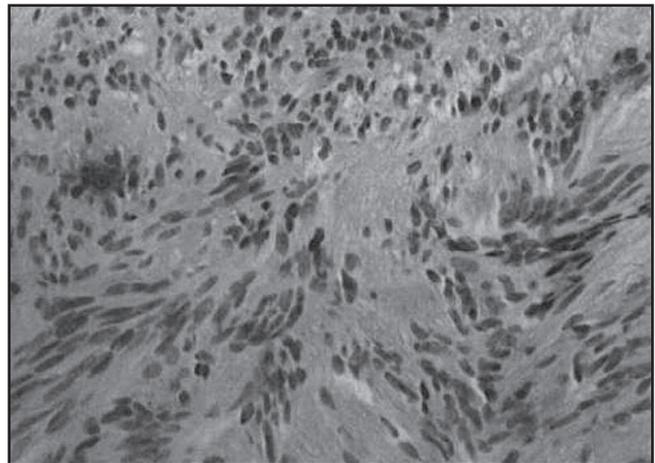


Figura 5 - Caso 2 - Expressão da proteína S-100 (100x)

Após trinta meses de acompanhamento clínico, não houve recidiva da lesão.

Discussão

As informações referentes ao sexo e idade dos pacientes, localização da lesão na cavidade bucal, possível etiologia e aspectos clínicos, assim como os dados a respeito do diagnóstico diferencial, tratamento

e prognóstico das lesões estudadas foram analisadas e comparadas com as da literatura consultada.

As características das lesões deste estudo diferem de algumas das observadas por Batista⁴ (2004). Este autor descreve os neurilemomas como nódulos móveis, firmes e lisos; no presente trabalho, a lesão do caso 2 não apresentou mobilidade, sendo sua superfície papilomatosa. Por outro lado, outras características observadas no presente estudo foram semelhantes às apresentadas na literatura, com as lesões mostrando-se encapsuladas, de crescimento lento, assintomáticas¹, de consistência firme e tamanho variável⁴. Entretanto, para Regezi e Sciubba² (1991) e Zachariades et al.⁹ (2001), se um tronco nervoso é deslocado e não envolvido pela neoplasia, poderá causar dor e parestesia na região pela compressão do nervo. Em ambos os casos descritos não houve sintomatologia dolorosa.

Segundo Santos et al.¹¹ (2002), o neurilemoma é mais comum em adultos jovens, mas registram-se casos desde a primeira infância até a idade avançada. No presente relato, as lesões acometeram adultos jovens do sexo feminino, concordando com os estudos de Tomazoni e Maceira⁵ (1988) ao afirmarem que a frequência dos neurilemomas no sexo feminino ocorre na proporção de 2:1.

No presente estudo, as neoplasias localizaram-se na semimucosa do lábio superior e no bordo de língua, respectivamente, sendo a língua a localização mais comum dos schwannomas bucais^{5,10}, embora possam ocorrer em outros sítios da mucosa bucal¹¹.

Ao exame histopatológico, foram observados dois padrões microscópicos: Antoni A, caracterizado por feixes de células fusiformes de Schwann formando um arranjo em paliçada ao redor de uma área eosinofílica central acelular, e Antoni B, menos celular e menos organizado^{1-4,7,12,14-15}. Para confirmação do diagnóstico histopatológico foi realizada a técnica imunoistoquímica pela reação com a proteína S-100, a qual é utilizada como marcador positivo para tumores derivados de nervos^{7,15}.

O tratamento realizado nos dois casos foi excisão cirúrgica, conforme o exposto por Neville et al.¹ (2004), a qual foi facilitada em razão de as lesões se apresentarem bem demarcadas e encapsuladas⁴.

O prognóstico após a remoção é favorável². Para Eversole¹⁷ (1984), a excisão simples é raramente complicada por recorrência. Esta informação foi confirmada, já que os casos descritos neste estudo não apresentaram recidiva, tampouco tendência à malignização, num período de acompanhamento de cerca de três anos, no caso 1, e de trinta meses, no caso 2. Segundo Neville et al.¹ (2002), as transformações malignas não ocorrem ou são extremamente raras, já que esse tumor tem evolução benigna⁵.

Considerações finais

Os casos clínicos relatados evidenciaram a necessidade do exame histopatológico para o diagnóstico dos neurilemomas, tanto pelo seu aspecto clí-

nico inespecífico como pela raridade de ocorrência das lesões. Além disso, a análise imunoistoquímica mostrou-se útil na confirmação do diagnóstico e da origem neural dos dois casos estudados.

Abstract

This article presents two cases of intraoral neurilemmoma located in the buccal cavity of patients at the Oral Diagnosis Service at the dentistry college in the University of Passo Fundo (FOUPF). In the literature review they had been analyzed the etiology, the origin, the genetics, the clinical, microscopic and imunoistochemical characteristics, as well as the diagnosis, the differential diagnosis, the treatment and the prognostic of this neoplasm. They assessed the data related to age and sex of the patients and to the localization of the injury in the oral cavity. In order to confirm the diagnosis, after accomplishing the histological technique of routine (HE), the materials obtained in the excisional biopsy were directed to the Pathology Service of the São Vicente de Paulo Hospital (HSVP) for imunoistochemical examination, using the marker for the S-100 protein.

Key words: Neurilemmoma. Schwannoma. Benign neoplasy. Schwann cells. Immunohistochemical exam.

Referências

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral & Maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 437-8.
2. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia Bucal: Correlações Clínico-patológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
3. Schuchmann MB, Miloro M, Allen CM. Asymptomatic parapharyngeal mass. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1997; 83(4):420-2.
4. Batista LM. Neurilemoma e neuroma traumático. [citado 2004 abr 30]. Disponível em URL: <http://www.medcenter.com.br>
5. Tomazoni W, Maceira JP. Schwannoma de células granulosas: investigação imuno-histoquímica com proteína S-100. A Folha Médica 1988; 97(4):219-21.
6. Shafer WG. Tratado de Patologia Bucal. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.
7. Pfeifle R, Baur DA, Paulino A, Helman J. Schwannoma of the Tongue: Report of 2 Cases. Journal Oral Maxillofacial Surgery 2001; 59:802-4.
8. Omura S, Nakajima Y, Kobayashi S, Ono S, Fujita K. Oral manifestations and differential diagnosis of isolated hypoglossal nerve palsy: report of two cases. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1997; 84:635-40.
9. Zachariades N, Skoura C, Papageorgiou G, Chrissomali E. Giant Ancient Neurilemmoma of the Cervical Region: Report of Case. Journal Oral Maxillofacial Surgery 2001; 59:668-72.
10. Asaumi JI, Konouchi H, Kishi K. Schwannoma of the upper lip: Ultrasound, CT, and MRI Findings. Journal Oral Maxillofacial Surgery 2000; 58:1173-5.
11. Santos RB, Corrêa M, Cherubini K, Figueiredo MAZ. Nódulo em dorso de língua: um exercício de diagnóstico. Rev Fac Odontol Passo Fundo 2002; 7(1):51-4.
12. Ozbayrak S, Olgac V, Dumlu A, Ercalik S, Pekiner FN. Neurinoma in the buccal mucosa. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry 2000; 25(1):83-6.
13. Guerra MFM, Campo FR, Artiñano FO, Pérez JS. Schwannoma of the Brachial Plexus: An Unusual Cause for a Cervical Mass. Journal Oral Maxillofacial Surgery 2001; 59:942-4.
14. Mesquita ATM, Verli FD, Lima NL, Santos CRR. Neurilemoma no lábio inferior. BCI - Revista Brasileira de Cirurgia e Implantologia 2002; 9(34):145-9.
15. Chrysomali E, Papanicolaou SI, Dekker NP, Regezi JA. Benign neural tumors of the cavity: A comparative immunohistochemical study. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1997; 84:381-90.

16. Hamakawa H, Kayahara H, Sumida T, Tanioka H. Mandibular Malignant Schwannoma With Multiple Spinal Metástases: A Case Report and a Review of the Literature. *Journal Oral Maxillofacial Surgery* 1998; 56:1191-6.
17. Eversole LR. *Clinical Outline of Oral Pathology: Diagnosis and treatment*. 2. ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1984. p. 131-2.

Endereço para correspondência

Miriam Lago Magro
Rua Moron, 1565, sala 304
CEP: 99010-033 – Passo Fundo - RS
Telefone: (54) 3313-4026
E-mail: lago@tpo.com.br

Recebido: 20.11.2005 Aceito: 04.12.2006