

**FACULDADES SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA**

ALESSANDRA FEDER HERMIDA
PROFESSOR-ORIENTADOR

LINFOMA NÃO HODGKIN – RELATO DE CASO

Rio de Janeiro

2019

Linfoma não Hodgkin – Relato de caso
Non-Hodgkin lymphoma: case report

Nome do autor

Alessandra Feder Hermida

Orientador

Rosângela Varella Silva

INTRODUÇÃO:

Os linfomas não-Hodgkin (LNH) são doenças malignas clonais que resultam de mutações na célula linfóide progenitora (Neto, 2008) O caso aqui apresentado é de um portador de LNH com acometimento hemiface do lado direito com extensão a cervical e base crânio, em que o diagnóstico da neoplasia foi feito a partir de biópsia incisiva.

Na cavidade oral, o LNH representa menos de 5% de todas as malignidades orais e, aproximadamente, 85% dessas lesões envolvem as tonsilas e a região posterior do palato, corroborando com o caso relatado, no qual a localização anatômica foi o palato(Farias, 2009).

O linfoma não-Hodgkin ocorre primariamente em adultos, apesar de crianças poderem ser afetadas, seus sinais e sintomas, dependendo do tipo de linfoma e da sua localização no corpo, em geral é observado aumento de volume dos gânglios linfáticos (principalmente em pescoço, virilha ou axila), geralmente indolor, podendo relatar febre, prurido, suores noturnos e perda de peso. Em alguns casos, pode não causar sintomas até que cresça o suficiente.

A malignidade pode se desenvolver nos tecidos moles orais ou centralmente nos maxilares. As lesões de tecidos moles aparecem como aumentos de volume indolores e difusos; afetam mais comumente o vestíbulo oral, o palato duro posterior ou a gengiva (Neville, 2004)

É utilizada a tomografia computadorizada para identificar se algum linfonodo ou órgão está aumentado. Podendo ser administrado o contraste por via intravenosa para observar mais claramente certos detalhes e obter um diagnóstico mais preciso.

Possui associação com HIV, Epstein-barr e Htlv1, e pela bactéria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

O linfoma não-Hodgkin (LNH) é uma das complicações oncológicas mais frequentes em portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). O risco de desenvolvimento do Linfoma não- -Hodgkin nos pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) está diretamente relacionado à imunossupressão crônica (Marques, 2010).

O tratamento é a quimioterapia, associada ou não à radioterapia e à imunoterapia com anticorpos monoclonais e citoquinas.

Quando as abordagens não atingem os resultados esperados e nas recidivas da doença, o transplante de medula óssea é um recurso.

Existem mais de 20 tipos de Linfoma não Hodgkin. A célula maligna possui fenótipo de célula B, T ou NK.

O linfoma de células B acomete cerca de 90% de todos os casos de linfoma. O linfoma difuso de grandes células B é a forma mais comum dos linfomas não Hodgkin e acomete principalmente adultos, mas também se manifesta em crianças. O linfoma difuso de grandes células B pode ocorrer fora dos linfonodos, sendo denominados extranodais (Neville, 2004).

Os linfomas de células T e Nk são considerados mais raros.

Os LNH foram divididos em três categorias: baixo, intermediário e alto grau, de acordo com as curvas de sobrevida. No trabalho original, realizado pelo National Cancer Institute em 1982, foram estudados 1.153 pacientes. É observado 19,3% (28 casos) de baixo grau, 67% (97 casos) de grau intermediário e 12,4% (18 casos) de alto grau.

O estudo imunoistoquímico é fundamental para classificação.

Os linfomas de baixo grau caracterizam-se por baixo índice de proliferação celular, células de tamanho pequeno, formação de grandes massas linfonodais, envolvimento freqüente de medula óssea e de sítios extranodais. Paradoxalmente, são tumores de baixa agressividade, com sobrevida de anos mesmo sem tratamento específico. Por

outro lado, linfomas de alto grau apresentam alto índice de proliferação celular, células grandes, linfonodomegalias localizadas, porém com alta agressividade, cursando com sobrevida de semanas a meses se não tratados. (Sánchez-Beato, 2003).

RELATO DE CASO

Paciente W.S.L , masculino, 39 anos de idade, foi admitido no Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro para avaliação. Durante a anamnese relatou ser portador de Diabetes Melitus, em uso regular de insulina e com queixa de inchaço súbito na face há dois meses, dificuldade respiratória ao deitar e disfagia. Informou ainda que já havia buscado atendimento em uma unidade básica de saúde do Município onde foi tratado como infecção odontogênica, sem melhora. Ao exame clínico, observou-se extenso aumento de volume endurecido em hemiface direita, acometendo a região cervical, infra-temporal, palato duro e mole ipsilateral. (Fotos 1, 2 e 3) Os dentes pré-molares e molares superiores direito apresentavam grande mobilidade. A tomografia computadorizada da face revelou uma extensa massa envolvendo a maxila direita, com extensão a região cervical, infratemporal e base do crânio. (Fotos 4 e 5) O paciente foi submetido a biópsia intra-oral, em fundo de vestibulo, na região correspondente aos pré-molares superiores direito. O laudo histopatológico foi compatível com Linfoma não Hodgkin e o bloco seguiu para imunohistoquímica para sub-tipagem. O paciente foi encaminhado ao Instituto Nacional do Cancer (INCA) para tratamento.

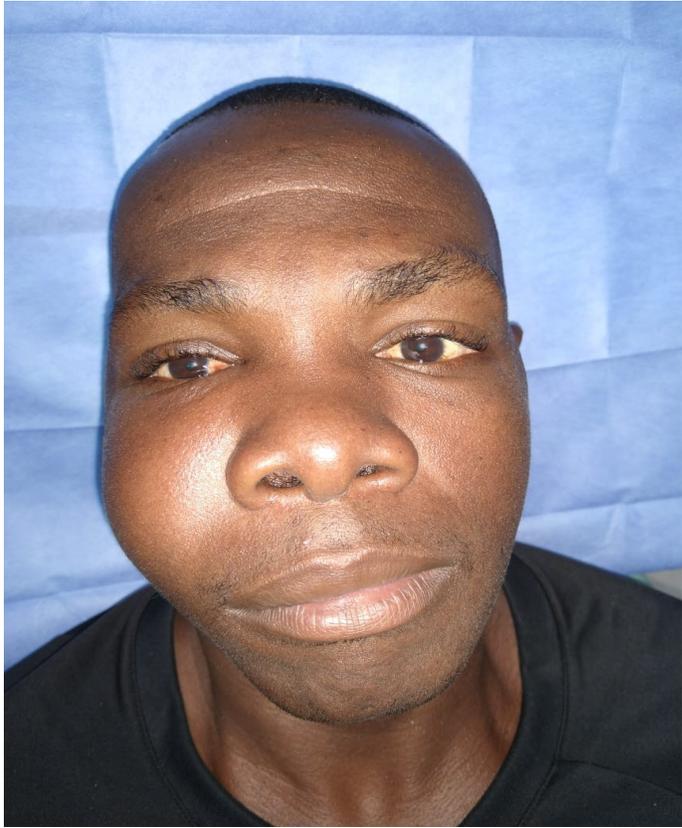


Foto 1- Vista frontal da lesão



Foto 2 - Vista lateral da lesão

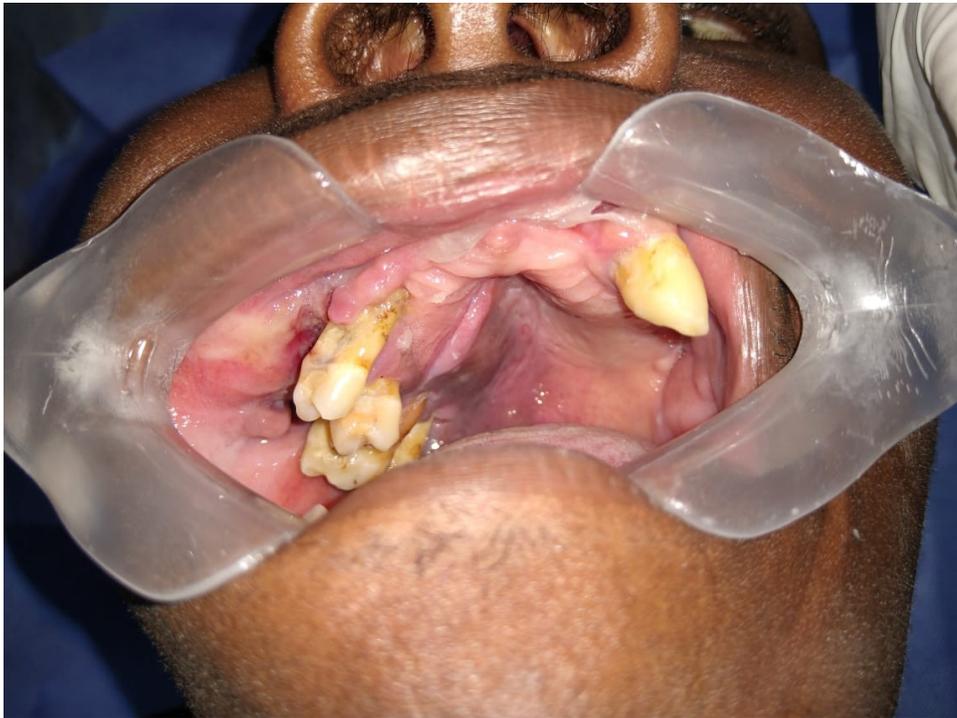
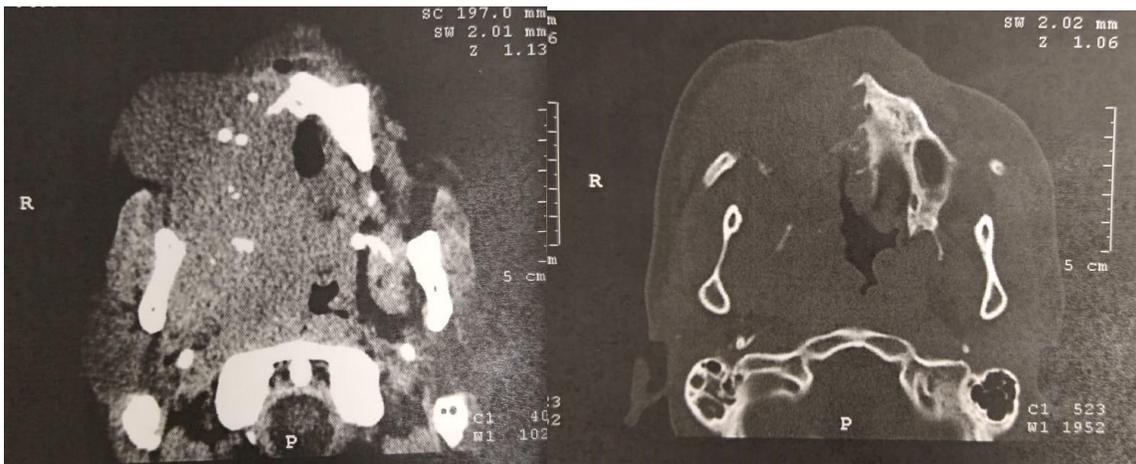


Foto 3 - Vista intra-oral da lesão



Fotos 4 e 5 – Tomografia computadorizada da face

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os linfomas são lesões malignas agressivas e podem acometer a região bucal. Nestes casos, cabe ao cirurgião dentista diagnosticar o quanto precocemente possível esta lesão, para o encaminhamento ao tratamento onco-hematológico. No caso aqui relatado, a biópsia da cavidade bucal propiciou este seguimento.

REFERÊNCIAS

1. Neto MM, Jalil EM, Araújo IB. Linfomas não-Hodgkin extranodais em Salvador-Bahia: Aspectos clínicos e classificação histopatológica segundo a OMS-2001. Rev Bras Hematol Hemoter. 2008;30(1):36-40
2. Albuquerque AP, Aguni JS, Correia RJ, Vegini F, Souza AD. Linfoma de células da zona do manto em anexos oculares: relato de caso. Arq Bras Oftalmol. 2006; 69(3):421-5.
3. Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Anatomia Patológica. Anatomia Patológica para Graduação. Leucemia linfóide crônica ou linfoma linfocítico [Internet]. Campinas: UNICAMP
4. Farias JG, Meirelles MM, Freitas TM, Carneiro GG. Linfoma não- Hodgkin de células T em cavidade oral: relato de caso. Rev Bras Odontol. 2009;66(4):122-6
5. Gasparin AB, Ferreira FV, Danesi CC, Mencoza-Sassi RA, Silveira J, Martinez AM, et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. Cad Saúde Pública. 2009;25(6):1307-15
6. Shipp MA, Harris NL. Linfomas não-Hodgkin. In: Goldman L, Bennett JC, editors. Cecil Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.1069-77.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
8. Marques A, Masur H. Aids: manifestações clínicas, In: Veronesi R, Focaccia R, editores. Tratado de infectologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010. p. 99-121.

9. Sánchez-Beato M, Sánchez-Agulera A, Piris MA. Cell cycle deregulation in B-cell lymphomas. *Blood*. 2003;101(4):1220-35.