

Frequentemente, acomete o palato duro, palato mole e regiões adjacentes, manifestando-se clinicamente por perfuração palatina, necrose e dor. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 33 anos, procurou atendimento odontológico devido ao surgimento de uma lesão no palato duro. Após avaliação médica, foi realizada biópsia incisional, cujo exame histopatológico com hematoxilina-eosina revelou linfoproliferação. A análise imuno-histoquímica evidenciou positividade para CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8 e um índice de proliferação celular (Ki-67) de 80%, confirmando o diagnóstico de linfoma extranodal de células T/NK, subtipo nasal. O tratamento inicial consistiu em quimioterapia combinada pelos protocolos mSMILE (dexametasona, metotrexato, ifosfamida, etoposídeo e peg-asparaginase) e MADIT intratecal. Ambos os protocolos resultaram em resposta metabólica completa, avaliada pelo escore de Lugano 1 na escala de Deauville. Foi indicado, então, o transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas. A tomografia computadorizada de feixe cônico da maxila, realizada previamente ao transplante, evidenciou solução de continuidade do palato duro e comunicação buco-nasal. Após a quimioterapia, permaneceu uma lesão ulcerada de aspecto crateriforme, com bordas eritematosas e centro necrótico, medindo aproximadamente 2,0 × 1,5 cm, localizada na linha média do palato duro. Durante o transplante, a paciente recebeu acompanhamento odontológico especializado, apresentando mucosite oral grau 3, odinofagia, disgeusia e xerostomia. O manejo desses efeitos adversos incluiu fotobiomodulação intraoral diária com laser de diodo (DMC Therapy, 1 J por ponto). Três meses após o procedimento, foi detectada recidiva da neoplasia, e a paciente encontra-se em processo de reestadiamento. **Conclusão:** Este caso destaca a relevância da avaliação das manifestações bucais como possível sinal inicial de alterações linfoproliferativas. A recidiva precoce reforça a elevada agressividade biológica do ENKTCL-NT e a necessidade de um rigoroso acompanhamento clínico pós-tratamento. A intervenção odontológica, incluindo a fotobiomodulação, mostrou-se fundamental para o manejo das complicações orais, contribuindo para a manutenção da qualidade de vida da paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105337>

ID – 3149

LIP INFILTRATION BY NASAL T/NK-CELL LYMPHOMA: CASE REPORT

MA Costa ^a, APE Eskenazi ^a, TM Inácio ^b, VF Barbosa ^b, MTM Longhi ^b, TC Ferrari ^b, LMAR Innocentini ^c, LD Macedo ^b

^a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), Ribeirão Preto, SP, Brazil

^b Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), Ribeirão Preto, SP Brazil

^c Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP), Ribeirão Preto, SP, Brazil

Introduction: Nasal T/NK-cell lymphoma is a rare and aggressive neoplasm, frequently associated with the Epstein-Barr virus. It shows a predilection for midline facial structures,

with locally destructive behavior and poor prognosis. Initial manifestations include nasal obstruction, epistaxis, and facial edema. Although secondary involvement of the palate due to tumor expansion is relatively common, lip infiltration is rare and scarcely reported. Early recognition of oral manifestations is crucial for therapeutic decision-making. **Aim:** To report a case of upper lip infiltration by nasal T/NK-cell lymphoma, highlighting the role of dental examination in identifying tumor extension. **Case report:** A 73-year-old male patient, diagnosed with nasal T/NK-cell lymphoma and undergoing second-line treatment for one month, was referred to the Dentistry Department due to complaints of oral lesions and pain while eating. Clinical examination revealed swelling of the left midface involving the upper lip. Intraoral examination showed a purplish lesion on the hard palate with a fibroelastic consistency, and two ulcers on the upper labial mucosa: one superficial, approximately 1 cm in diameter, and another deeper, about 0.5 cm in depth and 1.5 cm in length. When the lip was at rest, tooth 12 was observed to penetrate the deeper ulcer area (corresponding to the region of labial edema). Initial diagnostic hypotheses included edema due to venous obstruction or lip infiltration by lymphoma. Computed tomography revealed an expansive, infiltrative lesion in the nasal cavity, involving the paranasal sinuses, nasopharynx, left orbit, malar region, nasal dorsum and alae, extending to the upper lip. These findings confirmed that the labial lesion was caused by tumor infiltration with epithelial disruption. **Conclusion:** This case illustrates the invasive potential of nasal T/NK-cell lymphoma and reinforces the importance of dental examination in detecting lesions that indicate disease extension. Integrated evaluation by medical and dental teams is essential for accurate diagnosis and effective symptom management, contributing to improved patient quality of life.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105338>

ID - 2997

MANIFESTAÇÃO BUCAL EM ADOLESCENTE DIAGNOSTICADO COM LINFOMA NÃO HODGKIN ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS T - RELATO DE CASO

JP Lorena Paes Leite, FL Coracin, T Almeida Cruz Azevedo, L De Jesus Neves, V Luisa Ferreira Berlese, NJ De Oliveira Miranda, V Tieghi Neto, A Pimenta Dutra, K Silva Moreira Macari

Hospital Infantojuvenil de Barretos, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução: Os linfomas não Hodgkin são um complexo de grupo de malignidades que podem progredir para uma massa extranodal, que embora raro pode envolver áreas anatômicas da região de cabeça e pescoço. Até 2020 havia apenas 30 casos publicados na literatura. Em região bucal pode acometer comumente gengiva, vestíbulo oral, palato, trígono retromolar e ventre lingual. O conhecimento sobre as manifestações

clínicas dessa doença pelo cirurgião-dentista pode contribuir para um diagnóstico precoce e para um manejo adequado, aumentando a sobrevida do paciente. O presente estudo objetiva apresentar um relato de caso clínico de manifestação bucal em adolescente diagnosticado com linfoma não Hodgkin anaplásico de grandes células T. **Descrição do caso:** Paciente de 17 anos, masculino, leucoderma, que iniciou com lombalgia e nódulo duro, vermelho, bem delimitado, não doloroso em fossa supraclavicular esquerda. O quadro evoluiu com piora, acometendo membros inferiores, sendo solicitado tomografia computadorizada, que evidenciou lesões em estruturas ósseas de tórax e crânio, e biópsia/imuno-histoquímica, laudado como Linfoma não Hodgkin anaplásico de grandes células T ALK positivo. Ao exame físico intraoral observou-se a presença de nódulo avermelhado, de consistência flácida, de 1 cm de diâmetro em região vestibular do canino inferior permanente do lado esquerdo e ulceração em região de gengiva palatina do primeiro molar superior permanente do lado direito, local onde foi realizado a biópsia anteriormente. Após o início da quimioterapia houve a regressão completa da lesão em cavidade bucal. **Conclusão:** Esse trabalho ressalta a importância do conhecimento do cirurgião-dentista com relação à condução do diagnóstico de manifestações bucais relacionadas com distúrbios sistêmicos, proporcionando uma detecção precoce da neoplasia como neste caso.

Referências:

Andrade BAB, Fontes MD, Roza ALOC, et al. Anaplastic Large Cell Lymphoma with Oral Manifestation: A Series of Four Cases and Literature Review. *Head Neck Pathol.* 2020;14(4):991-1000.

Fatusi O, Gbolahan O, Owotade FO, et al. Anaplastic Large Cell Lymphoma: Case Report and Literature Review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2010;68(4):884-8.

Farias JG, Carneiro GGV, Freitas TMC, et al. Linfoma não Hodgkin de células T em cavidade oral: relato de caso. *Rev Bras Odonto.* 2009;66:122-6.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105339>

ID - 1510

MANIFESTAÇÕES DO LINFOMA FOLICULAR DE ALTO RISCO EM REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO: RELATO DE CASO

MAS Pereira^a, RB Espinhosa^a, GS Nishimura^a, JCCX Júnior^b, GI Miyahara^a, DG Bernabé^a, MS Urazaki^c, GM Cortopassi^c, VB Valente^d

^a Centro de Oncologia Bucal, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (FOA-Unesp), Araçatuba, SP, Brasil

^b Instituto de Patologia de Araçatuba (IPAT), Araçatuba, SP, Brasil

^c Centro de Tratamento Oncológico, Hospital Santa Casa de Araçatuba, Araçatuba, SP, Brasil

^d Centro de Oncologia Bucal, Faculdade de Odontologia, Araçatuba SP Brasil

Introdução: O linfoma folicular de alto risco origina-se de células B anormais e manifesta-se geralmente como linfadenopatias podendo afetar baço, fígado e medula óssea. Trata-se de um linfoma não Hodgkin indolente cujos sinais e sintomas ocorrem com a exacerbação ou progressão da doença e incluem, por exemplo, perda de peso, febre e fadiga. Este relatório apresenta o caso de uma paciente idosa com manifestações nodais e extranodais do linfoma folicular de alto risco em região de cabeça e pescoço. **Descrição do caso:** Mulher indígena, com 86 anos, foi encaminhada à equipe do nosso projeto de extensão em onco-hematologia (Processo: 2025/9673; PROEC-UNESP) para avaliação de lesões bilaterais nos terços médio e inferior de face, região alta do pescoço e mucosa palpebral superior com dois anos de evolução. Durante a anamnese, a paciente relatou ser ex-tabagista, apresentou histórico de depressão e hipertensão e queixou-se de dor leve nas pernas (score: 2; EVA). No exame físico, diversas linfadenopatias bilaterais foram identificadas nas cadeias submentoniana, submandibular e cervical alta. Na região parotídea, em ambos os lados, notou-se um aumento volumétrico indolor medindo aproximadamente 5 cm no maior diâmetro. Além disso, crescimentos nodulares também foram observados bilateralmente nas mucosas palpebrais superiores. Os aspectos clínicos levaram à suspeita de um linfoma não Hodgkin de curso indolente. A biópsia linfonodal foi realizada. Os achados morfológicos associados ao estudo imunohistoquímico foram consistentes com linfoma folicular de baixo grau (grau 1/2). As reações imunohistoquímicas foram negativas para a Ciclina D1 e positivas para CD3, CD20, Bcl2, Bcl6, CD10, CD23, CD5, CD43 e Ki-67. A tomografia por emissão de pósitrons/tomografia computadorizada (PET/CT) demonstrou a atividade da doença em: linfonodos submandibulares e cervicais, parótidas, baço, interior de câmara gástrica, músculo psoas esquerdo e regiões lacrimais, torácicas e adrenais. Após o estadiamento da doença (grau 1/2 FLIP 4 - alto risco), a paciente iniciou o protocolo de tratamento com rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina e vincristina (R-mini-CHOP). A paciente apresentou resolução parcial das lesões nodais e extranodais em região de cabeça e pescoço após o primeiro ciclo de quimioterapia e será submetida ao segundo ciclo do protocolo R-mini-CHOP. **Conclusão:** Atualmente, segue em acompanhamento pelas equipes interdisciplinares vinculadas ao projeto de extensão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105340>

ID - 2501

MANIFESTAÇÕES GENGIVAIS NA LEUCEMIA: REVISÃO NARRATIVA SOBRE A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO RECONHECIMENTO PRECOCE

BH Chiouhami^a, AMA Ramos^b, HS Antunes^b

^a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Instituto Nacional de Câncer (Inca), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: As manifestações orais são comumente os primeiros sinais clínicos da leucemia, podendo preceder o