

Linfoma não-Hodgkin de células T envolvendo a cavidade oral em paciente com o vírus da imunodeficiência humana positivo. Relato de caso*

T-cell Non-Hodgkin lymphoma of the oral cavity in human acquired virus-positive patient. Case report

Cristiane Marcos Soares Dias Ferreira¹, Nice Guimarães de Oliveira Souza¹, Flaviane Maria Tostes¹, Leonardo Gonçalves Bedram², Natália Nolasco Segheto²

*Recebido do Hospital João Penido, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Juiz de Fora/MG, Brasil.

RESUMO

Linfoma não-Hodgkin (LNH) é uma das complicações oncológicas mais frequentes em portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). O risco de desenvolvimento do Linfoma não-Hodgkin nos pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) está diretamente relacionado à imunossupressão crônica, sendo particularmente mais frequentes nos paciente com baixa contagem de CD4. O objetivo deste estudo foi relatar o caso de Linfoma não-Hodgkin de células T em cavidade oral, em paciente com o vírus da imunodeficiência humana positivo, enfatizando a sua importância clínica e a necessidade do diagnóstico precoce especialmente em pacientes com SIDA. Paciente do sexo feminino, 38 anos, sabidamente HIV positivo, sem tratamento antirretroviral, apresentando tumoração extensa, vegetante, friável, de bordos irregulares, dolorosa em palato duro, acompanhada de linfadenomegalia à direita. Realizada biópsia da lesão e estudo imuno-histoquímico com resultado de linfoma não-Hodgkin de células T. Foi iniciado tratamento específico para HIV e encaminhamento para centro onco-hematológico especializado. O caso relatado reflete rara manifestação de Linfoma não-Hodgkin em cavidade oral, em paciente com o vírus da imunodeficiência humana positivo, reforçando sua importância clínica e a necessidade do diagnóstico precoce, a fim de diminuir a morbimortalidade e melhorar seu reconhecimento clínico.

Descritores: Síndrome de imunodeficiência adquirida/complicações; Linfoma não-Hodgkin/etiologia; Linfócitos T; Humanos; Feminino; Adulto; Relatos de casos.

ABSTRACT

Non-Hodgkin lymphoma (NHL) is one of the most common cancer complications in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). The risk of developing NHL in human immunodeficiency virus (HIV)-infected patients is directly related to chronic immunosuppression, and particularly more frequent in patients with low CD4 count. The aim of this study was to report the case of T-cell NHL in the oral cavity in HIV-infected patients, emphasizing its clinical importance and necessity of early diagnosis especially in patients with AIDS. Thirty-eight-year-old female patient, HIV-positive, without antiretroviral treatment, showing extensive, vegetative, friable, of ragged edges, painful tumor on hard palate, accompanied by lymphadenomegaly on the right side. Biopsy of the lesion, and immunohistochemical study were performed with result of T-cell non-Hodgkin lymphoma. Treatment was started specifically for HIV, and patient was referred to a specialized oncohematological center. The related case reflects a rare manifestation of non-Hodgkin lymphoma in the oral cavity in HIV-positive patient, reinforcing its clinical importance and necessity of early diagnosis in order to decrease morbidity and mortality and improve its clinical recognition.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome/complications; Lymphoma, non-Hodgkin/etiology; T-lymphocytes; Humans; Female; Adult; Case reports.

INTRODUÇÃO

Os linfomas não-Hodgkin (LNH) são doenças malignas clonais que resultam de mutações na célula linfóide progenitora. A célula maligna possui fenótipo de célula B, T ou NK (*natural killer*), como determinado por imunofenotipagem e/ou estudos de rearranjo gênico⁽¹⁾.

Vários estudos tem associado o aumento da incidência de linfomas à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras infecções virais, tratamentos imunossupressores e fatores ambientais, incluindo exposição a pesticidas e solventes⁽¹⁾.

O risco aumentado de desenvolvimento do LNH nos pacientes infectados pelo HIV está diretamente relacionado à imunossupressão crônica, sendo particularmente mais frequentes nos paciente com contagem de CD4 menor que 50/mm³⁽²⁾.

1. Hospital Regional João Penido, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Juiz de Fora, MG, Brasil.

2. Universidade Presidente Antônio Carlos, Faculdade de Medicina. Juiz de Fora, MG, Brasil.

Apresentado em 03 de julho de 2012.

Aceito para publicação em 22 de julho de 2013.

Conflito de interesses: Nenhum.

Endereço para correspondência:

Natália Nolasco Segheto
Rua Sargento Cunha n° 540/205 – Bandeirantes
36047-010 Juiz de Fora, MG, Brasil.
Fone: (32) 9903-1022
E-mail: nataliasegh@hotmail.com

O LNH é a segunda neoplasia mais comum nos pacientes infectados pelo HIV. Uma vez que o risco em pacientes soropositivos é aproximadamente 60 a 100 vezes superior ao da população soronegativa⁽²⁻⁵⁾.

Essa neoplasia surge em todos os grupos de exposição para infecção por HIV, abrangendo todas as idades e diferentes países, com semelhantes características epidemiológicas e clínico-patológicas, com predomínio em sexo masculino de raça branca⁽³⁾.

Aproximadamente um terço do LNH surge em tecidos diferentes dos linfonodos e, por esta razão, eles são chamados de linfomas extranodais. Nos pacientes HIV positivos, esses linfomas apresentam alto grau de malignidade e acometem principalmente o sistema nervoso central^(1,4).

O LNH é a segunda neoplasia mais prevalente na região de cabeça e pescoço, representando cerca de 50% dos casos. Na cavidade oral, representa menos de 5% de todas as malignidades e, aproximadamente, 85% das lesões envolvem as tonsilas e a região posterior do palato⁽⁶⁾.

O objetivo deste estudo foi descrever um caso de LNH de células T, extranodal, com acometimento de palato duro, em paciente HIV positivo, sem tratamento antirretroviral.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 38 anos, do lar, sabidamente HIV positivo desde 1997, em tratamento específico, tendo abandonado há 5 anos. Foi encaminhada ao Hospital Regional Dr. João Penido, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), com quadro de emagrecimento e lesão tumoral vegetante em palato, há 2 meses. Tabagista inveterada. Apresentava-se estável hemodinamicamente, afebril, com linfonodo palpável em região cervical à direita elástico e indolor. Tumoração extensa, vegetante, friável, de bordos irregulares, dolorosa em palato duro, à direita. Exames laboratoriais mostravam anemia macrocítica e leucócitos globais diminuídos (3700/mm³, com 48% de linfóci-

tos e 41% de segmentados), plaquetas normais; eletrólitos, função renal e hepática, ultrassonografia de abdômem e radiografia de tórax sem alterações. Carga viral de HIV de 188236 cópias; CD4 268 /mm³; CD8: 956/mm³.

Foi realizada biópsia da lesão, com retirada de fragmentos mostrando, em análise histopatológica, processo ulceroso com espessura crosto-fibrino-necrótica; base da lesão com linfócitos atípicos, nucleolados, com frequentes figuras de mitose. Estudo imuno-histoquímico com resultado de LNH de células T.

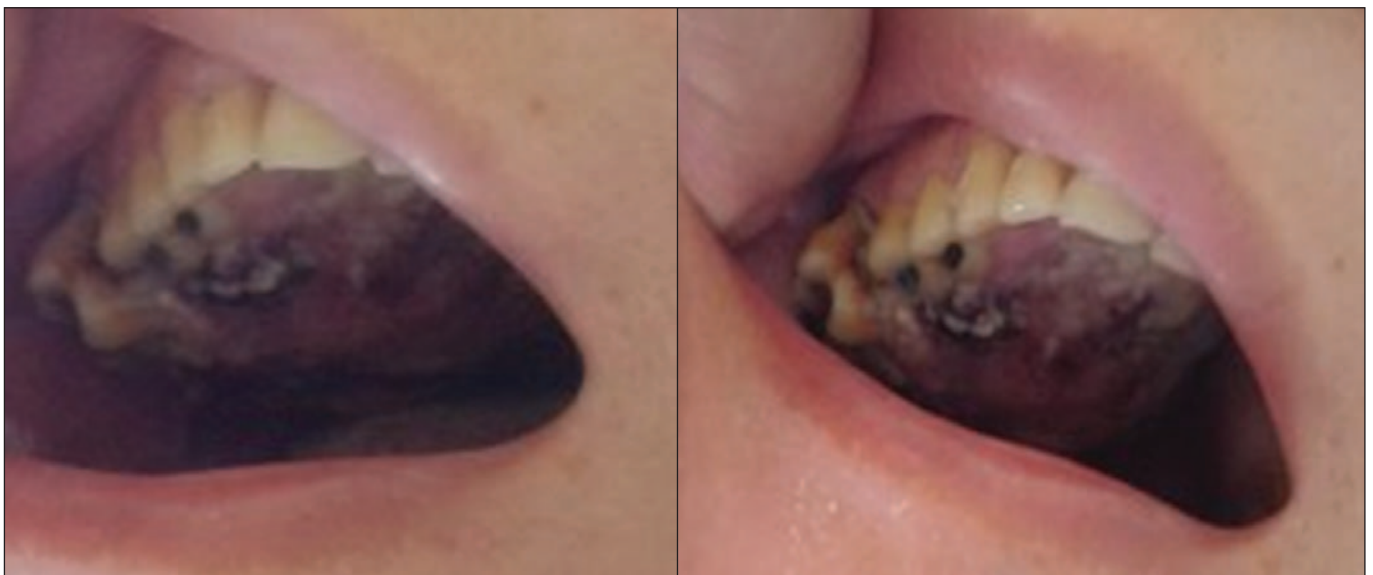
O tratamento com antirretrovirais foi iniciado logo no início da internação. Com o diagnóstico firmado, a paciente foi encaminhada para um hospital de tratamento oncológico para terapêutica específica (Figuras 1 e 2).

DISCUSSÃO

Na cavidade oral, o LNH representa menos de 5% de todas as malignidades orais e, aproximadamente, 85% dessas lesões envolvem as tonsilas e a região posterior do palato, corroborando com o caso relatado, no qual a localização anatômica foi o palato⁽⁶⁾.

Em um estudo realizado por Silva em 2003, que avaliou a relação de LNH e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), verificou-se maior prevalência de linfoma em pacientes do sexo masculino e a faixa etária mais acometida entre 30 e 49 anos, sendo esta última coerente com o relato. Quanto ao tipo histológico, verificou-se maior prevalência de linfoma difuso de grandes células B alto grau. Quando se trata de NHL de células T, os locais mais acometidos foram o seio maxilar com invasão óssea e acometimento da medula óssea. O presente estudo apresentou uma lesão oral causada por LNH de células T, ou seja, trata-se rara manifestação tanto pelo tipo histológico quanto pela localização anatômica dessa doença em pacientes HIV positivos.

Gasparin e col. estudaram a prevalência e fatores de risco associados às manifestações bucais em pacientes com HIV, foi constatado que alguns fatores, quando presentes podem contribuir



Figuras 1 e 2 – Aspecto clínico da lesão exibindo úlcera em palato duro.

para o desenvolvimento precoce dessas lesões bucais tais como, linfócitos T-CD4 abaixo de 200 células/mm³, carga viral elevada, xerostomia, higiene bucal precária e uso de tabaco. No caso em questão, a paciente HIV positivo é uma fumante inveterada, não era aderente ao tratamento antirretroviral, apresentando alta carga viral e baixa contagem de CD4, favorecendo o acometimento bucal desta neoplasia.

O tratamento destes pacientes é complicado pela SIDA adjacente. As estratégias mais intensivas são feitas nos pacientes com linfomas não relacionados com infecção pelo HIV, uma vez que estas podem ser pouco toleradas; entretanto os pacientes com SIDA avançada podem obter benefícios significativos destas abordagens. As características de prognóstico reservado são doenças extranodais, contagem de CD4 abaixo de 100/mm³(7).

No caso em questão foi instituído tratamento com antirretrovirais e as profilaxias primárias precocemente.

CONCLUSÃO

O presente relato enfatiza a importância clínica e a necessidade de seu diagnóstico precoce por se tratar de uma doença de alta mortalidade. Com isso, torna-se imprescindível a sua divulgação para facilitar seu reconhecimento na prática clínica e instituição de tratamento precoce, a fim de diminuir sua morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Neto MM, Jalil EM, Araújo IB. Linfomas não-Hodgkin extranodais em Salvador-Bahia: Aspectos clínicos e classificação histopatológica segundo a OMS-2001. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2008;30(1):36-40.
2. Marques A, Masur H. Aids: manifestações clínicas, In: Veronesi R, Focaccia R, editores. *Tratado de infectologia.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010. p. 99-121.
3. Silva M. Linfomas não-Hodgkin e SIDA. *Med Int [Internet].* 2003 [citado 2010 Mar 2];10(4). Disponível em: <http://www.spmi.pt/revista/vol10/vol10-n4-179-184.pdf>
4. Chiattonne CS. Linfoma Não-Hodgkin, In: Lopes AC, (editor). *Tratado de Clínica Médica.* 2ª ed. São Paulo: Roca; 2009. p. 2124-42.
5. Pereira J, Hallack Neto AE, Pracchia. F, Alcantara A, Maurino BB, Dorliac-Llacer PE, et al. Quimioterapia associada à terapia anti-retroviral de alta eficácia no tratamento dos linfomas não-Hodgkin agressivos relacionados à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2004;26(3):177-82.
6. Farias JG, Meirelles MM, Freitas TM, Carneiro GG. Linfoma não-Hodgkin de células T em cavidade oral: relato de caso. *Rev Bras Odontol.* 2009;66(4):122-6.
7. Gasparin AB, Ferreira FV, Danesi CC, Mencoza-Sassi RA, Silveira J, Martinez AM, et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(6):1307-15.