

Sífilis Primária Intraoral Mimetizando Doença Linfoproliferativa

Intraoral syphilis mimicking lymphoproliferative disorder

Gabriela Fonseca Rocha¹
Ana Cláudia Oliveira Telles¹
Larissa Doalla de Almeida e Silva²
Herberth Campos Silva²
Cássio Roberto Rocha dos Santos³
Evânio Vilela Silva⁴
Jorge Esquiche León⁵
Ana Terezinha Marques Mesquita⁶

¹Mestrandas em clínica odontológica, programa de pós-graduação em Odontologia, departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

²Doutorandos em clínica odontológica, programa de pós-graduação em Odontologia, departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

³Professor Doutor em Cirurgia, departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

⁴Doutor em Ciências Odontológicas, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista

⁵Professor doutor em Estomatopatologia, departamento de Odontologia, Universidade de São Paulo

⁶Professora doutora em Estomatologia, departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Categoria: Apresentação Oral

Eixo temático: Apresentação Oral de Caso Clínico

1 Introdução

Sífilis é uma doença infecciosa bacteriana causada pela espiroqueta filamentosa anaeróbia *Treponema pallidum*. A transmissão acontece via contato direto ou congênita e apresenta quatro estágios sobrepostos, incluindo primário, secundário, latente e terciário, todos podendo apresentar manifestações orais. Clinicamente e microscopicamente, pode mimetizar várias outras lesões. Apresentam-se como ulcerações focais ou multifocais recobertas por pseudomembranas de borda firme.

2 Descrição do Caso

Paciente do sexo masculino, 22 anos, encaminhado para avaliação de úlcera oral dolorosa, há 1 mês. Durante a anamnese, apresentou exames VDRL, HIV, Hepatite B e C negativos. Ao exame extraoral aspecto de normalidade com ausência de linfadenopatia regional e lesões cutâneas ou mucosas. O exame intraoral revelou grande ulceração recoberta por membrana fibrinopurulenta, endurecida, de bordas irregulares, localizada no terço anterior do dorso da língua, medindo 1,5 x 1,0 cm. O principal diagnóstico diferencial clínico incluiu lesão infecciosa ou neoplásica.

3 Resultados

Foi realizada biópsia incisional e a análise histopatológica revelou amplas áreas de proliferação linfóide com arquitetura folicular focal, permeadas por plasmócitos, sustentado por um estroma de tecido conjuntivo fibrovascular. Na visão de grande aumento, os folículos ocasionais apresentavam estruturas semelhantes a centros germinativos circundados por células linfóides com aparência monocitóide e semelhante a centrócitos, células dispersas semelhantes a centroblastos e numerosos plasmócitos. Na periferia, a infiltração de feixes neurovasculares e fibras musculares esqueléticas por plasmócitos foi mais evidente. Esses achados sugeriram desordem linfoproliferativa, notadamente linfoma MALT e linfoma folicular de baixo grau, seguido por doença relacionada a IgG4 (IgG4-RD). Portanto, foi necessária a análise imunoistoquímica para conclusão diagnóstica. A imunoistoquímica mostrou positividade para CD45RB, CD20 e CD79a, o que destacou a arquitetura folicular. Além disso, a positividade para Bcl-2 e CD10 foram heterogêneas nas células linfóides, enquanto as estruturas semelhantes aos centros germinativos foram Bcl-6 positivas, e Bcl-2, CD10 e CD23 negativas. Escassas células foram CD3 positivas,

enquanto a ciclina D1 foi negativa. Populações de plasmócitos foram evidenciados através de MUM1/IRF4, CD79a e CD138. Houve predominância de plasmócitos IgG, com relação IgG4/IgG de 27%. O índice proliferativo Ki-67 foi <5%. Esses achados foram inconsistentes com o diagnóstico de linfoma ou IgG4-RD. Nesse momento, principalmente pela presença de numerosos plasmócitos policlonais, foi solicitado o teste sérico FTA-ABS, revelando-se positivo. Assim, obteve-se o diagnóstico final de sífilis primária e o paciente foi tratado com três injeções semanais de penicilina benzatina G 2,4 milhões de unidades por via intramuscular. Após duas injeções, já foi notada a regressão da lesão, e houve cicatrização completa da úlcera lingual após dois meses de acompanhamento.

4 Conclusões/Considerações Finais

O Serviço de Histopatologia Oral da UFVJM, constatou nos últimos meses que o diagnóstico de sífilis oral não é incomum. Quase todos eles apresentaram características microscópicas típicas. No entanto, um deles sugeriu inicialmente o diagnóstico de linfoma. Raramente são publicados casos de sífilis microscopicamente sugestiva de linfoma. De fato, até o momento, incluindo o presente caso, existem apenas 13 casos bem documentados publicados na literatura.

Descritores: sífilis; linfoma; biópsia; imuno-histoquímica.

Financiamento: Capes, Fapemig

Número de aprovação CEP: 74767623.3.0000.5108

Referências

1. Strieder LR, León JE, Carvalho YR, Kaminagakura E. Sífilis oral: relato de três casos e caracterização das células inflamatórias. *Ann Diagn Pathol* 2015;19(2):76-80.
2. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Sífilis. *Nat Rev Dis Primers* 2017;3:17073.
3. Andrade BAB, de Arruda JAA, Gilligan G, et al. Sífilis oral adquirida: um estudo multicêntrico de 339 pacientes da América do Sul. *Oral Dis* 2022;28(6):1561-1572.
4. Deng F, Thompson LDR, Lai J. Razão inesperada para úlceras orais que não cicatrizam: sífilis. *Head Neck Pathol* 2022;16(2):544-549.
5. Correia E, Gleason L, Krishnasamy S, Cohen A, Bhatti S, Nikbakht N. Sífilis secundária simulando linfoma de células B da zona marginal. *JAAD Case Rep* 2021;20:50-53.

Autor de Correspondência:

Gabriela Fonseca Rocha

gabriela.fonseca@ufvjm.edu.br