

CISTO SINOVIAL INTRANEURAL DO NERVO FIBULAR

RELATO DE CASO

ROBERTO SERGIO MARTINS, JORGE MARTINEZ**, PAULO HENRIQUE P. DE AGUIAR***, EDISON NAKAGAWA***, JOÃO ANTÔNIO TEDESCO-MARCHESE*****

RESUMO - Os autores apresentam um caso de um cisto sinovial intraneural ocorrendo no nervo fibular comum. O paciente apresentou-se com quadro de dor e dificuldade para a flexão dorsal e eversão do pé sendo submetido a exploração cirúrgica com exérese do cisto. Neste estudo são discutidos a patogênese, manifestações clínicas e tratamento desta rara lesão.

PALAVRAS-CHAVE: nervo fibular, cisto sinovial intraneural, nervo periférico.

Intraneural synovial cyst of the peroneal nerve: case report

ABSTRACT - The authors report the case of an intraneural synovial cyst of the peroneal nerve. The initial symptom was pain and weakness of dorsiflexion and eversion of the right foot. The patient was operated on and the cyst was totally resected. The authors discuss the pathogenesis, clinical diagnosis as well as the treatment of that uncommon lesion.

KEY WORDS: peroneal nerve, ganglion cyst, intraneural synovial cyst, peripheral nerve.

O cisto sinovial intraneural é patologia rara acometendo com maior frequência o nervo fibular na sua proximidade com a cabeça da fíbula¹⁷. Quando nesta localização, o quadro clínico mais frequente é dor e parestia ou paralisia do músculo tibial anterior com conseqüente pé caído. O diagnóstico clínico muitas vezes é de difícil execução pois a palpação local geralmente não identifica a lesão. Neste estudo relatamos o caso de um paciente portador de um cisto sinovial intraneural do nervo fibular e discutimos os principais aspectos da patogênese, manifestações clínicas e tratamento desta patologia.

RELATO DO CASO

NRB, paciente de 18 anos de idade, sexo masculino, admitido 8 meses após apresentar quadro de dor de início súbito com característica de pontada no terço proximal da face lateral da perna direita (D) que ocorria principalmente ao caminhar e melhorava com o repouso. Após 1 mês do início do quadro álgico subitamente apresentou dificuldade para a realização da flexão dorsal e eversão do pé D e diminuição da sensibilidade na metade proximal da face lateral da perna D.

Ao exame apresentava força grau I na flexão dorsal e eversão do pé D com hipotesia tátil térmica e dolorosa no território do nervo fibular. O sinal de Tinel-Hoffman era obtido com a percussão da região da cabeça da fíbula.

Disciplina de Neurocirurgia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP): *Médico-Preceptor; **Residente; ***Médico-Assistente; ****Professor Assistente Doutor. Aceite: 22-julho-1997.

Dr. Roberto Sergio Martins - Divisão de Clínica Neurológica, Hospital das Clínicas, FMUSP - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 255 - 05403-000 São Paulo SP - Brasil.

A tomografia computadorizada da região do joelho D não evidenciou qualquer lesão e a eletroneuromiografia demonstrou lesão periférica crônica sensitivo-motora acometendo o nervo fibular comum ao nível do joelho, de grave intensidade no ramo motor profundo. Esta lesão apresentava ainda as seguintes características: degeneração total das fibras motoras e ausência de sinais de reinervação crônica do ramo motor profundo do nervo fibular D; degeneração leve de fibras motoras e sinais de reinervação crônica no ramo motor superficial do nervo fibular D; degeneração sensitiva descendente moderada no nervo fibular superficial D.

O paciente foi submetido a exploração cirúrgica no terço proximal da face lateral da perna D. Identificado o nervo fibular comum de calibre espessado e, após a abertura do perineuro, observou-se uma lesão cística translúcida. Com auxílio de técnica microcirúrgica a lesão foi ressecada na sua totalidade. O conteúdo do cisto apresentava aspecto mucinoso. O exame anátomo-patológico da lesão revelou tecido conectivo denso, revestido por mesotélio sem congestão vascular, compatível com parede de cisto sinovial. Dois meses após a intervenção houve recuperação da sensibilidade na área relacionada e da força motora para a eversão do pé.

DISCUSSÃO

De forma pouco frequente os cistos sinoviais podem causar sintomas secundários a compressão do nervo fibular comum e, nesta situação, podem estar localizados tanto extra como intraneuralmente^{5,7,11,15,17,23}. Na literatura foram descritos 67 casos de cistos intraneurais do nervo fibular, 62 destes revistos por Nucci et al. (incluindo 2 de sua própria casuística) somados a mais 5 casos relatados a partir de 1990^{5,12,16,17,21,23}.

Várias teorias foram propostas para explicar a ocorrência de cistos sinoviais intraneurais. Segundo Jenkis, estes cistos ocorreriam como resultado evolutivo de uma neoplasia benigna do próprio nervo que, após episódios de necroses sucessivas, formaria uma cavidade cística^{9,21}. De acordo com Brooks e Jensen os cistos se desenvolveriam a partir de células embrionárias de tecido sinovial ectópico^{1,10}. Segundo Gurdjian et al. e Masciocchi et al. o desenvolvimento de hematomas intraneurais pós-traumáticos pode, em alguns casos, originar cistos intraneurais a partir da reabsorção do hematoma ou deposição de substâncias mucinosas produzidas por células em metaplasia^{8,14}. Outros autores acreditam que estes cistos se originam a partir da degeneração cística do tecido conectivo do epineuro ou perineuro^{2,3}. De acordo com vários autores, em cerca de 40% dos casos o cisto está localizado apenas parcialmente no interior do nervo e apresenta-se em continuidade com uma cavidade sinovial da articulação adjacente através de haste de fino calibre^{19,20,22}. Nestes casos o cisto se origina na articulação e invade secundariamente o nervo. Esta hipótese é chamada de teoria sinovial sendo a mais aceita na literatura pelas evidências anatômicas e pelo aspecto histológico da lesão^{17,20,22}. Mais recentemente, Pazzaglia et al. formularam outra hipótese para a ocorrência desta patologia. Segundo estes autores o cisto sinovial intraneural ocorreria a partir da infiltração de material mucinoso pela fusão da parede do cisto com o epineuro após uma compressão crônica. O material constituinte do cisto invadiria o interior do epineuro e provocaria dissociação secundária e degeneração progressiva dos fascículos¹⁹.

Em 80% dos casos relatados na literatura os pacientes portadores de cistos sinoviais do nervo fibular são do sexo masculino e em 25% há antecedente de trauma na região do joelho^{2-4,5,7,19,20,21}. O sintoma mais frequente é dor na região lateral do joelho com irradiação para a face lateral da perna até o maléolo lateral e dorso do pé, como também fraqueza dos músculos do compartimento anterior da perna ocasionando paralisia ou parestesia da flexão dorsal e eversão do pé^{12,18}. Em alguns casos a palpação da região pode revelar massa de consistência cística mas muitas vezes o cisto só é detectado com a exploração cirúrgica^{3,22}.

A eletroneuromiografia é útil na localização da lesão e na avaliação da severidade do acometimento¹⁶. O diagnóstico por imagem na maioria dos casos é possível com a realização da tomografia computadorizada e a ressonância magnética^{6,13}, porém alguns autores relataram a possibilidade da realização do diagnóstico com a utilização da ultrassonografia^{7,12}.

O tratamento preconizado para este tipo de patologia deve ser a exérese microcirúrgica precoce que permitiria a ressecção radical sem lesão dos fascículos¹⁷. De acordo com Fransen et al. somente

a punção e o esvaziamento do cisto apresentam altas taxas de recorrências⁵. O prognóstico do acometimento motor depende do grau de comprometimento funcional e duração da compressão. A melhora da sintomatologia geralmente ocorre se o déficit motor é incompleto e com duração inferior a alguns meses.

REFERÊNCIAS

1. Brooks DM. Nerve compression by simple ganglia: a review of thirteen collected cases. *J Bone Joint Surg* 1952;34:391-400.
2. Clark K. Ganglion of the lateral popliteal nerve. *J Bone Joint Surg* 1961;43:778-783.
3. Cobb CA, Moiel RH. Ganglion of the peroneal nerve: report of two cases. *J Neurosurg* 1974;41:255-259.
4. Eiras J, Cosamalón PJ. Intraneural ganglion of the common peroneal nerve. *Neurochirurgia* 1979;22:145-150.
5. Franssen P, Thauvoy C, Sindic CJM, Stroobandt G. Intraneural ganglionic cyst of the common peroneal nerve: case report and review of the literature. *Acta Neurol Belg* 1991;91:231-235.
6. Gambari PI, Giuliani G, Poppi M, Pozzati E. Ganglionic cysts of the peroneal nerve at the knee: CT and surgical correlation. *J Comput Assist Tomogr* 1990;14:801-803.
7. Ghossain M, Mohasseb G, Dagher F, Ghossain A. Compression du nerf sciatique poplite externe par un kyste synovial. *Neurochirurgie* 1987;33:412-414.
8. Gurdjian ES, Larsen RD, Lindner DW. Intraneural cyst of the peroneal and ulnar nerves: report of two cases. *J Neurosurg* 1965;23:76-78.
9. Jenks SA. Solitary tumors of the peripheral nerve trunks. *J Bone Joint Surg* 1952;34:401-411.
10. Jensen DR. Ganglia and synovial cysts. *Ann Surg* 1937;105:592.
11. Katz MR, Lenobel MI. Intraneural ganglionic cyst of the peroneal nerve: a case report. *J Neurosurg* 1970;32:692-694.
12. Leijten FSS, Willem-Frans A, Puylaert JBCM. Ultrasound diagnosis of an intraneural ganglion cyst of the peroneal nerve: case report. *J Neurosurg* 1992;76:538-540.
13. Leon J, Marano G. MRI of peroneal nerve entrapment due to a ganglion cyst. *Magn Reson Imag* 1987;5:307-309.
14. Masciocchi C, Innacoli M, Cisternino S, Barile A, Rossi F, Passariello R. Myxoid intraneural cysts of external popliteal ischiadic nerve: report of 2 cases studied with ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging. *Eur J Radiol* 1992;14:52-55.
15. Muckart RD. Compression of the common peroneal nerve by intramuscular ganglion from the superior tibio-fibular joint. *J Bone Joint Surg* 1976;58:241-244.
16. Nicholson TR, Cohen RC, Grattan-Smith PJ. Intraneural ganglion of the common peroneal nerve in a 4-year-old boy. *J Child Neurol* 1995;10:213-215.
17. Nucci F, Artico M, Santoro A. Intraneural synovial cyst of the peroneal nerve: report of two cases and review of the literature. *Neurosurg* 1990;26:339-344.
18. Parkes A. Intraneural ganglion of the lateral popliteal nerve. *J Bone Joint Surg* 1961;43:784-790.
19. Pazzaglia UE, Pedrotti L, Finardi E. Kyste synovial intraneural du nerf sciatique poplite externe. *Acta Orthop Belg* 1989;55:253-256.
20. Robert R, Resche F, Lajat Y, Tholouzan E, De Kersaint-Gilly A, Descuns P. Kyste synovial intraneural du nerf SPE. *Neurochirurgie* 1980;26:135-143.
21. Rondepierre P, Martini L, Wannin G, Floquet J. Kyste intraneural: une cause rare de paralysie du nerf sciatique poplite externe. *Rev Neurol (Paris)* 1990;146:375-376.
22. Scherman BM, Bilbao JM, Hudson AR, Briggs SJ. Intraneural ganglion: a case report with electron microscopic observations. *Neurosurgery* 1981;8:487-490.
23. Tatagiba M, Penkert G, Samii M. Ganglien peripherer Nerven. *Zentralbl Neurochir* 1993;54:171-173.