

morfologia, imunofenotipagem e citogenética foi decisiva para o diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104758>

ID - 2271

LINFOMA NÃO-HODGKIN DE CÉLULAS B DE ALTO GRAU COM MANIFESTAÇÃO PRIMÁRIA EM MAXILA

TC dos Santos^a, MMMdC Santos^b, VS Lara^a,
CT Soares^c, RDG Caminha^d, CL Cardoso^e,
PSdS Santos^e

^a Departamento de Cirurgia, Estomatologia,
Patologia e Radiologia, Faculdade de Odontologia de
Bauru, Universidade de São Paulo (USP), Bauru, SP,
Brasil

^b ETEC-Instituto Paula Souza, Bauru, SP, Brasil

^c Laboratório de Patologia, Instituto Lauro de Souza
Lima, Bauru, SP, Brasil

^d Serviço de Odontologia, Hospital Estadual de
Bauru (HEB), Bauru, SP, Brasil

^e Departamento de Cirurgia, Estomatologia,
Patologia e Radiologia, Faculdade de Odontologia de
Bauru, Universidade de São Paulo (USP), Bauru, SP,
Brasil

Introdução: O Linfoma não Hodgkin (LNH) é um grupo heterogêneo de doenças com proliferação de células linfóides de aspecto maligno e descontrolado. Clinicamente, os linfomas são indolentes e agressivos, e atingem qualquer idade com crescimento rápido, alta taxa de proliferação e letalidade. Os pacientes com doença ativa têm pior estado físico e mental que os curados, devido ao impacto negativo do LNH. Os LNH de células B de alto grau (LNH-B) significam 25% a 35% dos LNH em países desenvolvidos, enquanto em países subdesenvolvidos são 42.5% dos casos, sendo normalmente tumores de crescimento rápido, afetando regiões extranodais (40%). Dentre as formas de apresentação em boca se observa como abscesso dento-alveolar, tumor epitelial, ou até osteonecrose medicamentosa dos maxilares, afetando ossos maxilares e tecido mole, como mucosa palatina, gengiva, língua, mucosa jugal, soalho de boca e lábios. O objetivo desse relato de caso é apresentar o diagnóstico e a conduta tomada. **Descrição do caso:** Uma paciente, mulher, branca, 58 anos, com queixa de aumento de volume gengival em região dos dentes molares da maxila esquerda há dois meses. Informou o aparecimento de gânglios axilares doloridos do lado esquerdo há quatro meses. O exame extraoral mostrava assimetria de face do lado esquerdo, e o exame intraoral revelou um aumento de volume na região de molares superiores esquerdo, por vestibular e palatino, deslocamento dentário para a região vestibular, com mobilidade, e gengiva dolorida ao toque, arroxeada e resiliente à palpação. A radiografia periapical revelou extensa área radiolúcida envolvendo os molares, com aspecto de flutuação. Foi realizada biópsia incisional da gengiva afetada por vestibular, e exodontia dos molares superiores. A hipótese diagnóstica clínica era de linfoma e periodontite aguda. A análise histopatológica revelou no tecido conjuntivo fibroso,

extenso acúmulo de células linfocitárias com predomínio de tamanho intermediário e alto índice de proliferação entre elas. A análise imunohistoquímica revelou positividade para LCA, CD20, e negatividade para CD3, CD5, Ciclina D1, CD23 e CD30, sendo o imunofenótipo B. O índice de proliferação foi mensurado a partir de células Ki-67 positivas, confirmando o diagnóstico de LNH-B de alto grau. Com este diagnóstico, a paciente foi encaminhada para a oncologia que rapidamente iniciou os ciclos de tratamento quimioterápico em setembro de 2023 com o protocolo R-CHOP, terminando em janeiro de 2024. Após a confirmação do diagnóstico e investigação da oncologia, os linfonodos foram confirmados como manifestação linfonodal. Houve regressão da lesão bucal por completo no meio de dezembro/2023. O suporte odontológico incluiu orientações de cuidados bucais de higiene oral e controle de infecções, prevenção (660nm, E=1J, P = 100mW, 10 segundos por ponto) e tratamento da mucosite oral incluindo laserterapia (660nm, E=2J, P = 100mW, 20 segundos por ponto) para cada ciclo de quimioterapia. Em agosto/2024 a paciente apresentou metástase cerebral, evoluindo para óbito em dezembro/2024. **Conclusão:** O suporte odontológico se faz necessário no diagnóstico, durante a quimioterapia e após a regressão da lesão para melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104759>

ID - 3377

LINFOMA NÃO-HODGKIN DE CÉLULAS B PRIMÁRIO DE MEDIASTINO COM COMPROMETIMENTO RENAL BILATERAL E PANCREÁTICO: RELATO DE CASO

J Severo^a, TR Evangelista^a, LGdF Lima^a,
BG Campello^a, CCdL Silva^a, TR Evangelista^a,
MFH Costa^b, VECB Dantas^a, EMdS Thorpe^a,
AQdMS Aroucha^a

^a Instituto de Medicina Integral Professor Fernando
Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),
Recife, PE, Brasil

Introdução: O linfoma não-hodgkin de células B primário de mediastino (LBPM) é um tipo raro de linfoma que acomete principalmente mulheres entre a terceira e quarta década de vida. É representado tipicamente por uma massa mediastinal de rápido crescimento e com sintomas compressivos de vias aéreas e veia cava como precoces. **Descrição do caso:** Homem, 24 anos, com diagnóstico de linfoma não-hodgking primário de mediastino em programação de quimioterapia. Em tomografia de abdome com contraste de estadiamento foram evidenciadas múltiplas lesões nodulares renais bilaterais, imagem nodular junto à cauda pancreática e conglomerado ganglionar retroperitoneal para aórtico à esquerda envolvendo a artéria renal relacionados a doença de base. Para confirmação do comprometimento extranodal foi realizado um PET-CT que evidenciou conglomerado linfonodal localizado na cadeia retrocural (5,3 x 2,9 cm e SUVmax = 12,6); linfonodomegalias nas cadeias mesentérica, esplênica, para-aórtica,