

ARTIGO DE REVISÃO

*Serviço de Estomatologia*  
*do*  
*Centro Hospitalar de Aveiro / Sul*  
Director: — Dr. António A. Faria Gomes

## ADENOPATIAS CERVICO - FACIAIS

MARIA MANUELA A. M. S. PINHEIRO COSTA  
Interna do Internato Complementar

## RESUMO

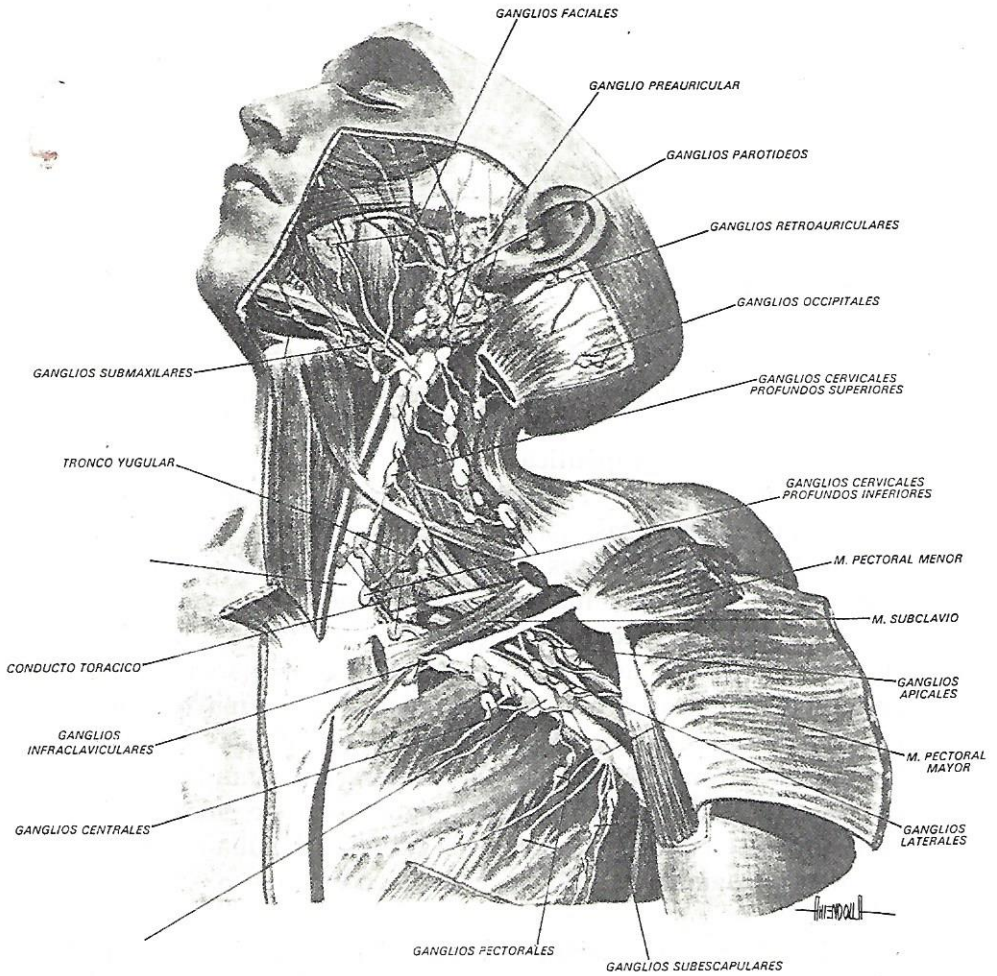
1 — As adenopatias cervico-faciais, são um problema da prática corrente e que nos levantam muitas vezes dificuldades de diagnóstico e terapêutica.

2 — A sua etiologia é variada desde infecciosa: bactérias, vírus, fungos, parasitas; passando por outras doenças como: Artrite Reumatoide, Lupus, Hipertiroidismo, doença de Addison, até às etiologias malignas, primitivas ou metastáticas.

3 — Perante uma tumefacção cervico-facial é necessário eliminar à partida as tumefacções não ganglionares e só a partir daí, precisar a etiologia da adenopatia. Uma tumefacção ganglionar consiste na proliferação de células presentes habitualmente no gânglio ou na penetração e multiplicação de células vindas de algures. O significado de adenopatia, será diferente conforme se trata de isolada ou poliadenopatia, se em fase aguda ou crónica e ainda conforme a sua localização.

4 — Para o diagnóstico duma adenopatia é imprescindível um bom exame clínico, com exames subsidiários e muitas vezes só a biópsia com exame histológico dá o diagnóstico.

5 — É necessário ter bem presente que da precocidade do diagnóstico depende hoje, um prognóstico mais optimista, em muitas situações.



## ADENOPATIA — GÂNGLIO DOENTE

As adenopatias cervico-faciais, são muito frequentes e levantam-nos problemas diagnósticos e de terapêutica.

Embora a causa seja muitas vezes banal, não poucas vezes, a causa é grave, daqui a razão porque perante uma situação de adenopatia, nos devemos debruçar sem cessar até à conclusão diagnóstica.

*A tumefacção ganglionar traduz-se por:*

— proliferação de células habitualmente presentes no gânglio (linfócitos, histócicos)

— ou penetração de multiplicação de células vindas de algures.

*Na prática o papel do clínico consiste:*

- 1) — Despistar ou confirmar o atingimento ganglionar
- 2) — Eliminar tumefacções cervico-faciais não ganglionares
- 3) — Procurar a etiologia tendo presente que o prognóstico das afecções malignas é função da precocidade do diagnóstico

*Breve revisão anatómica:*

A região cervico-facial é de uma grande riqueza linfática.

As numerosas cadeias ganglionares estão dispostas em dois sistemas:

- *O sistema horizontal* na junção cabeça-pescoço, constitui o círculo ganglionar pericervical
- *O sistema vertical com grupo superficial* e um grupo profundo (o mais importante) recoberto pelo esterno-cleido mastoideu, constitui o triângulo de Rouvière.

1 — *Círculo ganglionar pericervical compreende:*

- *Glânglios sub-mentonianos* que drenam a linfa do mento, a parte média do lábio inferior, da gengiva

sinfisária, parte anterior do pavimento bucal e da ponta da língua; estes gânglios drenam para o gânglio supra-omo-hioideu de Poirier.

*Gânglios sub-maxilares:* recebem a linfa da maior parte da face; drenam para o gânglio subdigástrico da cadeia jugular interna e para o gânglio supra-omo-hioideu.

*Gânglios genianos:* são inconstantes e são:

*Gânglio malar, infra-orbitário, bucinador:* são mais raros.

*Gânglio pré-masseterino.*

*Gânglios parotídeos:* são numerosos, supra-aponevróticos, sub-aponevróticos e intraglandulares, recebem linfáticos da parótida, ouvido externo e médio, região temporo-frontal, pálpebras, raiz do nariz e lábio superior; estes gânglios drenam para a cadeia jugular interna.

*Gânglios mastoideus:* situados na face externa da mastoide, recebe linfáticos da região posterior do pavilhão da orelha, do canal auditivo externo, pavilhão da orelha, couro cabeludo da região temporal; *os gânglios occipitais* superficiais e profundos drenam para a cadeia espinhal ou para a cadeia jugular interna. *No total a drenagem dos linfáticos faciais faz-se para a cadeia jugular interna.*

Referência especial à drenagem lingual: drenam para o gânglio da cadeia jugular interna situado tanto mais alto quanto mais anterior é a origem lingual; as anastomoses da linha média, podem dar metástases ganglionares bilaterais.

Sistema vertical compreende gânglios laterais e anteriores:

*Os gânglios laterais profundos são constituídos por três cadeias do triângulo de Rouvière.*

*A cadeia jugular interna, a cadeia espinhal e a cadeia cervical transversa.*

*Cadeia jugular interna:* inclui o gânglio sub-digástrico de Kutner, o gânglio supra-omo-hioideu de Poirier; na extremidade inferior os linfáticos reúnem-se num tronco volumoso, que se lança à direita na grande veia linfática e à esquerda na crossa do canal torácico.

*Cadeia espinhal:* inclui os gânglios situados ao longo do bordo anterior do trapézio.

*Cadeia cervical transversa:* inclui os gânglios situados ao longo da artéria cervical transversa.

*Superficialmente* os gânglios dispõem-se ao longo da veia jugular externa.

*Gânglios anteriores:* inclui os gânglios da cadeia jugular anterior, cadeia recorrente, justa vicerais pré-laríngeos, pré-traquiais, retro-faríngeos.

*Gânglio:* morfologia e histologia.

*Gânglio linfático*—morfologia e histologia.

O gânglio linfático é um órgão encapsulado, disperso por todo o organismo, formado por tecido linfóide, situado sempre no trajecto de vasos linfáticos.

O gânglio linfático tem uma forma reniforme com uma superfície convexa e um hilo. A linfa atravessa os gânglios, entrando pelos vasos linfáticos aferentes e sai pelos vasos eferentes.

O gânglio é formado, histologicamente, por uma cortical e uma medular; a cortical é formada por tecido linfóide laxo, e nesta se encontram os nódulos linfáticos; estes são constituídos por um centro germinativo (onde se situam os linfócitos B e macrófagos) e uma cortical, densamente povoada de linfócitos T; a medular é formada por tecido linfóide denso e recebe os vasos aferentes que depois de atravessarem os seios linfáticos a atingem para assim drenarem para os vasos linfáticos eferentes e assim saiem pelo hilo, do gânglio linfático.

*Diagnóstico:* para um diagnóstico positivo começaremos por um exame clínico minucioso que constará de uma dada sequência para avaliar a tumefacção ainda não diagnosticada como adenopatia, e assim:

*História Clínica:*

Idade do paciente.

Antecedentes: BK, Sífilis, intervenções cirúrgicas anteriores, radioterapia.

Hábitos: álcool, tabaco, profissão.

Data e modo de aparecimento da tumefacção.

Evolução.

*Inspecção:*

De face, perfil, costas; avaliação de alterações da pele.

*Palpação:*

Flexão da cabeça e lateralidade.

Conclusão da palpação:

Número de adenopatias, uni ou bilateral.

Tamanho em centímetros.

Consistência.

Dor.

Mobilidade: sentido vertical e transversal e à deglutição; à pele, vasos, periosseo mandibular e eixo traqueo-esofágico.

No fim do exame clínico: se a tumefacção é diagnosticada com adenopatia então: precisar a sua etiologia loco-regional (Estomatológica ou O. R. L.), infecciosa ou hematológica; se a natureza ganglionar da tumefacção não pode afirmar-se então recorre-se ao diagnóstico diferencial.

*Diagnóstico Diferencial:* Eliminação das tumefacções cervico-faciais que não são adenopatias.

D.D. — Com particularidades anatómicas:

- Grande corno do osso hióide
- Apófise transversa do atlas
- Grande bolbo carotídeo ateromatoso

D.D. — Com formações tumorais:

- Tumor das glândulas salivares (parótida e submaxilar)
- Quistos branquiais
- Quisto canal tiroglosso
- Tumores vasculares
- Tumor da tiróide
- Laringocelo
- Quisto amigdalino
- Quisto sebáceo

— Lipoma

Reacção de corpo estranho

D.D. — Perante o quadro agudo:

— Submaxilite aguda litiásica

— Celulite sumaxilar — Quisto da glândula sumaxilar

— Super-infecção d um quisto dermóide

— Fleimão periamigdalino

*Topograficamente podemos encontrar:*

*Região sub-mentoniana:* um quisto dermóide, um nódulo como sequela de celulite (Processo inflamatório anterior).

*Região submaxilar:* nódulo de celulite residual (processo infeccioso dental anterior), tumor das glândulas salivares (de diagnstico difícil com adenopatia e cuja sialografia poderá dar orientação), uma submaxilite crónica litiásica (aqui muito importante a sialografia).

*Região Parotídea:* Tumor da parótida (importante a sialografia e cintigrafia).

*Região Jugulo-carotídea:* aqui são muito frequentes as adenopatias: quistos branquiais; quisto amigdalino; linfangioma quístico; tumores vasculares (importante o pulso, frémito e auscultação); tumores venosos.

*Região infra-hioídeia média:* Aqui as adenopatias são menos frequentes; e pode tratar-se de: quisto do tiroglosso (mobilidade à deglutição); tumor da tiróide; laringocelo.

A clínica e os exames complementares podem por vezes ser insuficientes para o diagnóstico e então recorre-se a biopsia da lesão.

*Diagnóstico etiológico:* se a natureza ganglionar da tumefacção é conhecida então qual a sua etiologia?

80% das lesões responsáveis são da esfera estomatológica e/ou O. R. L.; apesar disto nunca esquecer que o carácter agudo duma adenopatia não deve excluir a pesquisa de um tumor primitivo de: língua, pavimento bucal, amígdala, faringolaringe; e assim o exame deve ser completado com:

— Pesquisa de outras áreas ganglionares;

— se há hepatoesplenomegalia;



— manifestações diversas como: erupção cutânea, purpura, gengivorragia, epistaxis.

No campo estomatológico pode haver lesão evidente mas noutros casos há lesão discreta; explorar couro cabeludo, pele da face e pescoço.

O. R. L.: inspeccionar loca-amigdalina, cavum, laringe e faringe.

#### EXAMES COMPLEMENTARES:

1 — Hemograma com V. S.: se síndrome mononucleósico completar-se-á com reacção de Paul-Bunnell, para a mononucleose assim como o MNI teste.

— Dye teste para a Toxoplasmose.

— Hemocultura e reacção de Wright para a Brucelose.

— Leucemia.

2 — R.X. pulmonar: adenopatias; se lesões de BK pulmonar.

3 — Intraderno-reacção à Tuberculina: quando muito positiva, reforça o diagnóstico clínico de adenite tuberculosa a confirmar por outros exames; se a reacção é negativa, num doente que no passado foi positiva, então suspeitar de doença de Hodgkin, doença de Besnier-Boeck-Schaumann.

4 — Exame directo do gânglio:

a) punção ganglionar;

b) biópsia ganglionar;

a) *Punção ganglionar*: é um exame rápido, útil e pouco traumatizante para o doente; se há presença de pús, pode fazer-se o respectivo exame cultural e permite ainda fazer um adnograma que poderá dar ao Hematologista uma boa conclusão; embora não dispense uma biópsia ganglionar; a punção ganglionar é rejeitada no caso de adenopatias metastáticas e em tumores cervicais malignos não ganglionares.

b) *Biópsia ganglionar*: este exame, dá o diagnóstico na maior parte dos casos; se se suspeitar clinicamente de adeno-

patia metastática, será bom fazer exame anatomo-patológico extemporâneo, e assim se poderá decidir no caso de metastase, por um esvaziamento ganglionar ou não; a biópsia é contra indicada em: metastase de melanoma maligno.

## ETIOLOGIA DAS ADENOPATIAS CERVICO-FACIAIS (Classificação)

### I — ORIGEM INFECCIOSA

- 1 — agudas por germes banais
- 2 — crônicas inflamatórias
- 3 — infecciosa específica: — bacteriana (a)
  - vírica (b)
  - fúngica (c)
  - parasitária (d)
- (a) — tuberculose, micobactérias atípicas, sífilis, brucela, tularemia;
- (b) — Mononucleose infecciosa, rubéola, sarampo, vírus citomegálicos, herpes zooster, adenovirus
- (c) — Actinomicose, Histoplasmose;
- (d) — Toxoplasmose, Tripanosomiase, Leishemâniase, Linforeticulose, Síndrome Mucocutâneo Ganglionar.

### II — IMUNO - ALÉRGICAS — Processos proliferativos histologicamente não malignos

- 1 — Sarcoidose
- 2 — Pseudolinfomas
- 3 — Linfadenopatia angio-imunoblástica
- 4 — Doença de Castelman
- 5 — Hiperplasia linfóide benigna pseudo-tumoral
- 6 — Artrite reumatóide, Lupus, Dermatomiosite

### III — ADENOPATIAS MALIGNAS

- 1 — Metastases carcinomatosas
- 2 — Adenopatias malignas primitivas:
  - linfomas Hodgkinianos
  - linfomas não Hodgkinianos
- 3 — Hemopatias malignas

IV — ENDÓCRINAS — Hipertiroidismo, Doença de Addison

V — DOENÇAS DE ARMAZENAMENTO LIPIDICO — Doença de Gaucher e Nieman Pick

## ETIOLOGIA DAS ADENOPATIAS CERVICO-FACIAIS

### I — ORIGEM INFECCIOSA

1 *Agudas por germes banais* — normalmente correspondem a infecções piogénicas banais de vizinhança e podem apresentar-se por:

- a) *adenite aguda não supurada*: após ou durante infecção bucal; esta origem bucal pode partir da mucosa, duma gengivo-estomatite, pericoronarite, periodontite; origem cutânea; face, couro cabeludo, pescoço; a origem pode ser ainda rinofaringea.  
Características: gânglio com aspecto inflamatório, que aumenta de volume, doloroso à pressão, pele vermelha e quente; evolução para a cura ou para uma denite supurada.
- b) *adenite supurada*: a evolução é feita com acentuação dos fenómenos inflamatórios; impõe-se uma drenagem cirúrgica sem a qual haverá fistulização.
- c) *Adenoleimão*: aqui há uma difusão extra-ganglionar da infecção, que pode observar-se ou não após adenite supurada; traduz-se por fenómenos inflamatórios intensos com dor viva, profunda e com irradiação; há sinais gerais evidentes com: temperatura elevada, arrepios e insónia;

a evolução faz-se para a supuração e difusão; a evolução é influenciada pelo estado imunitário do doente e pelo germen responsável; o adenofleimão tem características diferentes conforme a sua localização e assim:

- *adenofleimão sub-mentoniano* — é uma localização rara; o diagnóstico diferencial faz-se com «quisto dermoide» infectado;
- *adenofleimão sub-maxilar* — é localização mais frequente: a pele da região está luzidia, tensa e inflamada; o diagnóstico diferencial faz-se com a «sub-maxilite aguda litíásica», aqui pesquisar antecedentes evocadores tais como: pús no ostium do canal de Wharton e litíase visível no R.X. intra oral;
- *adenofleimão da face* — é raro; o diagnóstico faz-se com celulite de origem dentária, com uma tromboflebite da veia facial, com uma parotidite (aqui há pús no canal de Sténon);
- *adenofleimão carotídeo* — felizmente que é raro; tem uma grande gravidade devido à sua tendência para difusão mediastínica e riscos hemorrágicos; características: dor viva, torcicolo, disfagia, trismo; associado a patologia amigdalina ou faríngea e deve ser distinguido do fleimão periamigdalino cujos sinais são fundamentalmente faríngeos;
- *adenofleimão retrofaríngeo* — a partir dos gânglios pré-vertebrais; surge no lactente e traduz-se por: disfagia, dispneia com tiragem, torcicolo por vezes e alteração rápida do estado geral; deve fazer-se uma drenagem com incisão via bucal, em posição de Rose, e assim se evita a morte do doente por inundação das vias aéreas superiores;
- *adenofleimão infrahioideu médio* — é muito grave com possibilidade de instalação de um quadro de celulite difusa e risco de septicemia; difusão mediastínica e hemorragia;
- *adenofleimão da nuca* — é secundário a infecção cutânea da vizinhança.

*Tratamento:* Tetraciclina 2g/dia durante 3 semanas no mínimo;

*Tularemia* — doença infecciosa rara dos animais roedores devido à «Pasteurela Tularensis» que é um bacilo Gram-transmitida ao homem por contacto directo; a inoculação é cutânea ou mucosa; os responsáveis são os roedores;

O diagnóstico faz-se pela punção ganglionar com identificação do bacilo nesta punção; a serologia é positiva a partir da 2.<sup>a</sup> semana;

*Tratamento:* Estreptomina 0,5-1 gr/12/12 horas durante 10 dias; a Tetraciclina e o cloranfenicol também são eficazes;

Não usar Amoxiciclina — hipersensibilidade nesta doença; há erupção cutânea, assim como com outras  $\beta$ -lactaminas.

*Linforeticulose benigna de inoculação* — é uma adenite de inoculação, frequentemente devida a arranhão de gato, mas nem sempre; a adenopatia é cervical e muitas vezes axilar: é única, volumosa, móvel e pode evoluir para supuração e fistular; Punção: dá, muito frequentemente pús amicrobiano; este pús permite realizar uma intradermoreacção que assegura o diagnóstico; dá uma reacção de tipo retardado tuberculínico em 24 a 48 horas; a positividade da reacção persiste por vários anos;

Pode fazer-se exame histológico do gânglio que tem características específicas; a evolução é benigna; o tratamento é local, da adenopatia; a Tetraciclina é de eficácia duvidosa;

#### *Adenopatias de origem virica:*

*Mononucleose infecciosa:* é afecção virica provocada pelo vírus de «Epstein-Barr», que atinge o adolescente e o adulto jovem.

Clínica: há adenopatias múltiplas, inflamatórias, tamanho variável e de predomínio cervical; há também angina febril e astenia acentuada; pode haver outros aspectos, de mais leves a mais acentuados.

Diagnóstico: hemograma com hiperleucocitose com mononucleares hiperbasófilos; o MNI teste e a reacção de Paul-Bunel, são positivos ao 7.º dia; pesquisa de anticorpos anti-Epstein-Barr vírus.

Tratamento: apenas sintomático.

*Histoplasmose* — infecção proteiforme provocada por um fungo do cogumelo; há duas variedades: africana e americana e neste há dois tipos clínicos; um tipo clínico — simula a tuberculose; um outro tipo clínico — é uma forma cutânea mucosa com úlceras múltiplas, nomeadamente bucais; aqui as adenopatias regionais são correntes e tipo abscesso frio;

Na variedade africana: as lesões são predominantemente cutâneas; nas formas disseminadas há atingimento ganglionar, ósseo, pele, fígado e baço;

Diagnóstico: isolamento do fungo a partir das lesões por exame directo ou cultura em meio de «Saboreaud».

*Rubéola* — é uma doença exantemática que surge na idade escolar; as adenopatias são precoces, pequenas, móveis, pouco dolorosas, sendo típica a localização: retroauricular, occipital, cervical posterior.

Diagnóstico: faz-se pela subida da taxa de anticorpos entre dois exames, separados por intervalo de dez dias.

É uma afecção benigna na criança mas grave na mulher grávida, com risco de embriopatia; daqui a necessidade da vacinação da mulher na idade da puberdade.

*Sarampo* — há uma poliadenopatia constante, com pequenos gânglios, móveis, associados a catarro oculo-nasal e a precocidade das manchas na mucosa oral de Koplick.

*Doença das inclusões citomegálicas* — dá um quadro semelhante à mononucleose infecciosa; surge após transfusão sanguínea, de grande volume; as adenopatias são frequentes e a reacção de Paul-Bunnell é negativa.

*Herpes-Zooster* — pode haver aqui adenopatias regionais.

*Infecções rino-faríngeas por adenovírus* — estas infecções dão frequentemente adenopatias, de tamanho moderado, pouco inflamatórias e não supuradas.

O diagnóstico é evocado pela presença de outras lesões (Conjuntiva, pulmão); aqui devo realçar que: a grande parte das doenças infecciosas da criança dão adenopatias cujo exame clínico permite o diagnóstico; se este não for conclusivo então é indispensável a punção ganglionar e adenectomia, pois poderá tratar-se de outra patologia inclusivé de uma D. Hodgkin, actualmente curável em estado precoce; mais vale 10 biópsias negativas que um só atraso num diagnóstico de D. Hodgkin.

#### *Adenopatias de origem fúngica:*

— *Actinomicose* — Doença supurativa crónica, que se dissemina por extensão directa, com formação de fístulas que drenam para a superfície; os actinomicetos fazem parte da flora normal da boca; desconhece-se porque surge a doença; pensa-se que é desencadeada por um traumatismo (extracção dentária); há formação de grânulos de enxofre, dentro do pús;

*Lesão típica:* Abscesso com necrose dental circundada por tecido de granulação e fibrose;

*Clínica:* tumoração endurecida, vermelha, pouco dolorosa, com evolução lenta; torna-se flutuante e drena para a superfície, formando fístula crónica com pouca tendência à cicatrização.

As lesões estendem-se por contiguidade, sendo rara a disseminação via sanguínea. Em 50% dos casos a lesão inicial é cervico-facial com envolvimento da face, pescoço e mandíbula, língua.

*Tratamento:* Penicilina 5 a 10 milhões/dia; Tetraciclina; Iodeto de K.

#### *Adenopatias de origem parasitária:*

*Toxoplasmose:* é devida ao toxoplasma gondii, que é muito frequente; cerca de 90% dos indivíduos após os 30 anos, têm reacções serológicas positivas. É uma afecção geral-

mente benigna à excepção da grávida onde dá uma fetopatia grave.

Clínica: há adenopatias na região occipital, cervical posterior, prétraquiana, submaxilar; são adenopatias múltiplas, simétricas, móveis, de tamanho moderado e não evoluem para supuração; os sintomas gerais são pouco frequentes assim como o estado geral é pouco afectado.

Hemograma: mononucleose, reacção de Paul-Bunnell negativa.

Diagnóstico: positividade de Dye-teste; este é importantíssimo na grávida.

Tratamento: é essencial na grávida com: Royamycine 2 gr/dia durante um mês com intervalos de 15 dias; há ainda outros medicamentos como: Pirimetamina (muito tóxico) e Trimetoprin.

*Trypanosomiase humana africana (doença do sono)*: há adenopatias localizadas particularmente cervicais posteriores (sinal de Winterbottom); a associação das adenopatias, febre irregular, eritema circinado, lembra a trypanosomiase num indivíduo que viajou numa zona endémica anteriormente.

Diagnóstico: Pesquisa do parasita por punção ganglionar, no sangue ou líquor.

*Leishmaniase Visceral (Kala-Azar)*: aqui há adenopatias generalizadas mas num segundo tempo a seguir a: esplenomegalia, febre e hepatomegalia.

*Síndrome muco cutâneo ganglionar*: descrito no Japão e Hawai; provável agente etiológico uma rickettsiose.

### III — ADENOPATIAS IMUNO-ALÉRGICAS

Processos proliferativos histologicamente não malignos

1 — *Sarcoidose* — A expressão clínica mais habitual da doença de Besnier-Boeck-Schaumann; aparecem frequentemente adenopatias mediastínicas hilares bilaterais; há muitas vezes imagens pulmonares reticulo-nodulares; as adenopatias superficiais são menos frequentes e estão locali-



zadas geralmente supra-claviculares; estas adenopatias são pequenas, fechadas, móveis, indolores e não supuram; a negatividade tuberculínica tem um certo valor de orientação.

Dados analíticos: hipercalcémia, hipergamaglobulinemia com hipoalbuminémia.

É imprescindível um exame histológico: há células epitelioides, com células gigantes, simulando a tuberculose mas sem caseificação e sem bacilos de Koch. Há positividade no teste de Kveim.

- 2 — *Pseudo-linfomas* — os pseudo-linfomas induzidos pelas hidantoínas são clássicos; as adenopatias surgem pouco tempo após início do tratamento; são grandes mais ou menos generalizadas e podem acompanhar-se de hepatoesplenomegalia, febre e eosinofilos; os sintomas desaparecem logo que se suspende o tratamento.

Há quadros clínicos semelhantes a este provocados por outros medicamentos como: Artane, L-Dopa. Penicilina, Fenilbutazona.

- 3 — *Linfadenopatia angio-imunoblástica* — os gânglios cervicais e axilares são atingidos frequentemente.

Há alterações da imunidade com: hiperglobulinémia de IgG, hipoalbuminémia e anemia.

Diagnóstico: faz-se pelo exame histológico; este revela: neogénese vascular, presença de substância intersticial acidófila e proliferação linfo-plasmo-imunoblástica.

Prognóstico: é mau; há uma sobrevida média de 15 meses; morte por: infecção pulmonar, septicémia.

- 4 *Doença de Castelman* — doença rara e com prognóstico benigno.

- 5 — *Hiperplasia linfóide benigna pseudo-tumorol* — há adenopatias volumosas superficiais frequentemente cervicais e que simula uma adenopatia maligna; não há alterações do estado geral.

Diagnóstico: faz-se pelo exame histológico.

A doença evolui normalmente para a cura.

6 — *Artrite reumatóide, Lupus, Dermatomiosite* — também dão adenopatias.

#### IV — ADENOPATIAS MALIGNAS

1 — *Metastases ganglionares carcinomatosas* — são uma prioridade de diagnóstico, para a qual é preciso estar atento num adulto entre 50-65 anos; a sua presença orienta a terapêutica e influencia o prognóstico.

Características: adenopatias múltiplas ou únicas, duras, indolores, sem periadenite, móveis, de aparecimento progressivo, podendo fixar-se posteriormente aos planos superficiais e profundos; a adenopatia pode ter aspecto inflamatório e aparecimento brusco e explosivo; outras veezs tem aspecto pseudo-quístico, com flutuação.

Circunstâncias do aparecimento de adenopatia:

- a) O caso mais frequente é a adenopatia satélite de lesão cancerosa;
- b) o caso do doente que consulta por uma lesão cancerosa e o exame revela adenopatia;
- c) A adenopatia é a causa da consulta e o exame procura a lesão primitiva;
- d) Pode ainda tratar-se de uma adenopatia recidivante dum tumor já tratado.

É importante fazer a correlação topográfica entre o tumor e a adenopatia, embora saibamos que não tem valor absoluto, e assim: uma adenopatia altamente situada evoca lesão do cavum; uma adenopatia sub-mentoniana orienta para uma lesão do lábio inferior e ponta da língua; uma adenopatia sub-maxilar orienta para lesão do pavimento bucal e língua; uma adenopatia supra-clavicular orienta para um tumor pulmonar ou digestivo.

Gostaria de realçar que esta correlação, e como já disse, nada tem de absoluto mas apenas orientativo, pois há disse-

minações linfáticas cruzadas e contra-corrente, o que nos obriga a inspecionar sistematicamente todas as regiões; o diagnóstico é feito pelo exame histológico da lesão primitiva ou exame extemporâneo do gânglio, se a lesão primitiva não é encontrada.

Prognóstico: depende da lesão primitiva, mas também de dados clínicos e histológicos ao nível ganglionar.

Daqui se tiraram constatações clínicas que foram codificadas na classificação TNM em que: T — refere-se ao tamanho do tumor em centímetros; N — invasão ganglionar regional; M — metástases à distância;

O tratamento é indissociável do tumor primitivo; recorre-se à cirurgia e radioterapia sempre que o estado do tumor o permita assim como o tipo histológico. A apreciação do tratamento é baseada na sobrevida e sua qualidade (critérios de Karnofsky).

## 2 — *Adenopatias malignas primitivas*

- a) linfoma hodgkiniano
- b) linfoma não hodgkiniano

*Linfoma hodgkiniano* — incidência etária em qualquer idade com máxima frequência no adulto jovem 20-30 anos; o progresso terapêutico de que dispomos hoje, obriga-nos a um diagnóstico precoce.

Clínica: há uma ou várias adenopatias, de consistência elástica, móveis, indolores, sem periadenite, pele subjacente normal, uni ou bilateral, assimétricas; se forma unilateral, o lado esquerdo é o mais atingido; a evolução faz-se para a aglomeração e endurecimento; fazem ainda parte da clínica, febre, prurido e esplenomegalia (classicamente).

*Diagnóstico*: só pelo exame histológico do gânglio; há ainda outros dados embora inespecíficos como: hiperleucocitose, neutrofilia, eosinofilia, V.S. aumentada e tem ainda um certo valor a negatividade do teste à tuberculina.

*Histologia:* mostra as células de Stenberg, que dão o diagnóstico quando presentes, mas a sua ausência não exclui o diagnóstico; o exame histológico para além de dar o diagnóstico, é muito importante para rotular o tipo histológico.

Há quatro tipos histológicos que orientam o prognóstico e a terapêutica:

Tipo I — há predomínio linfocitário com raras células de Stenberg.

Tipo II — é a forma esclero-nodular.

Tipo III — há celularidade mista com granuloma Hodgkiniano, é o tipo mais frequente.

Tipo IV — aqui há depleção linfocitária e esclerose.

*Prognóstico:* é bom nos tipos I e II, intermediário em III e mau em IV.

Para avaliação desta extensão da doença examinam-se outras áreas ganglionares como anel de Waldeyer, o fígado, pulmões, esqueleto, o que implica outros exames como: R.X., Tomografias, Línfografias, Cíntigrafias, Biópsias ósseas e até Laposcopia; assim se estadia a doença de I a IV conforme a sua extensão.

Avaliação da evolução é feita em critérios clínicos (A) e analíticos (B)

A — perda de peso injustificável de mais de 10%, febre inexplicável de  $\geq 38^\circ$ , suores nocturnos intensos.

B — V.S.  $> 40$ mm na 1.<sup>a</sup> hora, sideremia  $\leq 70$ g/100 ml  
fibrinémia  $> 0,55$ g/100 ml, taxa de  $\alpha_2 > 10$ g/100 ml  
albuminémia  $< 35$ g/l, leucocitose  $> 12.000$  com  
70% de polinucleares.

Tratamento: radioterapia, quimioterapia e corticoterapia, dependendo é claro do tipo histológico.

2 — b) *Linfomas não Hodgkinianos:* (hematosarcomas não Hodgkinianos) — há vários tipos histológicos, com numerosas classificações (Rappaport, Lukes, Diebold); surge em qualquer idade, contudo é mais frequente nos homens

com 50-70 anos de idade; a doença é frequentemente iniciada pelo aparecimento de adenopatias cervicais, que evoluem muito rapidamente e se disseminam numa massa fixa; é frequente outras adenopatias, esplenomegalia com R.X. pulmonar normal.

*Diagnóstico:* pelo exame histológico do gânglio e a classificação do seu tipo; aqui como na doença de Hodgkin há parâmetros para avaliar a extensão da doença.

*Prognóstico e tratamento:* dependem do tipo histológico e da extensão da doença; as várias classificações são baseadas no aspecto morfológico (nodular ou difuso); de realçar que se provou que os linfomas nodulares, têm melhor prognóstico.

Os linfosarcomas, reticulosarcomas, linfoma de Burkitt e a doença de Brill se enquadram nos linfomas não Hodgkinianos.

Para avaliação da extensão é necessário explorar: exame O R L, R.X., Cintigrafia, Biópsia óssea e Laparotomia exploradora.

Há também uma classificação em estádios de I a IV; apesar da classificação da doença em estádios e do tipo histológico o *prognóstico* é mau.

*Tratamento:* radioterapia nas formas localizadas, quimioterapia (Endoxan, Cloramínofene, Oncovin, Adriblastina, Prednisona).

### 3 — Adenopatias das hemopatias malignas:

- a) leucemia linfóide crónica
- b) leucemia aguda
- c) macroglobulinemia de Waldenstrom

a) *Leucemia linfóide crónica* — surge mais no velho, há adenopatias simétricas, elásticas, móveis.

*Hemograma:* dá o diagnóstico, há hiperleucocitose, com 80-90% de linfócitos mais ou menos normais.

Formas aleucémicas aqui é importante o mielograma.

A leucemia linfóide crónica tem uma duração mais longa.

- b) *Leucemia aguda* — há maior incidência nos dois pólos da vida e surgem sobretudo as adenopatias na *leucemia linfoblástica*; as adenopatias são menos frequentes na *leucemia aguda mieloblástica e monoblástica*; as adenopatias estão ausentes nas formas promielocíticas.

As adenopatias são: difusas, simétricas, indolores e móveis.

Há outros sinais de infiltração: gengivite hipertrófica, infiltração medular com, trombocitopenia e gengivorragias, neutropenia com estomatite ulcero-necrótica.

- c) *Macroglobulinemia de Waldenstrom* — surge mais no homem de 50 anos, as adenopatias surgem em 50% dos casos.

*Características das adenopatias*: fechadas, indolores, sem sinais de compressão nem de supuração; é um quadro semelhante à leucemia linfóide crónica.

Por vezes há astenia, hepato-esplenomegalia, acidentes hemorrágicos e V.S. aumentada.

*Electroforese*: hiperproteinemia, com pico em  $\beta 2$ , imuno-electroforese com um constituinte monoclonal que se deve a anomalias das IgM.

**CONCLUSÃO**: o diagnóstico das adenopatias é um problema corrente. Embora a etiologia infecciosa seja muito frequente, em muitas adenopatias a etiologia é maligna, primitiva ou metastática.

É necessário ter isto bem presente desde o início; a maior parte das situações só a biópsia ganglionar com o exame histológico dá o diagnóstico. A precocidade do diagnóstico pode hoje oferecer-nos um prognóstico bem mais optimista em determinados diagnósticos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — Rouvière, H. — Anatomie Humaine — 1970, tomo I.
- 2 — Anson B. J.; Maddock W. V. — 4.<sup>a</sup> edição — Surgical Anatomy.
- 3 — Junqueira L. C.; Carneiro — Histologia Básica, 1982, 5.<sup>a</sup> edição.
- 4 — Mac Bryde C. M.; Black Low R. S. — Signs and Symptoms, 1970, 5.<sup>a</sup> edição.
- 5 — Bates Barbara M. D. — A guide to physical examination, 1979, 2.<sup>a</sup> edição.
- 6 — Robbins Stanley L. M. D. — Patologia 1969, 3.<sup>a</sup> edição.
- 7 — Félix Poilleux, Semiologie Chirurgicale, 1968, 4.<sup>a</sup> edição, vol. I.
- 8 — Christopher D. — Textbook of Surgery, 1977.
- 9 — Jawetz E.; Melnick L. J.; Adelburg, A. E. — Microbiologia Médica, 13.<sup>a</sup> edição.
- 10 — Harrison's, Principles of Internal Medicine, 1989, 9.<sup>a</sup> edição.
- 11 — Encyclopédie Médico-Chirurgical, Stomatologie-Odontologie.
- 12 — Porrmann M., Traité de technique chirurgical O. R. L. et Cervico-faciale, Vol. II e IV, 1983.
- 13 — Paparella, Tratado de O.R.L.
- 14 — Shafer H. L., Patologia Bucal, 1979, 3.<sup>a</sup> edição.
- 15 — Graziani M., Cirurgia Buco-Maxilo-facial, 1976, 6.<sup>a</sup> edição.
- 16 — Parant M., Petite Chirurgie de la bouche, 1981, 7.<sup>a</sup> edição.