

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Keyla Moura Rocha Torres

HIPERPLASIA LINFOIDE EM BOCA: RELATO DE CASO

RECIFE

2018

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Keyla Moura Rocha Torres

HIPERPLASIA LINFOIDE EM BOCA: RELATO DE CASO

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE / CPO, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Estomatologia.

Área de Concentração: Estomatologia

Orientador: Prof. Dra. Ana Paula Veras Sobral

Co-orientadora: Profa Dra Marcia Maria Fonseca da Silveira

RECIFE

2018

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado “**HIPERPLASIA LINFOIDE EM BOCA: RELATO DE CASO**” de autoria da aluna Keyla Moura Rocha Torres, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dra Ana Paula Veras Sobral – CPGO Recife

Prof. Dra. Marcia Maria Fonseca da Silveira – CPGO Recife

Recife, 16 de junho de 2018

“HIPERPLASIA LINFOIDE EM BOCA: RELATO DE CASO”

Keyla Moura Rocha Torres
Mariana Lima
Romulo Valente
Márcia Silveira
Ana Paula Veras Sobral

RESUMO

Hiperplasia Linfoide em boca é uma condição rara e benigna em que há uma proliferação de células linfoides para combater um agente agressor sendo difícil de diferenciar clinicamente e histologicamente do linfoma não Hodgkin em fase inicial. Relatamos aqui um caso de hiperplasia linfoide em pilar amigdaliano esquerdo em uma paciente de 49 anos. A lesão de aproximadamente 1.5cm, com evolução de aproximadamente 2 meses, sintomatologia dolorosa à palpação. Após biopsia excisional, o exame histopatológico revelou lesão de células linfoides, foi realizado reações imuno-histoquímicas positivos para os anticorpos anti CD3 e CD20 confirmando o diagnóstico de hiperplasia linfoide.

Palavras-chaves: Hiperplasia Linfoide. Proliferação de células linfoides. Pseudolinfoma.

1. INTRODUÇÃO

A hiperplasia linfoide- HL em boca é uma entidade rara e benigna (ANJOMSHOAA *et al.*, 2013) podendo afetar os linfonodos, o tecido linfoide do anel de Waldeyer ou os agregados de tecido linfoide que são, normalmente, espalhados na cavidade bucal (NEVILLE *et al.*, 2016). Quando a hiperplasia linfoide afeta os linfonodos, usualmente o local drenado por eles pode ser identificado como fonte de infecção ativa ou recente (TOMASSI, 2016).

A HL afeta predominantemente pacientes do sexo feminino de 38 a 79 anos, com evolução média de 9 meses. A HL pode ser confundida com linfonodos inflamatórios crônicos e/ou linfomas por se assemelharem clinicamente e histologicamente (MANVEEN *et al.*, 2012; HANEMMAN *et al.*, 2017; NEVILLE *et al.*, 2016; JHAM *et al.*, 2009) Ambas as lesões podem apresentar-se com crescimentos bilaterais ou unilaterais, que podem ser firmes ou moles, e geralmente exibem mucosa superfície intacta (WRIGHT; DUNSWORTH, 1983). A condição tem sido descrita em muitos locais do corpo, sendo raro o envolvimento na cavidade bucal (MENASCE *et al.*, 2001; JHAM *et al.*, 2009). Já o linfoma não-Hodgkin é o linfoma mais comum dos seios paranasais e da cavidade bucal (PHILIPONE; BHAGAT; ALOBEID, 2015). Na cavidade bucal representam cerca de 2% de todos os linfomas não Hodgkin, não apresentam predileção por sexo, acometem em sua maioria pacientes entre a quarta e oitava décadas de vida, com idade média entre 50 e 60 anos (SANTOS *et al.*, 2009)

O objetivo deste trabalho relatar um caso de HL em boca é demonstrar a importância da análise imuno-histoquímica para diferenciar hiperplasia linfoide benigna em cavidade bucal de linfoma não Hodgkin em fase inicial.

2. RELATO DE CASO

Paciente M.E.S, 49 anos de idade, sexo feminino, natural de Angelim-PE, agricultora; procurou o serviço de Estomatologia no CPGO queixando-se de que “há 2 meses apareceram caroços na boca que doem quando toco”. Após passar por consulta médica e odontológica em posto de saúde, o Cirurgião-Dentista a encaminhou para avaliação com Estomatologista. Durante anamnese, a paciente relatou ser diabética controlada e ter gastrite. Ao exame clínico, observou-se em pilar amigdaliano esquerdo um nódulo de aproximadamente 1,5cm, de coloração vermelho escuro, superfície lisa, consistência flácida e sintomatologia dolorosa ao toque (Fig 1). Os outros nódulos foram diagnosticados como papilas valadas.



Figura 1: Aspecto clínico da lesão em pilar amigdaliano esquerdo

Com a hipótese diagnóstica de Fibroma de células gigantes, foi realizada a biópsia excisional e o material encaminhado ao laboratório de Patologia Oral e MaxiloFacial para análise. O exame histopatológico revelou proliferação de células linfóide em arranjo folicular. Em área focal foi observado arranjo difuso de linfócitos com aspecto monótono, núcleo irregular, por vezes com cromatina condensada e citoplasma escasso (Fig 2). O diagnóstico foi de Lesões de Células Linfóides. Foram realizadas reações imuno-histoquímicas, as quais foram positivas para os anticorpos anti: CD3 e CD20 (Fig 2). Após a análise imuno-histoquímica, conclui-se o diagnóstico de Hiperplasia Linfóide. Paciente segue em acompanhamento (Fig 3).

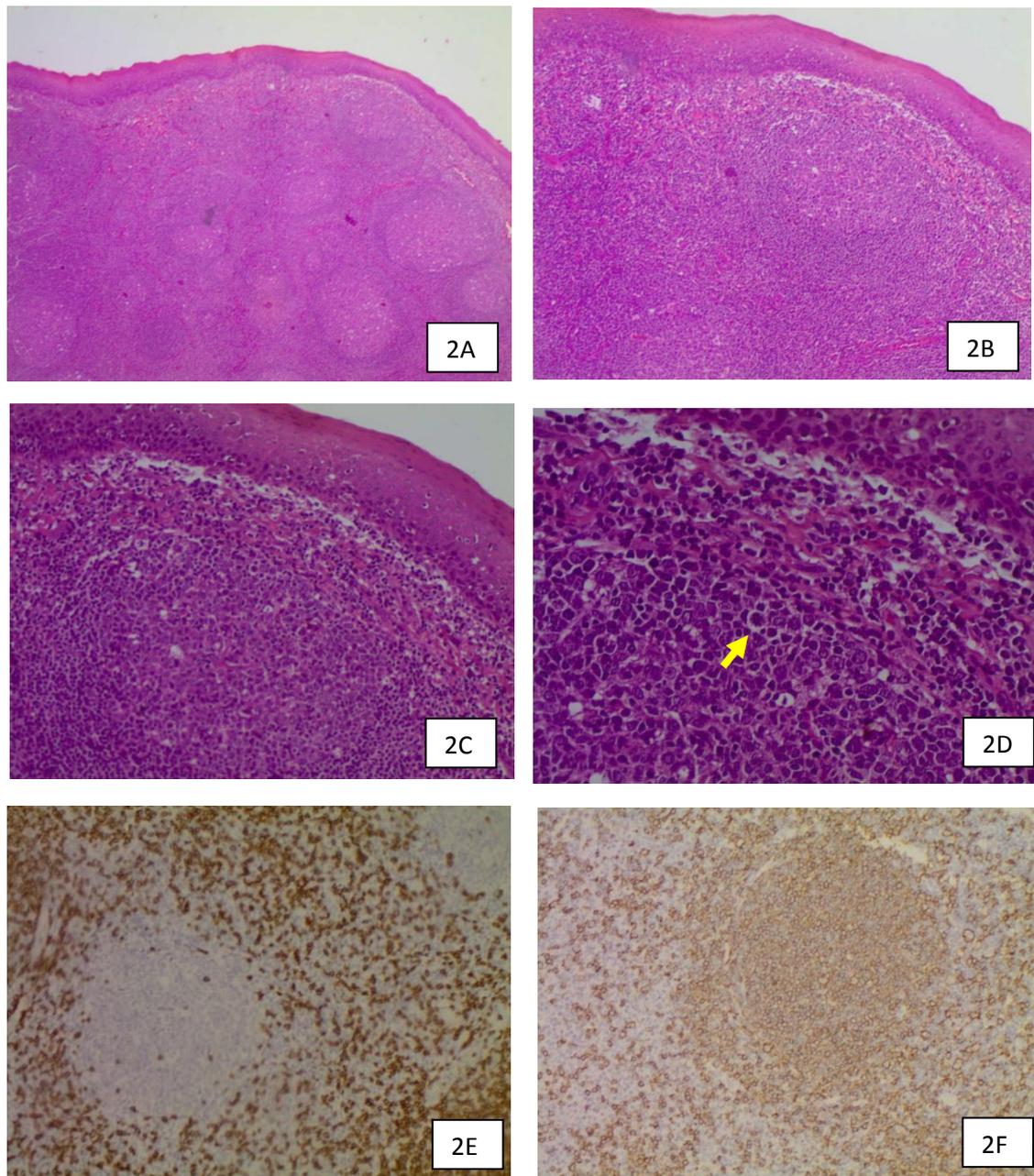


Figura 2. Fotomicrografia. **A.** Aspecto em arranjo folicular das células linfoides (40X, H.E.); **B.** Células linfoides na porção de lâminas própria da mucosa oral (100X, H.E.); **C.** Maior aumento da figura 2B revelando a ausência do arranjo folicular (400X, H.E.); **D.** Aspecto monótono dos linfócitos com núcleos irregulares, mitoses atípica (seta) (400X, H.E.); **E.** Imunoexpressão para o anticorpo CD3 (100X, IHQ.); **F.** Imunoexpressão para o anticorpo CD20 (100X, IHQ.).



Figura 3: Aspecto clínico da área 30 dias após biópsia

3. DISCUSSÃO

A HL ou pseudolinfoma são lesões aumentadas de volume com proeminente infiltrado linfoide que, pela morfologia de rotina, parecem ser reativas e que em análises genéticas auxiliares não apresenta evidências de clonalidade. Assemelha-se ao linfoma não Hodgkin em fase inicial, que é uma lesão maligna (MORICE, 2008). Ambos podem apresentar-se clinicamente como lesões unilateral ou bilaterais, de consistência mole ou firme. Ambas as lesões, geralmente, têm a superfície da mucosa intacta (HANEMANN *et al.*, 2017) No caso aqui relatado, também, observou-se ausência de ulcerações na superfície mucosa.

A HL ocorre mais frequentemente em pacientes idosos, variando de 38 a 79 anos (média de idade de 61 anos). Pacientes do sexo feminino são mais afetadas que do masculino, com relação sexual F:M de 3.2:1. A condição geralmente apresenta-se como unilateral, massa indolor, de crescimento lento, não ulcerada, em região posterior de palato duro (KOLOKOTRONIS, DIMITRAKOPOULOS, ASIMAKI, 2003; DJAVANMARDI *et al.*, 2008; HANEMANN *et al.*, 2017). Observamos aspectos clínicos semelhantes no caso por nós relatados semelhante aos descritos na literatura, uma vez que ocorreu em paciente do sexo feminino, 49 anos, com o nódulo de 1,5cm e de crescimento lento, tendo como único aspecto discordante a coloração avermelhada e localização em pilar amigdaliano esquerdo.

As características microscópicas do linfoma não Hodgkin em fase inicial são muito semelhante da HL. As diferenças sutis dos aspectos histológicos entre proliferações linfoides benignas e malignas fazem o diagnóstico dessas lesões difícil (JRAM *et al.*, 2009; MANVEEN *et al.*; 2012). As características microscópicas da HL incluem lençóis de pequenos linfócitos bem diferenciados entremeados a numerosas coleções claramente demarcadas de linfoblastos reativos, chamadas de centros germinativos (NEVILLE *et al.*, 2016). Já os linfomas não Hodgkin em fase inicial têm um padrão de crescimento nodular, estes nódulos são neoplásicos e não devem ser considerados centros germinativos (JAFFE *et al.*, 1974; WARNKE, LEVY, 1978; MANVEEN *et al.*, 2012). No nosso caso, as estruturas semelhantes a folículos mostraram variação no tamanho e eram compostos de grandes células centrais cercadas por uma fina borda de pequenos linfócitos redondos, em algumas áreas tais estruturas perdiam essa conformação e os linfoblastos formavam lençóis. Apesar de encontradas mitoses atípicas, de forma geral, a atividade mitótica

encontrada foi baixa. Por isso, foi muito difícil apenas com base no histopatológico, estabelecer o diagnóstico diferencial entre HL e linfomas não Hodgkin em fase inicial, se fazendo necessário o auxílio da técnica imuno-histoquímica. As quais foram positivas para os anticorpos anti: CD3, que marca linfócitos T, e CD20, para linfócitos B. Portanto, após a análise imuno-histoquímica, concluiu-se o diagnóstico de Hiperplasia Linfóide.

Uma vez que o diagnóstico de HL é confirmado, nenhum tratamento é requerido, pois se trata de um processo benigno (NEVILLE *et al.*, 2016). Já se fosse Linfoma Não Hodgkin em fase inicial, por se tratar de uma doença maligna, o tratamento seria quimioterapia associada ou não à radioterapia com alto potencial de cura (SANTOS *et.al*, 2009).

4. CONCLUSÃO

A HL assemelha-se ao linfoma Não Hodgkin em fase inicial em cavidade bucal, clinicamente e histologicamente. As características que distinguem entre estas duas doenças só podem ser diferenciadas através de análise imunohistoquímica. É necessário estabelecer um diagnóstico definitivo entre as duas lesões para o estabelecimento correto do tratamento, que difere devido à natureza das patologias em benignas e malignas.

Lymphoid hyperplasia in oral cavity: case report

Keyla Moura Rocha Torres
Mariana Lima
Romulo Valente
Marcia Silveira
Ana Paula Veras Sobral

ABSTRACT

Lymphoid hyperplasia in the mouth is a rare and benign condition in which there is a proliferation of lymphoid cells to combat an aggressive agent and it is difficult to differentiate clinically and histologically from early non-Hodgkin's lymphoma. We report here a case of lymphoid hyperplasia in the left tonsillar pillar in a 49 years old patient. The lesion of approximately 1.5 cm, with evolution of approximately 2 months, painful symptomatology to palpation. After excisional biopsy, histopathological examination revealed lesions of lymphoid cells, positive immunohistochemical reactions were performed for anti-CD3 and CD20 antibodies confirming the diagnosis of lymphoid hyperplasia.

Key-words: Lymphoid hyperplasia. Lesion of lymphoid cells. Pseudolymphoma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOMSHOAA, I; BULFORD, LA; DYM, H; WOO, SB; Florid follicular lymphoid hyperplasia of the hard palatal mucosa managed with intralesional steroids: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2013 71:1202–1208. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2013.01.015>

DJAVANMARDI, L; OPREAN, N; ALANTAR, A; BOUSETTA, K; PRINC, G: Malignant non-Hodgkin's lymphoma (NHL) of the jaws: a review of 16 cases. *J Craniomaxillofac Surg* 36: 410 e 414, 2008.

HANEMANN, JÁ; CARLI, M; DENDENA, ER; COUTO FILHO, CEG; SOUSA, S; PEREIRA, AAC; GIUDICE, FA; SPERANDIO, FF. Rare case report of an aggressive follicular lymphoid hyperplasia in maxilla. *Oral Maxillofac Surg* 2017

JAFFE ES, SHEVACH EM, FRANK MM, BERARD CW, GREEN I. Nodular lymphoma—evidence for origin from follicular B lymphocytes. *N Engl J Med* 1974;290:813-9.

JHAM, BC; BINMADI,NO; SCHEPER, MA; ZHAO, XF; KOTERWAS, GE; KASHYAP, A; LEVY, BA. Case Report: Follicular lymphoid hyperplasia of the palate: Case report and literature review. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 2009. 37, 79 e 82.

KOLOKOTRONIS, A; DIMITRAKOPOULOS, I; ASIMAKI, A. Follicular lymphoid hyperplasia of the palate: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 96:172–175. <https://doi.org/10.1016/S1079210403000957>

MANVEEN, JK; SUBRAMANYAM, RV; HARSHAMINDER, G; MADHU, S; NARULA, R. Primary B-cell MALT lymphoma of the palate: A case report and distinction from benign lymphoid hyperplasia (pseudolymphoma). *J Oral Maxillofac Pathol* 2012;16:97-102.

MENASCE, LP; SHANKS, JH; BANERJEE, SS; Harris, M: Follicular lymphoid hyperplasia of the hard palate and oral mucosa: report of three cases and a review of the literature. **Histopathology** 39: 353 e 358, 2001

MORICE, GW; COLBY, TV; Lymphoproliferative Diseases. In: Tomashefski Jr JF, Cagle PT, Farver CF, Fraire AE, editors. **Dail and Hammar's Pulmonary Pathology**. Vol. 2. Neoplastic Lung Disease. 3rd ed. New York: Springer Science+Business Media, LLC; 2008:7.

NEVILLE, B.W.; ALLEN,C.M.; DAMM,D.D.;et al. **Patologia: Oral & Maxilofacial**. 4ª edição Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2016

PHILIPONE, E; BHAGAT, G; ALOBEID, B; Oral cavity lymphoid neoplasms. A fifteen-year single institution review. N Y **State Dent J** 2015; 81:44–47

SANTOS, PSS; FERREIRA, ES; VIDOTE, RM; PAES, RAP; FREITAS, RR. Manifestação bucal de linfoma difuso de grandes células B. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia** 2009.

TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal**. São Paulo: Pancast, 2002.

WARNKE, R; LEVY R. Immunopathology of follicular lymphomas. A model of B-lymphocyte homing. **N Engl J Med** 1978; 298:481-6.

WRIGHT, JM; DUNSWORTH, AR; Follicular lymphoid hyperplasia of the hard palate: a benign lymphoproliferative process. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1983; 55:162–168