

Leiomioma de mão

Leiomyoma of hand

JEFFERSON LESSA SOARES DE
MACEDO¹

FELIPE AUGUSTO NEVES
OLIVEIRA DE CARVALHO²
SIMONE CORREA ROSA³

Trabalho realizado no
Serviço de Cirurgia Plástica do
Hospital Universitário de Brasília,
Brasília, DF, Brasil.

Artigo submetido pelo
SGP (Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 24/10/2010
Artigo aceito: 15/2/2011

RESUMO

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma jovem de 17 anos que desenvolveu leiomioma na mão esquerda: raro sítio anatômico de localização e idade incomuns de desenvolvimento da doença. O leiomioma é um tumor benigno de músculo liso, raro e incomum na mão, apresentando-se com maior frequência na parede da cavidade uterina. Quando de ocorrência em extremidades é mais comum na região das pernas, dos pés e dos tornozelos. Em geral se desenvolve entre a terceira e a quarta décadas de vida e raramente é identificado antes da ressecção cirúrgica. Dessa forma, faz-se necessário, para a confirmação do diagnóstico, um exame histológico.

Descritores: Leiomioma. Mãos. Tumor.

ABSTRACT

The aim of this report was to present the case of a leiomyoma with a rare anatomical location and an unusual age of disease onset. The patient was a 17-year-old girl who developed a leiomyoma of the hand. Leiomyoma is a benign smooth muscle tumor that most frequently occurs in the uterine cavity. When it occurs in the extremities, it is most common in the legs, feet, and ankles. Leiomyoma usually develops between the third and fourth decades of life and is rarely identified before surgical resection. Thus, a histological examination is necessary to confirm the diagnosis.

Keywords: Leiomyoma. Hand. Tumor.

INTRODUÇÃO

O leiomioma é uma neoplasia benigna de músculo liso, encontrada com mais frequência em mulheres, no útero. A ocorrência de leiomioma na mão é extremamente rara, em decorrência do mínimo conteúdo de músculo liso nessa área. Quando presente na mão é de origem predominantemente vascular, mas também pode advir de músculos eretores dos pelos, de músculos adjacentes a glândulas ou de tecidos moles profundos.

O presente trabalho visa a descrever o caso de uma jovem de 17 anos atendida no Serviço de Cirurgia Plástica

do Hospital Universitário de Brasília, cujo relato era de um nódulo indolor na mão esquerda, com crescimento há 7 anos. A partir de um estudo imuno-histoquímico, após a ressecção, houve o diagnóstico de leiomioma.

RELATO DO CASO

Paciente jovem, com 17 anos de idade, atendida no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário de Brasília com história de crescimento lento de um tumor indolor, na face volar do quinto dedo da mão esquerda, há 7 anos. O exame

1. Doutor, professor adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB), membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), Brasília, DF, Brasil.
2. Acadêmico da Faculdade de Medicina da UnB, Brasília, DF, Brasil.
3. Mestre em Medicina pela UnB, membro titular da SBCP, Brasília, DF, Brasil.

físico revelou tumor endurecido de 7 cm de diâmetro, móvel, não aderido a planos profundos e indolor à palpação (Figura 1). Os exames vascular, sensitivo e motor da mão esquerda não mostraram alterações significativas.

Quanto à operação, sob bloqueio do plexo braquial, foi realizada incisão na base do tumor. Um retalho de pele foi elevado e os pedículos neurovasculares da face volar do quinto dedo da mão esquerda foram identificados e preservados. O tumor era encapsulado e não envolvia bainhas tendinosas dos flexores do quinto dedo, vasos ou nervos digitais. A dissecação foi simples, em torno da cápsula, e o tumor foi retirado inteiramente (Figura 2).

O estudo imuno-histoquímico usando anticorpos diretamente contra actina alfa de músculo liso, desmina, proteína S-100 e antígeno de proliferação celular Ki-67 mostrou imunorreatividade difusa para desmina e actina de músculo liso e negativo para proteína S-100 e antígeno Ki-67. O diagnóstico foi de leiomioma (Figura 3). A paciente não apresentou recorrência da lesão no acompanhamento realizado dois anos após a operação, assim como não apresentou limitação motora ou sensitiva da mão esquerda (Figuras 4 e 5).



Figura 1 – Tumor de 7 cm de diâmetro, envolvendo a região volar do quinto dedo da mão esquerda.

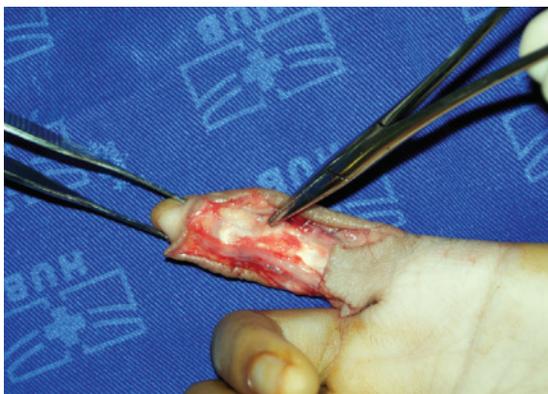


Figura 2 – Pós-operatório imediato, com preservação das estruturas tendinosas, nervosas e vasculares do quinto dedo da mão esquerda.

DISCUSSÃO

O leiomioma é uma neoplasia extremamente rara que acomete a musculatura lisa, predominantemente do útero, já que as células afetadas pelo tumor são hipersensíveis ao estrogênio. Já foi relatada sua ocorrência no esôfago, no intes-

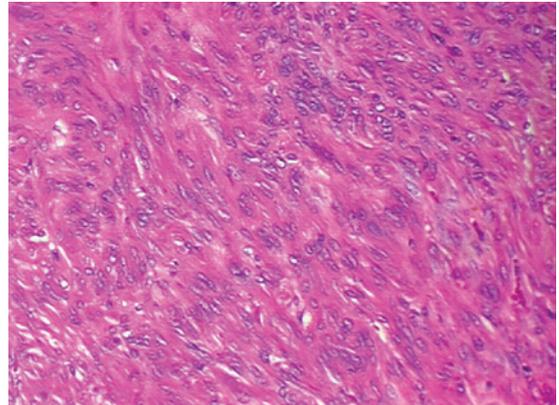


Figura 3 – Fascículos de células fusiformes, sem atipias (H.E. 100x).

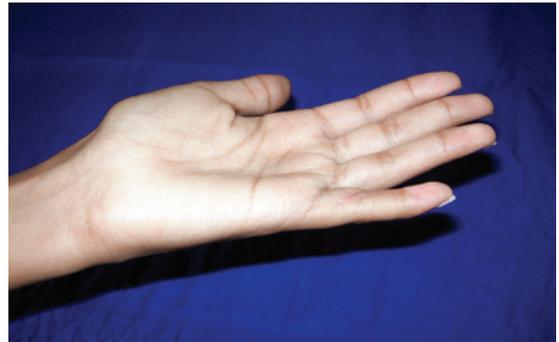


Figura 4 – Pós-operatório de 2 anos, com preservação da extensão do quinto dedo da mão esquerda.



Figura 5 – Pós-operatório de 2 anos, com preservação da flexão do quinto dedo da mão esquerda.

tino, nas pleuras pulmonares e nas extremidades inferiores¹. Existem poucos casos relatados na literatura médica do acometimento da mão, o que pode ser explicado pela escassez de músculo liso, já que os únicos presentes são na túnica média de vasos, nos músculos eretores e nos músculos adjacentes a glândulas. Os tipos de leiomioma são vascular, cutâneo e de tecidos moles profundos. Quando presente na mão, com mais frequência é vascular, cuja origem é a túnica média de veias¹. Os tumores cutâneos são intradérmicos e originam-se dos músculos eretores dos pelos. Os leiomiomas de tecidos moles profundos não têm sido descritos na mão, estando, em geral, presentes como grandes tumores de membros inferiores.

Normalmente, o leiomioma de mão ocorre entre a terceira e a quarta décadas de vida, acometendo mais mulheres que homens². O primeiro caso de leiomioma na mão foi publicado em 1960 por Butler et al.³. Na maioria dos casos, o leiomioma não afeta as estruturas ósseas e neurovasculares, possui aproximadamente 2 cm de diâmetro e é envolvido por uma cápsula.

Há poucos relatos de casos envolvendo crianças^{2,4}. A mais nova jovem relatada tinha 10 anos de idade e era portadora de síndrome de imunodeficiência humana. Essa paciente possuía múltiplos tumores na pele, dos quais alguns eram leiomiomas. Entre crianças, os mais frequentes tumores benignos da mão são aqueles advindos de malformação congênita⁵.

No exame clínico, detecta-se um nódulo que varia de 2 cm a 7 cm de diâmetro, sendo a maioria desses tumores < 2 cm, podendo existir partes calcificadas nos nódulos⁴. Ao paciente, quando em estado avançado, apresenta-se dolorido. A principal informação recolhida durante a anamnese é de um tumor que surgiu entre 6 meses e 12 meses, e que tende a ficar cada vez mais propenso à dor, provavelmente pela compressão de nervos. O exame mais recomendado para a análise das delimitações anatômicas do nódulo é a ressonância magnética, já que o exame radiológico apenas é capaz de demonstrar um tumor proeminente na mão, e a radiografia isolada não consegue prover um diagnóstico de tumor benigno. O que a ressonância magnética consegue mostrar é um tumor homogêneo, com as bordas definidas, sem envolvimento de estruturas neurovasculares, ajudando na diferenciação de tumores malignos, pois estes últimos envolvem geralmente estruturas neurovasculares.

O diagnóstico diferencial de tumores na mão inclui, entre outros, cistos sinoviais, fibroma, lipoma, schwannoma, tumor glômico, neurofibroma, neurilemioma, melanoma, fasceíte nodular, e malformações vasculares⁶.

A única forma de tratamento do leiomioma na mão é sua completa ressecção cirúrgica, pois o crescimento do tumor pode causar desconforto ao paciente, como dores ou algum tipo de dano à função motora da mão⁷. Não há, na literatura,

relatos de tumores de músculo liso que regrediram naturalmente ou por uso de drogas⁵. Após a completa ressecção, não existem relatos de recidiva do tumor^{4,5,7}.

Para se ter certeza do diagnóstico de leiomioma é necessário que se faça um estudo histopatológico do nódulo após ressecção cirúrgica. Histologicamente, o leiomioma é formado por fascículos de células fusiformes que tendem a se entrecruzar mutuamente em ângulos retos. As células tumorais possuem núcleos alongados e com extremidades rombas e mostram atipia mínima e poucas figuras mitóticas. Três tipos de leiomioma foram descritos: sólido, composto por feixes de músculo liso envoltos por vasos finos que cruzam algum outro; cavernoso, que contém canais vasculares dilatados com pequenas porções de músculo liso; e venoso, composto por canais com feixes grossos de músculo liso facilmente distinguíveis de feixes adjacentes de músculo liso^{1,8}.

No caso relatado, trata-se de leiomioma de origem cutânea, histologicamente sólido, com prognóstico favorável. Pela história relatada, o tumor começou a se desenvolver provavelmente aos 10 anos de idade. O caso destaca-se pela localização na mão, pelas dimensões e pela faixa etária da paciente.

O leiomioma é um raro tumor de mão, devendo-se considerar seu diagnóstico quando o paciente se apresenta com nódulo isolado de crescimento lento. O único tratamento é a completa ressecção cirúrgica. O diagnóstico só é confirmado após estudo histopatológico.

AGRADECIMENTO

À Dra. Larissa Sena Teixeira Mendes, da Área de Anatomia Patológica do Hospital Universitário de Brasília/Universidade de Brasília, pelo fornecimento do material histológico.

REFERÊNCIAS

1. Kulkarni AR, Haase SC, Chung KC. Leiomyoma of the hand. *Hand*. 2009;4:145-9.
2. Yang SS, Williams RJ, Bear BJ, McCormack RR. Leiomyoma of the hand in a child who has the human immunodeficiency virus. *J Bone Joint Surg Am*. 1996;78:1904-6.
3. Butler E, Hamil J, Seipel R, Dellorimier A. Tumors of the hand. A ten-year survey and report of 437 cases. *Am J Surg*. 1960;100:293-302.
4. Maresca A, Gagliano C, Marcuzzi A. Leiomyoma of the hand: a case report. *Chir Main*. 2005;24:193-5.
5. Boutayeb F, El Ibrahim A, Chraïbi F, Znati K. Leiomyoma in an index finger: report of case and review of literature. *Hand*. 2008;3:210-1.
6. Sobanko JF, Dagum AB, Davis IC, Kriegel DA. Soft tissue tumors of the hand. 1. Benign. *Dermatol Surg*. 2007;33:651-67.
7. Harb Z, Bismil Q, Ricketts DM. Trigger finger presenting secondary to leiomyoma: a case report. *J Med Case Rep*. 2009;3:7284.
8. Jimenez RM, Jaramillo D, Connolly SA. Imaging of the pediatric hand: soft tissue abnormalities. *Eur J Radiol*. 2005;56(3):344-57.

Correspondência para:

Jefferson Lessa Soares de Macedo
SQS 213 – Bloco H – ap. 104 – Asa Sul – Brasília, DF, Brasil – CEP 70292-080
E-mail: jls Macedo@yahoo.com.br