

Linfoma não-Hodgkin de células T em cavidade oral: relato de caso

T-cell non-Hodgkin's lymphoma in oral cavity: a case report

Jener Gonçalves de Farias

Professor Adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/BA)

Gleicy Gabriela Vitória Spinola Carneiro

Mestre em Clínica Odontológica pela UFBA

Tarsila Moraes de Carvalho Freitas

Professora Assistente da UEFS/BA

Mayle Montargil Meirelles

Cirurgiã-dentista

Resumo

Paciente se apresentou ao serviço de Diagnóstico e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial queixando-se de uma úlcera dolorosa no palato associada a disfagia. Ao exame intrabucal pôde-se notar úlcera gigantiforme em palato duro e mole exibindo bordas elevadas com presença periférica de tecido granulomatoso e área central de necrose coberta por exsudato fibrinoso. Os exames laboratoriais revelaram sorologia negativa para HIV e HTLV-1 e 2 e o diagnóstico histopatológico foi de linfoma maligno difuso de células T pleomorfo. A proposta deste trabalho, portanto, é apresentar um caso clínico de linfoma não-Hodgkin de células T, em cavidade oral, enfatizando a sua importância clínica e a necessidade do diagnóstico precoce.

Palavras-chave: linfoma; linfoma maligno; linfoma de células T.

Abstract

Patient was seen at the Diagnostic and Oromaxillo-facial Surgery Service complaining of a painful ulcer in the palate associated with dysphagia. Intraoral examination revealed a giant ulcer in the hard and soft palate exhibiting elevated borders accompanied by peripheral granulomatous tissue and a central area of necrosis covered by a fibrinous exudate. Laboratory exams showed negative serology for HIV and HTLV-1 and 2 and the conclusive histopathologic diagnosis was diffuse malignant pleomorphic T-cell lymphoma. The clinical case of T-cell non-Hodgkin's lymphoma in the oral cavity reported here emphasizes the clinical importance of this entity and the need for an early diagnosis.

Keywords: lymphoma; malignant lymphoma; T-cell lymphoma.

Introdução

Linfoma é um termo genérico utilizado para designar um complexo grupo de malignidades oriundas do sistema linforreticular. Estas malignidades inicialmente se originam dentro dos tecidos linfáticos e podem progredir para uma massa extranodal (linfoma não-Hodgkin) ou se apresentam como uma massa indolor na região de nódulos linfáticos que pode envolver outros grupos de linfonodos e a medula óssea (linfoma de Hodgkin). Cerca de 85% dos neoplasmas linfóides são provenientes de células da série dos linfócitos B (3, 5, 7).

O linfoma não-Hodgkin (LNH) é a segunda neoplasia mais prevalente na região de cabeça e pescoço, representando cerca de 50% dos casos. Qualquer área anatômica pode ser envolvida nesta região, incluindo o anel de Waldeyer (tonsilas, faringe e base da língua) a órbita, seios paranasais, glândulas salivares e tireóide. Na cavidade oral, representa menos de 5% de todas as malignidades orais e, aproximadamente, 85% das lesões envolvem as tonsilas e a região posterior do palato (5, 6).

A proposta deste trabalho, portanto, é apresentar um caso clínico de linfoma não-Hodgkin de células T, em cavidade oral, enfatizando a sua importância clínica e a necessidade do diagnóstico precoce na tentativa de melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos.

Relato do Caso

E. T. S., 62 anos, sexo feminino, faioderma, se apresentou ao serviço de Diagnóstico e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Santa Casa de São Félix/Bahia queixando-se de “uma ferida dolorosa no céu da boca associada à dificuldade de alimentação”. Ao exame físico pôde-se notar que a paciente encontrava-se caquética, com perda ponderal significativa e exibia discreta assimetria facial do lado esquerdo, no entanto, não apresentava alterações significativas nos linfonodos da região de cabeça e pescoço.

Durante a anamnese, a paciente relatou que a úlcera iniciou bem pequena e no lado oposto (direito) ao que atualmente se encontra, surgindo posteriormente no lado esquerdo exibindo aumento de volume. Após ressurgimento da lesão, a paciente se submeteu a duas biópsias, onde o diagnóstico histopatológico de ambas foi de processo inflamatório crônico.

Ao exame intrabucal, pode-se notar úlcera gigantiforme em palato duro e mole exibindo bordas elevadas com presença periférica de tecido granulomatoso e área central de necrose coberta por exsudato fibrinoso. Tal alteração se estendia da linha média a mucosa jugal e da porção anterior do palato com invasão de orofaringe (Figura 1).

Foram solicitados exames complementares laboratoriais, incluindo sorologia para HIV e HTLV-1 e 2 e nova biópsia com solicitação de imunohistoquímica, tendo como hipóteses diagnósticas: sífilis, tuberculose, leishmaniose, fomicose (micose profunda), granuloma letal mediano, granulomatose de Wegener e carcinoma epidermóide.

Os exames laboratoriais realizados tiveram como resultado sorologia negativa e o diagnóstico histopatológico conclusivo foi linfoma maligno difuso de células T pleomorfo. O exame histopatológico revelou que a neoplasia infiltrava a lâmina própria sendo constituída pela proliferação de células tumorais grandes e médias, apresentando núcleos irregulares, hipercrômicos, nucléolos evidentes, citoplasma escasso e róseo e figuras de mitoses atípicas e difusas (Figura 2). Foi realizada reação imunohistoquímica para a definição histogenética da neoplasia utilizando o sistema Envision e os seguintes marcadores antigênicos foram pesquisados: 1) citoqueratina AE1/AE3: somente a epiderme foi positiva e as células neoplásicas foram negativas, afastando a suspeita de carcinoma; 2) antígeno leucocitário co-

mum (LCA): células positivas confirmando a origem linfocitária do tumor; 3) CD 20: positividade para os linfócitos B presentes apenas nos resíduos de folículos linfoides e negatividade para as células tumorais; 4) CD45RO: positividade das células neoplásicas constituídas por linfócitos T (Figura 3).

Após estabelecido o diagnóstico pela equipe médica e odontológica, de linfoma não-Hodgkin com acometimento primário de palato sem envolvimento de outros órgãos ou cadeia ganglionares, a paciente permaneceu internada durante 1 mês sendo hidratada com uso de soro glicosado 5% e alimentada através de sonda nasogástrica, para restabelecer suas condições físicas em função da perda ponderal significativa. A neoplasia foi, então, estadiada como Estágio IB de acordo com o Sistema Ann Arbor de Classificação dos linfomas. Vale salientar que a história médica, apresentada pela paciente, não revelou aspectos relacionados com a doença em questão.

Em seguida, a paciente foi submetida à adequação do meio bucal com extração das unidades dentárias 26 e 27, que exibiam mobilidade grau 3, visando à prevenção da osteorradionecrose, sendo posteriormente encaminhada para tratamento quimioterápico e radioterápico no Serviço de Oncologia da Santa Casa de São Félix, apresentando excelente resposta com regressão considerável da ulceração oral e recuperação da autonomia para movimentação e alimentação. Nas consultas de acompanhamento, pôde-se observar a presença de complicações bucais decorrentes do tratamento antineoplásico. A paciente apresentou candidíase pseudomembranosa no palato, na primeira consulta após a quimioterapia, sendo medicada com solução antifúngica (Nistatina 100.000 UI). Após a radioterapia, desenvolveu mucosite de grau I no palato, exibindo eritema e atrofia da mucosa, além de xerostomia com sensação de ardência bucal e perda de estrutura dental (Figura 4). Foram realizados a prescrição de saliva artificial e o encaminhamento da paciente para tratamento restaurador. A paciente continua em acompanhamento médico pela equipe de oncologia da Santa Casa de São Félix.

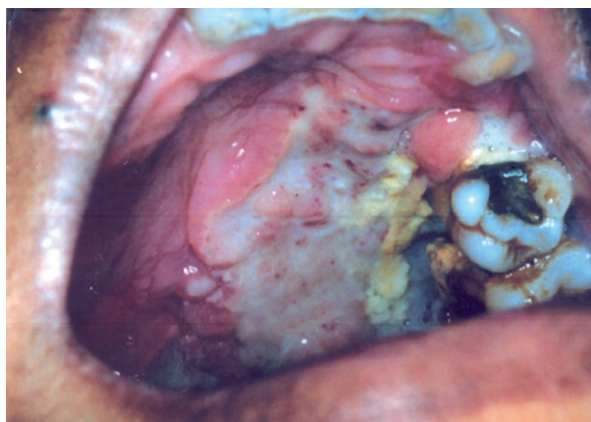


Figura 1. Aspecto clínico da lesão exibindo úlcera gigantiforme em palato duro e mole

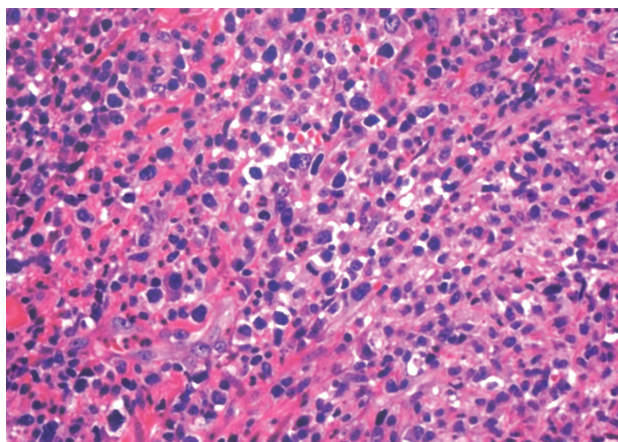


Figura 2. Aspecto histológico evidenciando a proliferação de linfócitos neoplásicos com núcleos irregulares e hipercrômicos (H/E 40x)

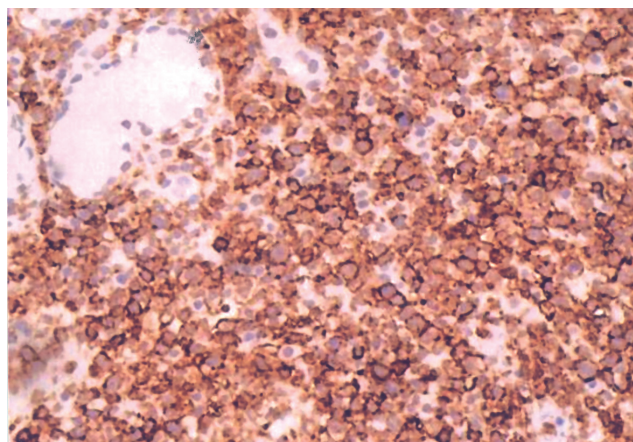


Figura 3. Positividade das células neoplásicas, constituídas por linfócitos T, para o marcador imunohistoquímico CD45RO (imunoperoxidase, 40x)



Figura 4. Remissão da lesão e aparecimento de candidíase pseudomembranosa, em palato, após tratamento antineoplásico

Discussão

Neste trabalho avaliamos um caso de linfoma não-Hodgkin com acometimento primário de palato sem envolvimento de outros órgãos ou cadeia ganglionares encontrando-se, portanto, a doença no Estágio IB de acordo com o Sistema Ann Arbor de Classificação dos linfomas (6), já que paciente exibia neoplasia restrita a um sítio extranodal e perda ponderal.

CECYN, OLIVEIRA, ALVES *et al.* (4) afirmam que o critério Ann Arbor de estadiamento clínico dos linfomas é proveitoso no plano de tratamento e determinação da evolução da doença, porém devido às discrepâncias entre LNH, encontradas em vários subgrupos, estes se tornam impossíveis de serem analisados isoladamente, uma vez que não é possível prever a sobrevida dos pacientes baseada apenas nas áreas anatômicas envolvidas pela lesão. Fatores como idade, estado de saúde geral no momento do diagnóstico, envolvimento extranodal e taxa de invasão do tumor têm sido apontados como indicadores de prognóstico e de sobrevida em muitos estudos.

Com relação aos fatores etiológicos reportados pela literatura (2, 6, 9), a paciente não apresentou sorologia positiva para HIV ou HTLV-1 e 2 e sua história médica não revelou aspectos relacionados com a doença em questão (artrite reumatóide, síndrome Sjögren, transplante de órgãos, infecção viral). RÊGO (8) afirma que embora o aumento da incidência dos LNH tenha sido associado a infecções virais, principalmente pelo HIV, tal associação tem sido discutida uma vez que a maior incidência desta

doença foi observada mesmo antes da descoberta deste vírus. Alguns estudos sugerem o envolvimento de causas desconhecidas, incluindo exposições químicas.

A localização anatômica no palato está de acordo com a literatura revisada, a qual afirma ser o palato e as tonsilas palatinas o sítio de predileção da lesão, quando situada na cavidade oral (5, 6, 7).

Os achados histopatológicos associados à avaliação imunohistoquímica comprovaram a origem linfocítica do tumor afastando as suspeitas diagnósticas de carcinoma epidermóide, sífilis, tuberculose e leishmaniose, uma vez que tais patologias exibem clinicamente a presença de ulceração da mucosa oral, alteração encontrada no caso em questão. Trata-se, portanto, de uma lesão rara tanto pela localização extranodal quanto pela natureza da proliferação tumoral constituída por linfócitos T, já que a literatura aponta uma maior ocorrência de linfoma não-Hodgkin de células da série dos linfócitos B (3, 5).

O tratamento de um paciente com linfoma não-Hodgkin consiste em radioterapia e/ou quimioterapia. O tratamento apropriado e sua extensão vão depender do estágio e do grau do linfoma. Para os linfomas de baixo grau, alguns cirurgiões não recomendam tratamento específico, apenas a preservação (6, 7). No entanto, novas formas de tratamento têm sido aplicadas nos linfomas de baixo grau, como interferon, transplante autólogo ou alógeno de medula óssea,

entretanto sua eficácia é ainda limitada quando comparada com tratamentos clássicos como a quimioterapia agressiva (4).


Os tumores de grau intermediário e de grau elevado são tratados, quando isolados, apenas com radioterapia e naqueles disseminados, a radiação mais a quimioterapia ou somente a quimioterapia são implementadas (6, 7). No caso em questão, a paciente apresentava um tumor de grau intermediário (atipias celulares difusas), entretanto, o mesmo era localizado, então optou-se pelo tratamento quimioterápico associado à radioterapia, obtendo-se excelente resultado terapêutico.

Protocolos radioterápicos e quimioterápicos podem proporcionar uma mielossupressão severa, aumentando a probabilidade do paciente apresentar hemorragia, mucosite e infecção. A cavidade oral, em decorrência da microbiota presente, pode servir como fonte de infecção durante o tratamento antineoplásico agravando o quadro clínico da paciente. A incidência e a severidade das complicações bucais associadas à radioterapia dependem da dose aplicada ao paciente e do campo irradiado, e as associadas à quimioterapia, do grau de estomatotoxicidade e da mielossupressão (1).

As complicações bucais mais frequentes nos pacientes submetidos a tratamento antineoplásico na região de cabeça e pescoço incluem hemorragia, infecção, mucosite, xerostomia e cárie de radiação (1). No caso em questão, a paciente apresentou candidíase pseudomembranosa no

palato, na primeira consulta após a quimioterapia, mucosite de grau I no palato, após a radioterapia, além de xerostomia e perda de estrutura dental, o que reforça o papel do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar que acompanha o paciente oncológico.

Conclusão

O linfoma não-Hodgkin é a segunda neoplasia mais prevalente na região de cabeça e pescoço, no entanto, representa menos de 5% de todas as malignidades orais, o que o torna raro nesta localização, quando comparado ao carcinoma epidermóide. Baseado nesta constatação torna-se imprescindível a divulgação desta patologia no meio odontológico, facilitando o seu reconhecimento precoce na prática clínica. No entanto, vale salientar, que a atuação do cirurgião-dentista frente a um paciente oncológico não se resume apenas ao diagnóstico precoce da neoplasia maligna, mas também, envolve o acompanhamento do paciente e tratamento das complicações bucais decorrentes da radioterapia e quimioterapia, proporcionando-lhes uma melhora na qualidade de vida. 

Referências Bibliográficas

1. ANTUNES, H. S., CRELIER, A. C., RIBEIRO, A. A. *et al.* Como o Cirurgião-dentista deve atender o paciente oncológico? *Revista Internacional de Estomatologia*, v. 1, n. 1, p. 30-38, 2004.
2. BROUSSET, P. Is the Epstein-Barr virus infection relevant in lymphomagenesis? *Human Pathol.*, v. 33, n. 2, p. 143-145, 2002.
3. CAWSON, R. A., BINNIE, W. H., EVESON, J. W. Doenças dos tecidos hematopoiéticos e sistema linforreticular. In: CAWSON, R. A., BINNIE, W. H., EVESON, J. W. *Atlas Colorido de Enfermidades da Boca*. São Paulo: Artes Médicas, 1997, p. 7-12.
4. CECYN, K. Z., OLIVEIRA, J. S. R., ALVES, A. C. *et al.* Prognostic factors in non-Hodgkin lymphomas. *Rev Paul Med.*, v. 118, n. 1, p. 7-12, 2000.
5. EPSTEIN, J. B., EPSTEIN, J. D., 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.*, v. 92, n. 5, p. 519-525, 2001.
6. NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. *et al.* Distúrbios hematológicos. In: NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. *et al. Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, p. 477-510.
7. PINTO, P. C. L., FARIA, C. P., GOMES, G. A. *et al.* Linfoma não-Hodgkin envolvendo tonsila palatina: relato de três casos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, v. 70, n. 2, p. 273-276, 2004.
8. RÊGO, M. A. Non-Hodgkin's lymphoma risk derived from exposure to organic solvents: a review of epidemiologic studies. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 3, p. 41-66, 1998.
9. SOLOMIDES, C. C., MILLER, A. S., TALWAR, J. *et al.* Lymphomas of the oral cavity: histology, immunologic type, and incidence of Epstein-Barr virus infection. *Human Pathol.*, v. 33, n. 2, p. 153-157, 2002.

Recebido em: 17/06/2008

Aprovado em: 11/12/2008

Gleicy Gabriela Vitória Spinola Carneiro

Rua Adenil Falcão, 1836 – Capuchinhos

Feira de Santana/BA, Brasil – CEP: 44062-160

E-mail: gspinola@hotmail.com