



Relato de Caso

Tumor de Triton maligno: uma causa rara de dor ciática e pé pendente[☆]

Maribel R. Gomes^{a,*}, Alexandre M.P. Sousa^b, Roberto J.A. Couto^a, Marco M.B. Oliveira^a, João L.M. Moura^a e Carlos A. Vilela^a

^a Hospital da Senhora da Oliveira, Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Guimarães, Portugal

^b Instituto Português de Oncologia, Serviço de Cirurgia Geral, Porto, Portugal

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 13 de junho de 2016

Aceito em 21 de julho de 2016

On-line em xxx

Palavras-chave:

Tumor de Triton

Neoplasias da bainha neural

Nervo ciático

R E S U M O

Os tumores malignos da bainha dos nervos periféricos (TMBNP) são muito raros e localizam-se mais frequentemente na região nadegueira, paraespinal, coxa ou braço; uma variante é o tumor de Triton maligno, com uma diferenciação rabdomiosarcomatosa. Apresentamos um diagnóstico diferencial desafiante de dor ciática e pé pendente em uma paciente com antecedentes de hérnia discal lombar, que se descobriu que era causada por um tumor de Triton do nervo ciático. A paciente foi submetida a excisão cirúrgica, seguida de radio e quimioterapia. Poucos casos de tumores de Triton malignos foram descritos e relatados na literatura. O tratamento recomendado é a excisão radical, seguida de radioterapia em alta dose e quimioterapia. O prognóstico, embora mau, depende da localização, do grau e das margens cirúrgicas da exérese.

© 2017 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Malignant Triton tumor: a rare cause of sciatic pain and foot drop

A B S T R A C T

Malignant peripheral nerve sheath tumors (MPNST) are very rare and are frequently localized in the buttocks, thigh, arm, or paraspinal region; one variant is the malignant Triton tumor, with rhabdomyosarcomatous differentiation. The authors present a challenging differential diagnosis of a sciatic pain and foot drop in a woman with history of lumbar disc herniation, which was found to be caused by a Triton tumor of the sciatic nerve. She

Keywords:

Triton tumor

Nerve sheath tumors

Sciatic nerve

[☆] Trabalho desenvolvido no Hospital da Senhora da Oliveira, Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Guimarães, Portugal.

* Autor para correspondência.

E-mail: maribelgomes@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt (M.R. Gomes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2016.07.018>

0102-3616/© 2017 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

underwent surgical excision, followed by radiation and chemotherapy. Malignant Triton tumor cases have rarely been described and reported in the literature. The recommended treatment is radical excision followed by high-dose radiotherapy and chemotherapy. The prognosis, although poor, depends on the location, grade, and completeness of surgical margins.

© 2017 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Os tumores malignos que se originam ou diferenciam das várias linhagens das bainhas nervosas são coletivamente denominados tumores malignos da bainha dos nervos periféricos (TMBNP); correspondem a uma pequena percentagem dos sarcomas de tecidos moles, podem ser esporádicos ou associados à neurofibromatose tipo 1.^{1,2}

São frequentemente localizados na região nadegueira, coxas, braços ou na região paraespinal. A maioria são sarcomas de alto grau, que metastizam frequentemente para os pulmões ou o osso; uma variante desse raro tipo é o tumor de Triton maligno, que tem uma diferenciação rabdomiosarcomatosa.^{1,3}

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 45 anos. Com antecedentes de lombalgia e dor ciática com agravamento progressivo nos últimos seis meses. Apresentava uma tomografia axial computadorizada (TAC) com evidência de hérnia discal L5-S1 esquerda (fig. 1). O seu médico assistente referenciou-a a uma consulta de ortopedia, estava a aguardar marcação, e prescreveu anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) por via intramuscular.

Contudo, nas duas semanas anteriores, a paciente notou uma tumefação dolorosa na nádega esquerda, que pensou estar relacionada com as injeções de AINEs, pelo que se dirigiu ao Serviço de Urgência de Ortopedia.

Ao exame físico evidenciava uma tumefação dura na nádega esquerda, hipostesia da perna esquerda sem território específico, um sinal de Lasègue positivo, marcha com pé pendente e abolição do reflexo de Aquiles.

Fez ecografia da nádega, que revelou uma massa vascularizada na região glútea esquerda. A ressonância magnética nuclear (RMN) confirmou uma lesão heterogênea de 10,5 × 4,5 cm, profundamente aos músculos glúteos e que entrava na cavidade pélvica através da incisura isquiática maior (figs. 2 e 3).

A doente foi submetida a uma biópsia tru-cut, que identificou um tumor de Triton maligno e, um mês depois, foi submetida a resseção em bloco do tumor e das raízes do nervo ciático. Dois meses após a cirurgia, foi submetida a radioterapia (RT) e quimioterapia (doxorubicina) adjuvantes.

De acordo com os resultados da anatomia patológica, a resseção cirúrgica foi completa e, juntamente com os dados da imagiologia, a lesão foi estadiada como um tumor pT2bNOM0, Grau III.



Figura 1 – Corte sagital de RMN da coluna lombar ponderada em T2 com evidência de hérnia discal L5-S1.

Quatro meses após a cirurgia, a paciente mantinha hipostesia e pé pendente, a eletromiografia confirmou neurotemese do nervo ciático. Foi referenciada à medicina física e de reabilitação, cumpriu plano de fisioterapia e marcha com ortótese antiequina.

Aos oito meses pós-operatório apresentava disestesias e queixas álgicas no nível da bacia com irradiação para o membro inferior esquerdo, renitentes à analgesia. Apresentava também febre, dispneia, obstipação e retenção urinária. Foi internada e pedida nova RMN da coluna lombar e bacia e TAC torácica.

A RMN identificou alterações estruturais no nível do sacro e dos ossos ilíacos, podiam ser sequelares à RT, mas não foi possível excluir lesões metastáticas; no entanto, não foram observadas imagens compatíveis com recidiva local (fig. 4). A TAC torácica revelou quadro compatível com síndrome de dificuldade respiratória aguda, assim como lesões nodulares, não foi possível excluir patologia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8598932>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8598932>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)