

LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: CAVIDADE ORAL COMO SÍTIO PRIMÁRIO – RELATO DE CASO CLÍNICO LARGE-CELL B-DIFFUSED LYMPHOMA NON-HODGKIN: ORAL ORALITY AS PRIMARY SITE - CLINICAL CASE REPORT

Thuani Barbatti de Azevedo

Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Stéphanie Souza Almeida Fonseca

Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Suelen Cristina SartorettoLorenzi

Doutora em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil. Professora da disciplina de Cirurgia Bucal da Universidade Iguazu, Nova Iguaçu / RJ, Brasil.

Adriana Terezinha Neves Novellino Alves

Doutora em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil. Professora da disciplina de Diagnóstico Bucal da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Josiane Costa Rodrigues de Sá

Doutora em Odontologia pela Universidade de São Paulo, São Paulo / SP, Brasil e professora da disciplina de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Doutor em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil. Professor da disciplina de Cirurgia Oral Menor da Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

Instituição na qual o trabalho foi realizado: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense Niterói/RJ

Categoria: Relato de caso

ThuaniBarbatti de Azevedo

Rua Coronel Veiga 1130, bl 106, apto 401 (24)993141498

thuani_bz@hotmail.com

RESUMO

O Linfoma de células B acomete cerca de 90% de todos os casos de linfoma e é forma mais comum dos linfomas não-hodgkin e acomete principalmente adultos. A manifestação primária na cavidade oral é rara, sendo a secundária sua forma mais comum de ser encontrada. Neste relato de caso, Paciente M.P.E.C., melanoderma, 68 anos, gênero feminino, compareceu a clínica diagnóstica da FOUFF, com aumento de volume na região de maxila, sem sintomatologia dolorosa. O diagnóstico histológico e imuno-histoquímico confirmou Linfoma de células B de alto grau. A paciente foi encaminhada para tratamento Onco-hematológico no Hospital Universitário Antônio Pedro, onde se encontra ainda em tratamento. Após o final do tratamento, a paciente retornará para ser reabilitada e fazer o acompanhamento periodicamente.

Palavras-chaves: Linfoma não-hodgkin, células B, cavidade oral, manifestação primária

ABSTRACT

B-cell lymphoma affects about 90% of all cases of lymphoma and it is the most common form of non-hodgkine lymphomas affecting mainly adults. Primary manifestation in the oral cavity is rare, and secondary manifestation is its most common form. In this case report, patient M.P.E.C., melanoderma, 68 years old, female, attended the FOUFF diagnostic clinic, with increased volume in the jaw region, without painful symptoms. Histological and immunohistochemical diagnosis confirmed high-grade B-cell lymphoma. The patient was referred for onco-hematological treatment at Antônio Pedro University Hospital, where she is still undergoing treatment. After the end of treatment, the patient will return to be rehabilitated and followed up periodically.

Keywords: Non-Hodgkin's lymphoma, B-cell, oral cavity, primary manifestation

INTRODUÇÃO

Linfomas são transformações neoplásicas de células linfóides normais que residem predominantemente em tecidos linfóides. Estes em região de cavidade oral representam menos de 5% das lesões malignas, porém são a segunda neoplasia mais comum nessa região, perdendo apenas, para o carcinoma de células escamosas.¹

Esta lesão se divide morfológicamente em dois tipos: linfoma Hodgkin (LH) e linfomas não-Hodgkin (LNH). O LNH em cavidade oral e orofaringe apresentam manifestações em região de palato, língua, assoalho da boca, gengiva, mucosa bucal, lábios, tonsilas palatinas, amígdalas linguais ou orofaringe. Sendo seu principal sítio de acometimento na região de cabeça e pescoço, o anel de Waldeyer (amígdalas, faringe e hipofaringe) chegando de 60 a 70% dos casos, e 10 a 20% destes surgem na nasofaringe.⁴ Dentre suas manifestações orais pode-se destacar: lesões em tecido mole, nas quais se observam tumefação firme e difusa, podendo ser encontrada ou não a presença de ulceração, estando a mucosa eritematosa ou purpúrea e a presença de sintomatologia dolorosa é variável. Já nas lesões ósseas, pode ser observado que representam apenas 5% de todas as lesões extranodais, com presença de mobilidade dental, expansão óssea e dor na região afetada, onde radiograficamente pode visualizar área radiolúcida mal definida e irregular.^{3,4,5,6}

O envolvimento da cavidade oral usualmente representa um envolvimento secundário, na qual a doença se apresenta sistemicamente disseminada, já o envolvimento primário raramente é observado, e se apresenta sob a forma de lesões extranodais, podendo acometer tanto tecido ósseo como tecido mole.^{3,4,5,6}

Este tipo de linfoma foi classificado e subdividido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em: Linfoma difuso de grandes células B, Linfoma de célula do manto, Linfoma folicular, Linfoma extranodal de células B da zona marginal, Linfoma de Burkitt e em Linfoma de célula T.¹ O linfoma difuso de células B acomete cerca de 90% de todos os casos de linfoma e é a forma mais comum de LNH. Tem predileção por adultos, mas também pode se manifestar em pacientes pediátricos.^{2,3}

A etiologia ainda é desconhecida, contudo os pacientes que apresentam sistema

imune comprometido, doenças genéticas hereditárias, Infecção pelo HIV e portadores do vírus Epstein-Barr HTLV1 tem risco aumentado de desenvolver alguns tipos de linfoma.³

O diagnóstico do LNH é feito através de coleta de material diretamente na lesão através de uma biópsia incisional e análise histopatológica com imuno-histoquímica, podendo apresentar-se sob várias formas histológicas, a depender do seu grau de diferenciação celular. Assim sendo, as variações histológicas deste tumor pode ser agrupado em três categorias: baixo grau, grau intermediário e alto grau, em que é observada redução da diferenciação celular com o aumento do grau do tumor, sendo que esta classificação foi estabelecida pelo Instituto Nacional para formulação da Atividade de Saúde Internacional.³

Após ter chegado ao diagnóstico definitivo , o estadiamento do tumor deve ser obtido e em seguida instituir o tratamento adequado. Esse estadiamento pode ser feito utilizando o Sistema Ann Arbor, que divide os linfomas, tanto o LH quanto o LNH, em quatro estágios de envolvimento.⁷

O presente trabalho teve por objetivo reportar um caso de Linfoma Não-Hodgkin de grandes Células B, sob a rara forma de lesão extranodal primária na cavidade oral.

RELATO DE CASO

Paciente M.P.E.C., melanoderma, 68 anos, sexo feminino, compareceu a clínica de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, queixando-se de “gingiva inchada” e relatando não estar conseguindo usar sua prótese dentária total superior. Durante a anamnese, reportou ser diabética do tipo 2 e hipertensa, fazendo uso de captopril 25 mg, atenolol 25 mg, hidroclorotiazida 25 mg e metformina 850 mg. Ao exame intra oral, notou-se aumento de volume de aspecto cupular, com cerca de 3,5 cm em seu maior diâmetro, firme a palpação, normocrômica,

bem delimitada, assintomática, com odor fétido e orifício localizado distalmente à lesão. (FIGURA 1) Foi solicitado exames complementares de imagem (Radiografia panorâmica) e laboratoriais (hemograma completo, coagulograma completo e bioquímica do sangue).

A paciente retornou após uma semana, onde foi observada na radiografia panorâmica dos maxilares uma imagem radiolúcida difusa e com limites indefinidos na região de maxila direita. (FIGURA 2) Seus exames laboratoriais apresentavam-se sem alterações e sem contra-indicação para um procedimento cirúrgico.

Indicou-se uma biópsia do tipo incisional com prévia punção aspirativa da lesão. Iniciou-se antissepsia com a utilização de bochecho intra oral com clorexidina 0,12 % (Periograd[®], Colgate, São Paulo, SP, Brasil) durante um minuto e extra oral com sabão de clorexidina 2% (Riohex[®], Rioquímica, São Paulo, SP, Brasil), seguido de aposição dos campos cirúrgicos estéreis para isolamento da região. A realização de anestesia local com agulha curta (Decojet[®], Nova DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) para dessensibilizar os nervos alveolares superiores médio e anterior, nervo palatino maior e nasopalatino, foi realizado utilizando tubetes de Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Aphacaína 2%[®], Nova DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) administrando cerca de 3,6 mL. Após a perda da sensibilidade da região, foi realizada a punção aspirativa com agulha de calibre 40x1,2mm (BD[®], BD Bioscience, São Paulo, SP, Brasil) da região, porém houve pressão negativa do êmbulo. Por meio de realização de um retalho do tipo triangular com lâmina cirúrgica nº 15C(SO[®], Solidor, São Paulo, SP, Brasil) e a realização do descolamento muco-periosteal da região com descolador nº 9 (Molt[®], Duflex, São Paulo, SP, Brasil), a região da lesão pode ser exposta, sendo possível a remoção de material para análise histopatológica. Para síntese da ferida, foi realizada sutura por ponto simples com fio de sutura de seda 4.0 (Ethicon[®], Johnson & Johnson, São Paulo, SP, Brasil).

Em seguida a amostra removida, foi fixada em formol 3,7% e encaminhada ao Laboratório de Biotecnologia aplicada/Setor histologia (LABA) da Faculdade de Odontologia da UFF.

Após o período de sete dias o laudo expedido referiu Neoplasia maligna com histiogênese à esclarecer (FIGURA 3) e o material foi encaminhado para um estudo imuno-histoquímico no INCA (Instituto Nacional do Câncer), com laudo conclusivo de Linfoma difuso de grandes células B.

A Paciente foi encaminhada pelo Sistema de Regulação do SUS para o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), onde foi realizada a pesquisa para imunossupressão, a qual foi negativa. E foi realizada a tomografia computadorizada do tipo Fan - Beam do crânio, pescoço, tórax, abdome superior e pelve. Sendo seu resultado de presença massa no palato duro na maxila direita de aspecto infiltrativo, abaulando a mucosa jugal e estendendo-se para cavidade oral, cavidade nasal, seios alveolares e seio maxilar deste mesmo lado, com erosão e destruição óssea de grande parte do lado direito do maxilar. Região de abdome e pelve sem alterações significativas.

Atualmente a paciente encontra-se em tratamento oncológico com quimioterápicos assistida pela Hematologia no HUAP. O tratamento consiste em 8 ciclos de Quimioterapia e a paciente realizou até o presente momento 6. A médica assistente responsável pelo caso relatou que a mesma está respondendo bem à terapêutica e eles estão analisando a necessidade de acrescentar a radioterapia ao tratamento, visto que é um linfoma localizado apenas na cavidade oral.

Após o tratamento realizado, a paciente retornará à Faculdade de odontologia, onde fará o tratamento reabilitador e também o acompanhamento periódico da mesma.



FIGURA 1: Vista intra oral com a presença da lesão com cerca de 3,5 cm em seu maior diâmetro.



FIGURA 2: Exame por imagem (radiografia panorâmica dos maxilares), onde é possível visualizar uma imagem radiolúcida difusa e com limites indefinidos na região de maxila direita.

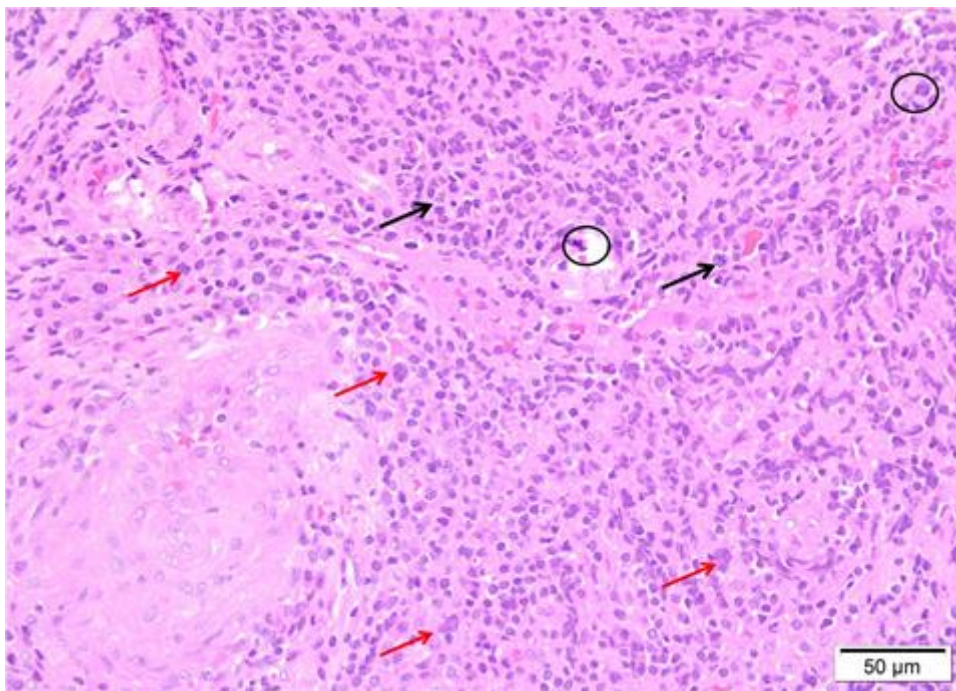


FIGURA 3: Proliferação sólida exibindo discreto pleomorfismo nuclear (setas vermelhas), com células de aspecto plasmocitóide em quase totalidade e por vezes com núcleos clivados (setas pretas). Nota-se poucas figuras de mitose (círculos pretos).

DISCUSSÃO

O LNH de grandes células B encontrado na cavidade oral é uma doença rara e de difícil diagnóstico e/ou suspeita clínica. Segundo Epstein JB et al⁴, Goteri G et al⁵ e Romeo JA et al⁶, as lesões orais são frequentemente uma manifestação da doença mais amplamente disseminada, caracterizando assim as lesões bucais como áreas de metástase ou envolvimento secundário. Jham BC et al², em seu relato, foi encontrado sítio primário na cavidade oral compatível com o caso descrito. O linfoma citado nesse caso, se originou nos tecidos bucais, sem ter acometido outros sítios corporais, caracterizando, assim, uma lesão extranodal primária.

Com relação ao local mais comum de linfoma extranodal, o caso apresentado não está de acordo o estudo de Epstein JB et al⁴, visto que o mesmo apresenta uma revisão de base populacional de 361 casos, que confirma que de 60 a 70% dos casos de

LNH de cabeça e pescoço ocorrem no anel de Waldeyer (ou seja, amígdalas, faringe e hipofaringe) e 10 a 20% desdes surgem na nasofaringe. Já no caso apresentado, foi confirmado pela tomografia computadorizada uma massa em região de palato duro na maxila direita de aspecto infiltrativo, abaulando a muscosa jugal e estendendo-se para cavidade oral, cavidade nasal, seios alveolares e seio maxilar deste mesmo lado, com erosão e destruição óssea de grande parte do lado direito do maxilar.

Segundo Romeo JA et al⁶, os aspectos clínicos no acometimento de pacientes com linfoma difuso de grandes células B geralmente estão presentes em indivíduos do gênero masculino, o que difere do caso apresentado; Porém, Epstein JB et al⁴ constatou em seu estudo que a média de idade foi de 62,5 anos, o que se aproxima no caso relatado, pois a paciente deste caso tem 68 anos.

Romeo JA et al⁶ também relatam em seus casos que as lesões se apresentam com a presença de tumefação firme e difusa no local da lesão; e estes achados são compatíveis com este relato de caso.

Araújo LHL et al⁸, em sua revisão de literatura, afirmou que mais de dois terços dos pacientes com LNH se apresentam com linfadenopatia e sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento) são observados em cerca de 40%, indicando doença agressiva. No caso apresentado, a paciente não apresentava linfadenopatia, e a mesma relatou não ter febre constante, sudorese noturna e nem emagrecimento, o que caracteriza a doença como menos agressiva.

CONCLUSÃO

Os linfomas são lesões malignas agressivas, entretanto, quando identificadas precocemente, apresentam um alto potencial de cura através de quimioterapia associada ou não à radioterapia. Portanto, cabe ao Cirurgião-Dentista diagnosticar adequadamente e precocemente o câncer bucal e maxilo-facial, atuando no preparo do paciente para a radioterapia e a quimioterapia, buscando sempre trabalhar de forma multidisciplinar com a equipe médica, em especial com o oncologista. Cabe, ainda, ao cirurgião-dentista cuidar das sequelas do tratamento antineoplásico como a mucosite, cárie de radiação, ou xerostomia, visando, assim, ao bem-estar geral do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1- Barnes L, Eveson JW, Teichart P, Sidransky D. Pathology & Genetics - Head and Neck Tumours(WHO). Lyon: IARC Press 2005:201.
- 2- Jham BC, Duarte ECB, Fernandes AM, Johann ACBR, Agular MCF, Gomez RS, et al. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the oral cavity. J Bras Patol Med Lab. 2007; 43(5):369-72.
- 3- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 4- Epstein JB, Epstein JD, Le ND, Gorsky M. Characteristics of oral and paraoral malignant lymphoma: a population-based review of 361 cases. Oral surg oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001; 92: 519-25.
- 5- Goteri G, Ascani G, Filosa A, Rubini C, Olay S, Balercia P. Linfoma malt primario de la lengua. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004; 9: 459-63.
- 6- Romeo JA, Fillat ES, Bouthilier TU, Ullrich JMG, Lázaro MTT. Linfoma no Hodgkin primario de mandíbula. Rev Esp Patol. 2006; 39(1): 45-8.
- 7- Van Der Wall RIF, et. al. Characteristics of 40 primary extra-nodal non-Hodgkin lymphomas of the oral cavity in perspective of the new WHO classification and the international Prognostic index. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2004; doi:10.1016/j.ijom.2004.08.009
- 8- Araújo LHL, Victorino APOS, Melo AC, et al. Linfoma Não-hodgkin de Alto Grau - Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(2): 175-183