

Infiltração Leucêmica das Glândulas Salivares Major: A Propósito de Um Caso Clínico

Ana Cláudia Maurício¹, Marta Daniela Henriques², Mariana Magalhães Maia¹, Gabriela Pinheiro¹, Maria Fátima Ferreira², Pedro Cabeça Santos¹

¹ Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de São João
² Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: Os linfomas representam 5% das neoplasias malignas da cabeça e pescoço, sendo que os linfomas não Hodgkin (LNH) representam 75% dos linfomas desta região. Os LNH são mais frequentes dos 70 aos 80 anos, com prevalência pelo sexo masculino e raça caucasiana. Dividem-se em tipo B, T ou NK, sendo os primeiros mais prevalentes. Clinicamente, manifestam sintomas constitucionais e do tipo B, e ocasionalmente tumefação cervicofacial.

Caso Clínico

Sexo masculino, 74 anos

Tumefação bilateral da região parotídea e diminuição da acuidade auditiva

7 meses de evolução, aumento progressivo

Leucemia linfocítica crônica do tipo B (Dx2002)

5 abordagens terapêuticas, sem resposta sustentada no tempo

Avaliação

Tumefação bilateral da região parotídea, 10cm de maior eixo à direita e 9,5cm à esquerda;

Tumefação bilateral submandibular, 4cm de maior eixo à direita e 3,5cm à esquerda

Globosidade das glândulas sublinguais e palato

Consistência duro-elástica; limites bem definidos e sem dor associada

Adenopatia cervical esquerda, nível II, 2cm de maior eixo

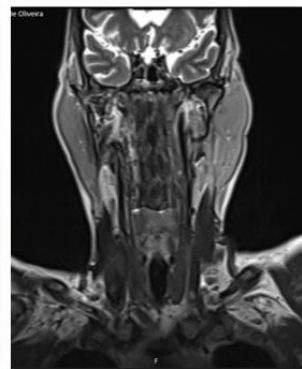
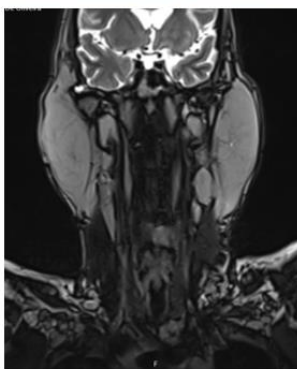
RMN GS (pré-Acalabrutinib): aumento das glândulas parótidas e submandibulares, estrutura homogênea, preenchimento por líquido dos ouvidos médios e mastóides bilateralmente e inúmeras adenopatias

RMN GS (pós-Acalabrutinib): redução das dimensões das glândulas parótidas, submandibulares e adenomegalias associadas, face ao estudo anterior; sem massas suspeitas ou dilatação dos sistemas excretores

Pré Acalabrutinib

Pós Acalabrutinib

Per os, 100mg 2x/dia



Discussão e Conclusão: As glândulas salivares são atingidas em 2 a 5% dos casos de LLC tipo B, sendo a glândula parotídea a mais afetada. A ressonância magnética é o exame de eleição para confirmar a suspeita clínica. O seu prognóstico é variável, dependendo do tipo histológico e do índice de prognóstico internacional. O tratamento dos LLC tipo B depende do seu estadiamento.

Apesar da evolução terapêutica se revelar promissora, alguns doentes mantêm doença progressiva e incurável. A imunoterapia é o *gold-standard*, tendo como alternativa os inibidores da BTK (ibrutinib ou acalabrutinib), em doentes refratários ou com doença agressiva.