

“O DIAGNÓSTICO CLÍNICO EM ESTOMATOLOGIA” A propósito de um caso de linfoma¹

Ivo A. Furtado*, Virgínia B. Milagre**

RESUMO

A propósito deste caso clínico os autores fizeram uma revisão sobre linfomas. Pretenderam demonstrar quão importante é a história clínica cuidada, o domínio da patologia oral, o estudo multidisciplinar pelas diferentes especialidades médicas, bem como ressaltar a importância do Médico Estomatologista na avaliação e equação dos problemas médicos.

PALAVRAS CHAVE: Linfoma, Úlcera do palato, Biópsia diagnóstica, História Clínica.

INTRODUÇÃO

Os linfomas devem ser considerados tumores do sistema imunitário. Compreendem: a

doença de Hodgkin, os tumores linfocíticos e mais raramente os derivados dos histiócitos.

O recurso a técnicas de diagnóstico sofisticadas fez a sua divisão em subcategorias conforme o tipo celular predominante. Sessenta e cinco por cento dos linfomas originados nos linfócitos derivam de Células B e trinta a quarenta por cento de Células T.

Embora sejam chamados de doença de Hodgkin e linfoma não Hodgkin, actualmente considera-se que a sua designação correcta será de doença de Hodgkin e linfomas linfocíticos.

Os linfomas têm origem nos gânglios linfáticos ou nos tecidos linfóides dos órgãos parenquimatosos.

No caso da doença de Hodgkin, noventa por cento são de origem ganglionar e apenas dez por cento são extra-ganglionares, enquanto que nos linfomas linfocíticos cerca de sessenta por cento são originados em gânglios linfáticos e quarenta por cento são extra-ganglionares.

Estudos recentes de pesquisadores ameri-

¹ Comunicação apresentada nas Jornadas da A.S.I. (Madeira; 1988)

* Médico Estomatologista, Assistente Hospitalar.

** Médica Interna de Estomatologia.

Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva e de Estomatologia do Hospital de Santa Maria — Lisboa

Directora: Dr^a. Maria Julia Amaral

canos e japoneses demonstraram as relações evidentes entre os vírus e o aparecimento de linfomas, ao isolarem um retrovírus em pacientes com linfomas de células T. Essa classe de vírus foi denominada de vírus de leucemia/linfoma de células T humanas (HTLV). Também é conhecida a relação entre o vírus de Epstein-Barr (EBV) com o linfoma de Burkitt em África.

Uma maior incidência de linfoma em pacientes com doenças de deficiência imunológica hereditária, bem como em familiares de doentes com distúrbios imunológicos, faz pensar na possibilidade de uma influência hereditária. Também os pacientes imunodeprimidos, sobretudo os que recebem transplantes cardíacos ou renais, ou que tem SIDA, são mais susceptíveis a apresentarem linfomas.

Linfomas Linfocíticos

Designados habitualmente de linfomas não-Hodgkin, os linfomas linfocíticos são na sua maioria neoplasias de células B monoclonais. Apresentam geralmente aumento localizado ou generalizado dos gânglios linfáticos, indolores, com ou sem hepatomegália e frequentemente massa abdominal. O envolvimento do anel de Waldeyer, quase sempre acompanhado de compromisso do aparelho digestivo, é nestes mais comum que na D. de Hodgkin.

A manifestação inicial pode ser uma lesão isolada ou múltipla do pulmão, osso, aparelho digestivo ou de outro tecido parenquimatoso.

A linfadenopatia pode apresentar-se por longo período de tempo e a biópsia ser interpretada como "atípica" ou "hiperplásica".

O diagnóstico de linfoma linfocítico é feito por exame histopatológico, dependendo o tratamento mais do tipo histológico que do

estádio da doença. Uma arquitectura de padrão folicular ou difuso é um factor de grande influência no prognóstico. A evolução e resposta ao tratamento, também é influenciada pelas características das células no interior dos folículos: as células segmentadas, pequenas, de evolução, mais lenta e uma evolução mais rápida para as de células grandes. Os linfomas difusos são clinicamente mais agressivos que os foliculares.

Deve determinar-se o estadio após diagnóstico histológico, sendo a extensão, de avaliação clínica, orientada pelo subtipo histológico. A finalidade é determinar se a doença é ganglionar ou extra-ganglionar limitada (estadio I ou II) curável por radioterapia, ou doença disseminada (estadio II não contíguo, III ou IV) que necessita de tratamento sistémico.

CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO

J.C.O., sexo masculino, 33 anos, Caucásico, natural de Viseu, residente em Odivelas, com a profissão de operador de máquinas.

MOTIVO DA CONSULTA

Dor na hemiface direita, incluindo o ângulo da mandíbula, com relação aparente com 4.7 obturado; febre (38-39°C); desconforto e sensação de irregularidade no palato.

ANAMNESE

O paciente refere as primeiras queixas, cerca de um mês antes da nossa consulta, com obstrução nasal à direita, rinorreia purulenta ipsilateral, dor tipo moínha no ângulo direito da mandíbula sem irradiação, pelo que foi observado em consulta de Otorrinolaringolo-

gia. Aqui foi feito o diagnóstico de "Pólipos nasais" tendo sido medicado com amoxicilina e anti-inflamatórios (per os).

Após quinze dias de evolução com a sintomatologia mantida e tendo aparecido duas massas na região submaxilar direita e febre, de 38-39°C, recorreu ao seu Clínico Geral, tendo após diagnóstico que desconhecemos, sido medicado com cefradina (per os).

Não tendo havido melhoras também desta vez, recorreu ao seu dentista, que lhe pediu uma Ortopantomografia e lhe fez o diagnóstico de cárie de 4.7, dizendo não haver outras alterações aparentes. Assim procedeu à obstrução do dente em causa (4.7), classe I, com amalgama de prata.

Decorridos trinta dias de evolução e verificando manterem-se os sintomas e sinais anteriores (dor no ângulo direito da mandíbula, febre 38-39°C, obstrução da narina direita, duas massas sub-mandibulares direitas) e ineficácia das terapêuticas instituídas e ainda por terem surgido sintomas novos (deconforto com sensação de irregularidade no palato, astenia, anorexia, perda de peso \pm 5 kg e sudorese) o paciente procura a nossa Consulta de Estomatologia do Hospital de Santa Maria.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Epistaxis abundantes dois anos antes. Nega nesta altura tuberculose pulmonar, diabetes, doenças de transmissão sexual, entre outras.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sem interesse.

HÁBITOS

Tabágicos de 5/6 cigarros por dia; hábitos alcoólicos moderados.

EXAME OBJECTIVO

Referem-se apenas os aspectos relevantes: palidez, prostração, assimetria da face com tumefacção à direita, duas adenomegalias submandibulares justagonianas à direita, lesão ulcerada oval de 1/0,5 cm de diâmetro, no terço médio do palato duro, à direita da linha média, de fundo esbranquiçado, limites definidos com bordos de consistência dura e palpação dolorosa. (fig. 1 e fig. 2).

Efectuada a recolha da anamnese e o exame objectivo, colocámos várias hipóteses de diagnóstico:

- 1 — Granulomatose de Wegener.
- 2 — Granuloma Centrofacial Mediano
- 3 — Linfoma.

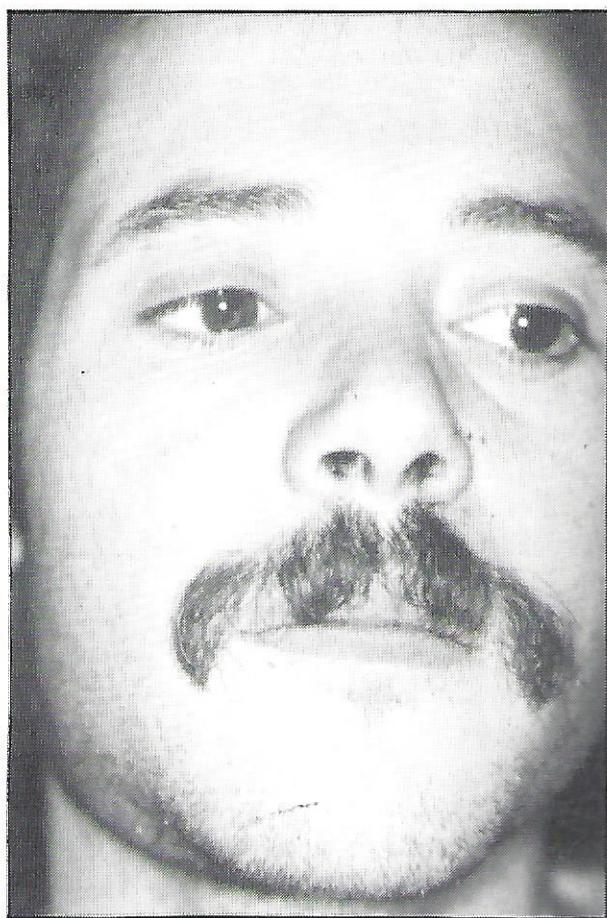


Fig. 1



Fig. 2

- 4 — Carcinoma (epidermoide, adenocarcinoma).
- 5 — S.I.D.A.
- 6 — Doença de Hansen.
- 7 — Tuberculose.

Para estudo do nosso doente e confirmação ou afastamento das hipóteses de diagnóstico colocadas, foram pedidos exames complementares: Hemograma, VS, glicémia, Bilorrubinas (1^o e 30), TGO e TGP, Proteínograma e electroforese, Gama GT, Fosfatase Alcalina, LDH, VDRL, Urina II, Rx Tórax PA e Pesquisa de B.K.

Procedeu-se de imediato, na primeira consulta, a biópsia incisional, cujo exame histomorfológico revelou; "Ulceração epitelial, granulação abundante, infiltrado inflamatório, Hiperchromia nuclear, alteração da relação núcleo-citoplasmática e linfócitos atípicos". (fig. 3)

Feito teste para Lincocyte Common Antigen (L.C.A.), este foi positivo. Assim a hipótese de diagnóstico colocada foi a de linfoma, sendo no entanto sugerida repetição da biópsia. Os restantes exames laboratoriais apre-

sentavam-se dentro dos parâmetros normais e não havia alterações na radiografia do tórax.

Face a estes dados, das hipóteses diagnósticas inicialmente colocadas, prevaleceram as seguintes:

- 1 — Linfoma.
- 2 — Granulomatose de Wegener.
- 3 — Granuloma Centrofacial.

Oito dias depois o doente é observado de novo e apresentava lesão do palato de maiores dimensões, pelo que se procedeu a biópsia alargada e nesse mesmo dia ao seu internamento (fig.4). Após este, repetiram-se os exames laboratoriais e fez-se um mielograma, cujos valores se encontravam no limite superior da normalidade, havendo contudo um aumento do número de linfócitos.

Dois dias após o internamento, para além de persistência dos sinais e sintomas o doente apresentava icterícia, hepatomegália, melenas e anemia aguda. Procedeu-se então ao tratamento sintomático e ao equilíbrio hemodinâmico do paciente.

Nos exames laboratoriais efectuados na altura assinalavam-se: anemia aguda, TGO-



Fig. 3

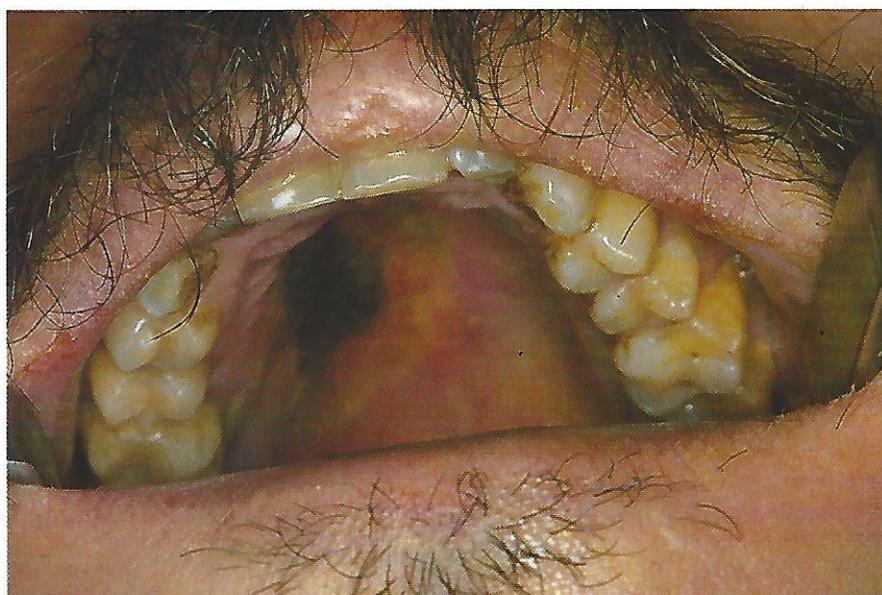


Fig. 4

-368 U/ml, TGP-322 U/ml, Bilirrubina 30'-2,11, FA-179 U.I., Gama GT 148 U.I.

Dos exames especializados há a referir que o doseamento de Ig séricas foi normal; a imunofluorescência para o Vírus de Epstein-

Barr foi negativo; o exame micológico das secreções oro-nasais foi negativo; a urografia de eliminação e a ecografia abdominal não revelaram alterações. Na T.A.C. dos seios perinais observou-se: "...preenchimento da fossa

nasal direita, antro maxilar direito e células etmoidais, sem evidência de erosões ósseas, sugerindo tratar-se de processo inflamatório”.

O exame histomorfológico da biópsia alargada mostrou: “ausência de epitélio; infiltração linfóide do córion e das glândulas salivares acessórias; atipias; hiperchromia nuclear e mitoses”. Confirmou-se o diagnóstico histológico de **INFILTRAÇÃO LINFOMATOSA**.

Perante a obtenção destes dados procedemos ao afastamento das outras hipóteses de diagnóstico:

S.I.D.A. — porque o doseamento das Ig séricas era normal e ainda pela ausência de infecção concomitantes.

Granulomatose de Wegener - pela ausência de envolvimento renal e ou pulmonar e também pelo exame anatomopatológico que não evidencia sinais de vasculite.

Granuloma Centrofacial — este diagnóstico é feito por exclusão dos demais e neste caso também pelo facto de não haver erosão das estruturas do macisso facial aparentes na T.A.C. dos seios perinasais.

Assim prevaleceu a hipótese de Linfoma.

Posteriormente procedeu-se a excisão-biópsia do gânglio submandibular, cujo diagnóstico foi: “**LINFOMA NÃO-HODGKIN, TIPO CENTROBLÁSTICO, COM ALTO GRAU DE MALIGNIDADE**”.

Perante isto, o doente foi medicado com cistostáticos (arabinosido-citosina+Vectoposido 16).

A evolução terminal verificou-se por pneumopatia intercorrente, situação comum nos imunodeprimidos e com linfomas linfocíticos.

EPICRÍSE:

Paciente de 33 anos, sexo masculino com obstrução nasal à direita, rinorreia purulenta ipsilateral e dor tipo moínha no ângulo direito da mandíbula sem irradiação. Foi obser-

vado em consulta de Otorrinolaringologia onde lhe foi feito o diagnóstico de “Pólipos nasais” tendo sido medicado com amoxicilina e anti-inflamatórios.

Após quinze dias de sintomatologia mantida, revelando o aparecimento de duas massas na região submaxilar direita e febre 38-39°C, com diagnóstico que desconhecemos, foi medicado com Cefradina.

Não tendo melhores recorreu desta vez ao seu dentista, que fez diagnóstico de cárie de 4.7 procedendo à sua obturação com amálgama.

Decorridos trinta dias de evolução e verificando manterem-se a dor no ângulo da mandíbula, febre, obstrução nasal, duas massas submandibulares direitas e ainda terem surgido, desconforto com sensação de irregularidade do palato, astenia, anorexia, perda de cerca de 5kg de peso e sudorese, o paciente procura a nossa Consulta de Estomatologia do Hospital de Santa Maria.

No exame objectivo constata-se haver palidez, prostração, assimetria da face com tumefacção à direita, duas adenomegalias submandibulares justagonianas à direita, lesão ulcerada oval de 1/0,5 cm de diâmetro, no terço médio do palato duro à direita da linha média, de fundo esbranquiçado, limites definidos, com bordos de consistência dura e palpação dolorosa.

As hipóteses de diagnóstico colocadas foram: Granulomatose de Wegener, Granuloma Centrofacial, Linfoma, Carcinoma, Doença de Hansen e Tuberculose.

Pediram-se exames complementares de diagnóstico, tendo-se efectuado na primeira consulta, biópsia incisional que revelou: “Ulceração epitelial, granulação abundante, infiltrado inflamatório, hiperchromia nuclear, alteração da realção núcleo-citoplasma e linfócitos atípicos”. Feito o teste para Linfocyte Common Antigen, este foi positivo, tendo no entanto sido sugerida a repetição da biópsia.

Oito dias após a 1.^a Consulta o doente é observado, apresentando então, lesão do palato de maiores dimensões. Por tal procedeu-se à biópsia alargada e ao seu internamento, após o que foram repetidos todos os exames laboratoriais e feito mielograma, cujos valores se encontravam no limite superior da normalidade.

Dois dias após o internamento, para além dos sinais e sintomas já existentes, apresentava icterícia, hepatomegália e melenas.

Nos exames laboratoriais repetidos verificou-se haver uma anemia aguda, TGO-368 U/ml, TGP-322 U/ML, Bilirrubinas 30' — 2,11, FA-179 U.I. e Gama GT-148 U.I.

Os exames especializados efectuados, doseamento de Ig séricas, imunofluorescência para o vírus de Epstein-Barr, exame micológico das secreções oro-nasais, urografia de eliminação e T.A.C. dos seios peri-nasais não revelaram alterações.

O exame histomorfológico da biópsia alargada mostrou "Ausência de epitélio; infiltração linfóide do córion e das glândulas salivares acessórias; atípias, hiperchromia nuclear e mitoses", confirmando-se assim o diagnóstico histológico de Linfoma.

A excisão-biópsia do gânglio submandibular mostrou tratar-se de "Linfoma, não-Hodgkin tipo centrolástico, com alto grau de malignidade".

O doente foi medicado com citostáticos.

A evolução terminal verificou-se por pneumopatia.

ABSTRACT:

Taking into account this clinical case, the authors made a research into lymphomas. They made point of proving how important the clinical history, the knowledge of the oral pathology and the multidisciplinary investigation by the different medical specialties are, as well as of emphasizing the importance of the Stomatologist to the valuation and solution of medical problems.

KEY WORDS:

Lymphoma, Ulcer of the palate, Diagnostic biopsy, clinical history.