

# B-cell non-Hodgkin lymphoma of the ethmoid sinus

## *Linfoma não Hodgkin de células B do seio etmoidal*

Paulo Tinoco<sup>1</sup>, José Carlos Oliveira Pereira<sup>2</sup>, Flavia Rodrigues Ferreira<sup>3</sup>, Vânia Lúcia Carrara<sup>4</sup>,  
Marina Bandoli de Oliveira Tinoco<sup>5</sup>

**Keywords:** B-cell; lymphoma; lymphoma, Non-Hodgkin; paranasal sinuses.

**Palavras-chave:** linfoma de células B; linfoma não Hodgkin; seios paranasais.

### INTRODUÇÃO

Os linfomas são tumores malignos não epiteliais mais comuns na região da cabeça e pescoço e subdividem-se em Linfomas Hodgkin (LH) e Não Hodgkin (LNH). Os LNH são responsáveis por 60% dos casos e são classificados nos subtipos histológicos: linfócitos do tipo B (mais comuns), T ou *Natural Killer* (NK)<sup>1</sup>.

Alguns LNH possuem um acometimento extranodal (surtem em tecidos diferentes dos linfonodos)<sup>2</sup>.

Os linfomas dos seios paranasais são raros, com um quadro clínico inespecífico que pode levar a um diagnóstico tardio, com prognóstico reservado<sup>2</sup>.

### RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 77 anos, natural de Itaperuna/RJ, relatava tontura, mal-estar, cefaleia e vômitos havia 30 dias, sem sintomas nasossinusais. O paciente foi submetido a exames de rotina e, devido à sintomatologia, foi solicitada tomografia computadorizada de crânio que evidenciou massa com densidade de partes moles nas células etmoidais posteriores esquerdas, de 19 x 20 x 30 mm, com erosão da lâmina papirácea (Figura 1). Realizada cirurgia endoscópica nasal, com endoscópio rígido de 0°, objetivando a biópsia. Porém, ao fazer-se a etmoidectomia, o tumor apresentava-se fácil para ressecção, sendo, então, ressecado. A análise histopatológica teve como resultado Doença Linfoproliferativa e a imunohistoquímica demonstrou tratar-se de um linfoma agressivo, do tipo não Hodgkin, Fenótipo B com áreas de necrose, CD 20 positivo (marcador de linfócitos B) e CD 45 positivo (marcador de linfócitos).

Paciente foi encaminhado ao serviço de oncologia, sendo submetido a cinco ciclos de COP - ciclofosfamida, oncovin e prednisona, e radioterapia conformacional com dose total de 4140 cGy/23 frações. Apresentou boa resposta ao tratamento. A tomografia de controle, seis meses após cirurgia, não evidenciou área de captação anômala após contraste venoso e ausência de metástase. Posteriormente, o paciente iniciou um quadro de pneumonia intersticial grave por toxicidade à ciclofosfamida, indo a óbito.

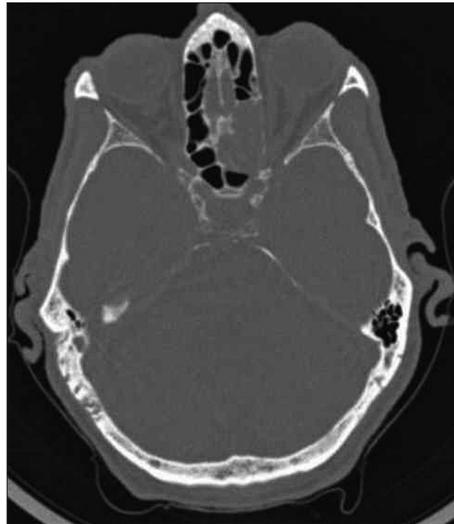


Figura 1. TC corte axial: massa de partes moles nas células etmoidais posteriores esquerda, de 19 x 20 x 30 mm.

### DISCUSSÃO

O linfoma não Hodgkin é a segunda neoplasia maligna mais prevalente na região da cabeça e do pescoço, sendo classificado em indolente, agressivo e altamente agressivo<sup>2</sup> e pode apresentar-se com fenótipos celulares diferentes<sup>1</sup>.

O subtipo mais comum é o linfoma difuso de grandes células B, que foi o diagnóstico do paciente do relato de caso. Este responde por cerca de 30% de todos os LNH, acometendo pacientes homens, entre 40 e 70 anos. Nesse caso, a doença é mais agressiva, o crescimento linfonodal é mais rápido e com acometimento extranodal em até 40% dos casos<sup>3</sup>.

Aproximadamente um terço dos LNH são extranodais, acometendo o trato gastrointestinal, pele e mucosa oral. Os linfomas dos seios paranasais compreendem cerca de 9% a 13%, principalmente pelo LNH de células B, acometendo os seios maxilares e etmoidais<sup>4</sup>.

Os sintomas, em geral, são inespecíficos, podendo apresentar rinossinusites de repetição, obstrução nasal, dor e edema de face<sup>4</sup>, devendo os profissionais de saúde estar atentos ao diagnóstico.

Os sintomas B (febre > 38° C, sudorese noturna e perda de peso, 10% em 6 meses) ocorrem em 40% a 45% dos casos, mais no subtipo agressivo<sup>5</sup>. À medida que a doença evolui, ocorre necrose e destruição óssea, ocasionando odor fétido.

O diagnóstico é feito por meio de exame físico detalhado de cabeça e pescoço e exames de imagem. O exame histopatológico da lesão confirma o diagnóstico de linfoma e a imunofenotipagem diferencia o linfoma nasal primário, derivado das células T (75%), do linfoma nasofaríngeo da linhagem de linfócitos B (69%)<sup>4,5</sup>.

Segundo a classificação de Ann Arbor (também utilizada para o LH), este caso encontra-se no estágio IEA, pois há acometimento de apenas uma estrutura extranodal (seio etmoidal), sem os sintomas B, excluindo, assim, outros locais possíveis de acometimento primário<sup>5</sup>.

O tratamento baseia-se em cirurgia, quimioterapia sistêmica e radioterapia localizada, com média de sobrevida de cinco anos. Metástases regionais e à distância são raras<sup>4,5</sup>.

### CONCLUSÃO

Os linfomas são os tumores malignos não epiteliais mais comuns do nariz, devendo fazer parte do diagnóstico diferencial de massa tumoral dos seios paranasais. Propedêutica adequada e a busca para o diagnóstico definitivo são essenciais para o tratamento precoce e melhor prognóstico dos LNH.

### REFERÊNCIAS

1. Kowalski LP, Parise O, Lehn C. Câncer de cabeça e pescoço. 1a ed. revisada. São Paulo: Âmbito Editores; 2008. p.303-12.
2. López-Guillermo A, Colomo L, Jiménez M, Bosch F, Villamor N, Arenillas L, et al. Diffuse large B-cell lymphoma: clinical and biological characterization and outcome according to the nodal or extranodal primary origin. *J Clin Oncol.* 2005;23(12):2797-804.
3. Neves MC, Lessa MM, Voegels RL, Butugan O. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the frontal sinus: case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J.* 2005;84(1):47-51.
4. Lei KI, Suen JJ, Hui P, Tong M, Li W, Yau SH. Primary nasal and nasopharyngeal lymphomas: a comparative study of clinical presentation and treatment outcome. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 1999;11(6):379-87.
5. Ferry JA, Sklar J, Zukerberg LR, Harris NL. Nasal lymphoma. A clinicopathologic study with immunophenotypic and genotypic analysis. *Am J Surg Pathol.* 1991;15(3):268-79.

<sup>1</sup> Especialista em Otorrinolaringologia (Coordenador do Serviço de Residência Médica em Otorrinolaringologia do Hospital São José do Avai).

<sup>2</sup> Especialista em Otorrinolaringologia do HSJA (Especialista em Otorrinolaringologia do HSJA).

<sup>3</sup> Residente de Otorrinolaringologia do 2º ano do HSJA (Residente de Otorrinolaringologia do 2º ano do HSJA).

<sup>4</sup> Residente de Otorrinolaringologia do 1º ano do HSJA (Residente de Otorrinolaringologia do 1º ano do HSJA).

<sup>5</sup> Acadêmica de Medicina do 4º período (Acadêmica de Medicina do 4º período).

Hospital São José do Avai- HSJA.

Endereço para correspondência: Flavia Rodrigues Ferreira. Rua Galdino Lessa, nº 101, apto. 504. Centro. Itaperuna - RJ. Brasil. CEP: 28300-000.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 12 de outubro de 2011. cod. 8838.

Artigo aceito em 16 de outubro de 2012.