

MOLÉSTIA DE HODGKIN: RELATO DE CASO COM POSSÍVEL INÍCIO NEONATAL

Jesus Carlos MACHADO**
Sylvia Mendes CARNEIRO**
Sonia Rossi VIANNA***

RESUMO: Relata-se caso de criança do sexo masculino, de 3,5 anos, portadora de Moléstia de Hodgkin. A mãe do paciente refere que, desde o nascimento, a criança apresentava massa tumoral do tamanho de um grão de feijão na região submandibular esquerda e que aos 3 anos esse tumor aumentou de tamanho determinando as sucessivas biópsias que possibilitaram o diagnóstico e os estudos histológicos e ultra-estruturais. Devido à raridade da descrição de casos dessa moléstia abaixo de 4 anos, bem como a inexistência de casos comprovadamente congênitos, os autores julgaram oportuno a divulgação e discussão do presente caso.

UNITERMOS: Moléstia de Hodgkin; linfomas; afecções congênitas.

INTRODUÇÃO

Entre as neoplasias malignas encontradas no grupo pediátrico, a moléstia de Hodgkin ocorre com freqüência aproximada de 6.17%. A maior incidência situa-se na faixa etária de 10 a 14 anos, sendo citado como muito raros os casos abaixo de 3 anos (Chaves, E. 1978).

Este trabalho apresenta o caso de um paciente que, ao nascimento, apresentava um caroço na região submandibular esquerda, do tamanho de um grão de feijão (conforme o relato da mãe), e que, aos 3 anos de idade, tendo dobrado de volume, foi retirado. O laudo anátomo-patológico revelou tratar-se de Moléstia de Hodgkin. Devido à raridade dessa moléstia nessa idade e principalmente pela possibilidade da criança ser portadora desde o nascimento, com várias implicações daí decorrentes, julgamos oportuno a sua publicação.

* Trabalho realizado com auxílio do CNPq e do FEDIB do Instituto Butantan
** Divisão de Patologia do Instituto Butantan
*** Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

MATERIAL E MÉTODOS

O caso apresentado refere-se a uma criança com 3,5 anos de idade, de sexo masculino, branca, portadora de Moléstia de Hodgkin, proveniente de Foz do Iguaçu, PR, admitida no Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente, para confirmação de diagnóstico e tratamento.

De acordo com o relato da mãe, a criança apresentava desde o nascimento, na região submandibular esquerda massa do "tamanho de um grão de feijão" (sic). Aos 3 anos, essa massa começou a crescer, chegando a dobrar de volume. Passou também a apresentar tosse forte. A mãe refere ainda que a criança, desde pequena, tem dificuldade para engolir. Outros sintomas não foram referidos. Nessa época foi feita exeresse da massa tumoral, com cerca de 4 cm no eixo maior. Para se fazer o diagnóstico definitivo de Moléstia de Hodgkin, foi necessária a análise não só do material da 1.^a biópsia, bem como o de uma segunda biópsia realizada no Hospital A. C. Camargo. Dessa última biópsia, parte do material foi fixada em formalina 10% e incluída em parafina, para cortes histológicos. Outra parte foi fixada em glutaraldeído 2,5% em tampão fosfato, pós-fixada em tetróxido de ósmio 1% e incluída em resina Polylite 8001, para cortes ultra-finos. Coloração histológica foi feita com HE e Giemsa. Cortes ultra-finos foram corados com acetato de uranila e alcoólico e citrato de chumbo 1% e examinados ao microscópio eletrônico Elmiskop I da Siemens. Cortes com espessura de 1 a 2 μ , obtidos do material fixado e incluído para microscopia eletrônica, foram corados com solução aquosa de azul de toluidina e bórax a 1%.

RESULTADOS

Os cortes histológicos dos dois nódulos linfáticos retirados apresentam um quadro celular difuso, predominando linfócitos bem diferenciados, entre os quais ocorrem: histiócitos em grandes número ao lado de células de diagnóstico mononucleadas, e, em menor número, células de Reed-Sternberg com núcleos bi e polilobulados. Em algumas áreas da secção histológica há maior concentração destes dois últimos tipos de células e ocorrem também, diversas figuras de mitose. Feixes de colágeno atravessam irregularmente a secção. Cortes de 1 a 2 μ , obtidos de material fixado e incluído para microscopia eletrônica, prestaram-se à seleção de áreas para os cortes ultrafinos e permitiram uma observação mais detalhada e identificação mais precisa das células de diagnóstico e de Reed-Sternberg (figs. 1, 2 e 3). Ao microscópio eletrônico, foram identificadas células de diagnóstico (fig. 4) de núcleo ovalado, com cerca de 20 μ em seu eixo maior, cromatina dispersa, nucleolo reticulado ocupando grande área, membrana nuclear apresentando evaginações e bolhas com material citoplasmático. No citoplasma escasso, poucas mitocôndrias vacuolizadas, retículo endoplasmático liso longo, numerosos polirribossomos livres, vesículas, e poucos grânulos densos. As células de Reed-Sternberg (fig. 5), com núcleo bi ou polilobulado, um ou mais nucleolos reticulados apresentam demais características nucleares e citoplasmáticas semelhantes. A conclusão diagnóstica final foi a de que

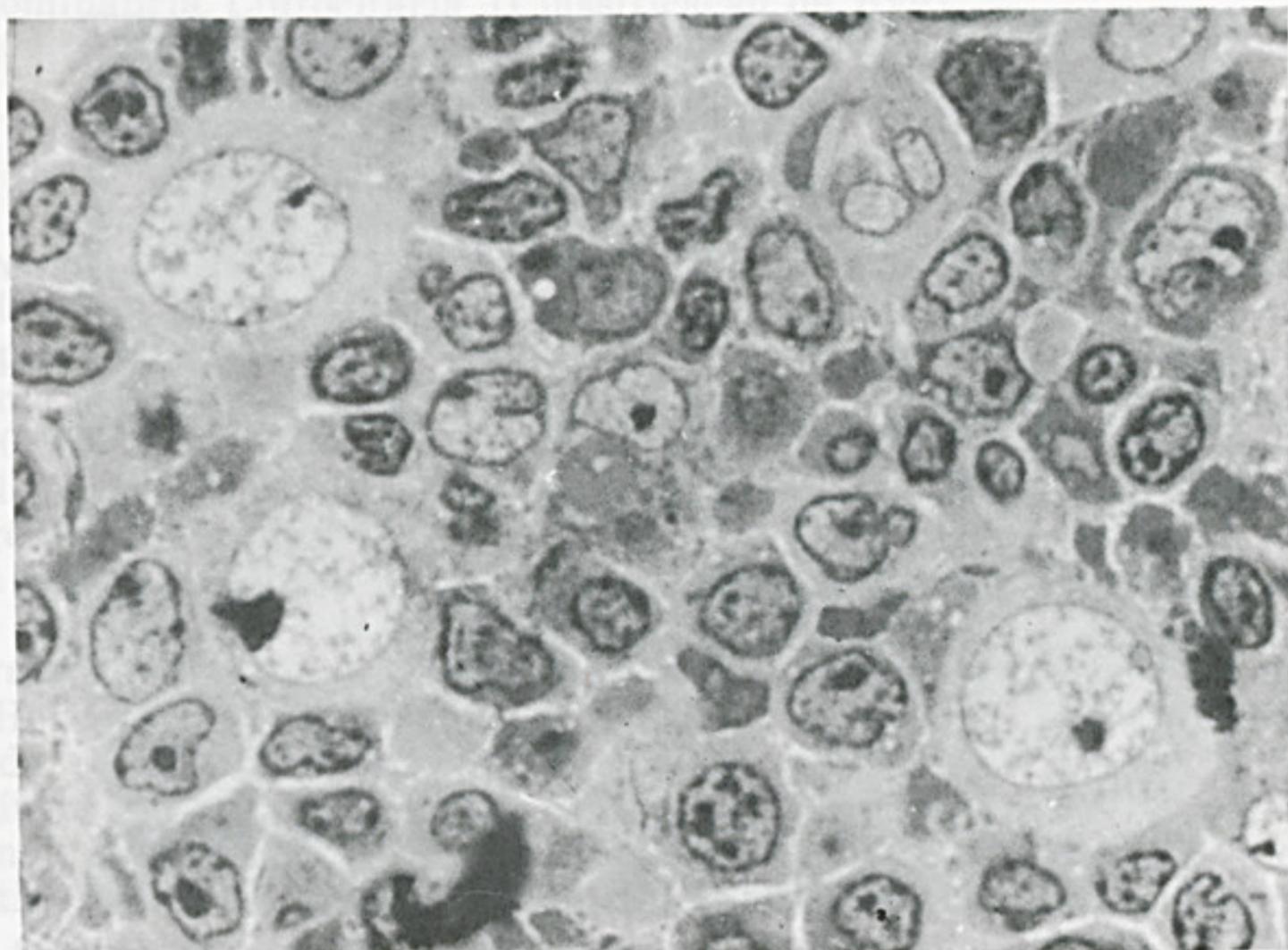


Fig. 1 — Área com 3 células de diagnóstico para Moléstia de Hodgkin ao lado de numerosos linfócitos.



X 1.300

Fig. 2 — Célula de Sternberg-Reed, com núcleo em nucléolos proeminentes.
X 1.230



Fig. 3 — Célula de Sternberg-Reed, bilobulada, com anel.
X 1.300

BIBLIOGRAFIA

CHAVES, E. Linfomas malignos na criança. Fundo Editorial BYK Prociens, 1976.

MATERIAL E MÉTODOS

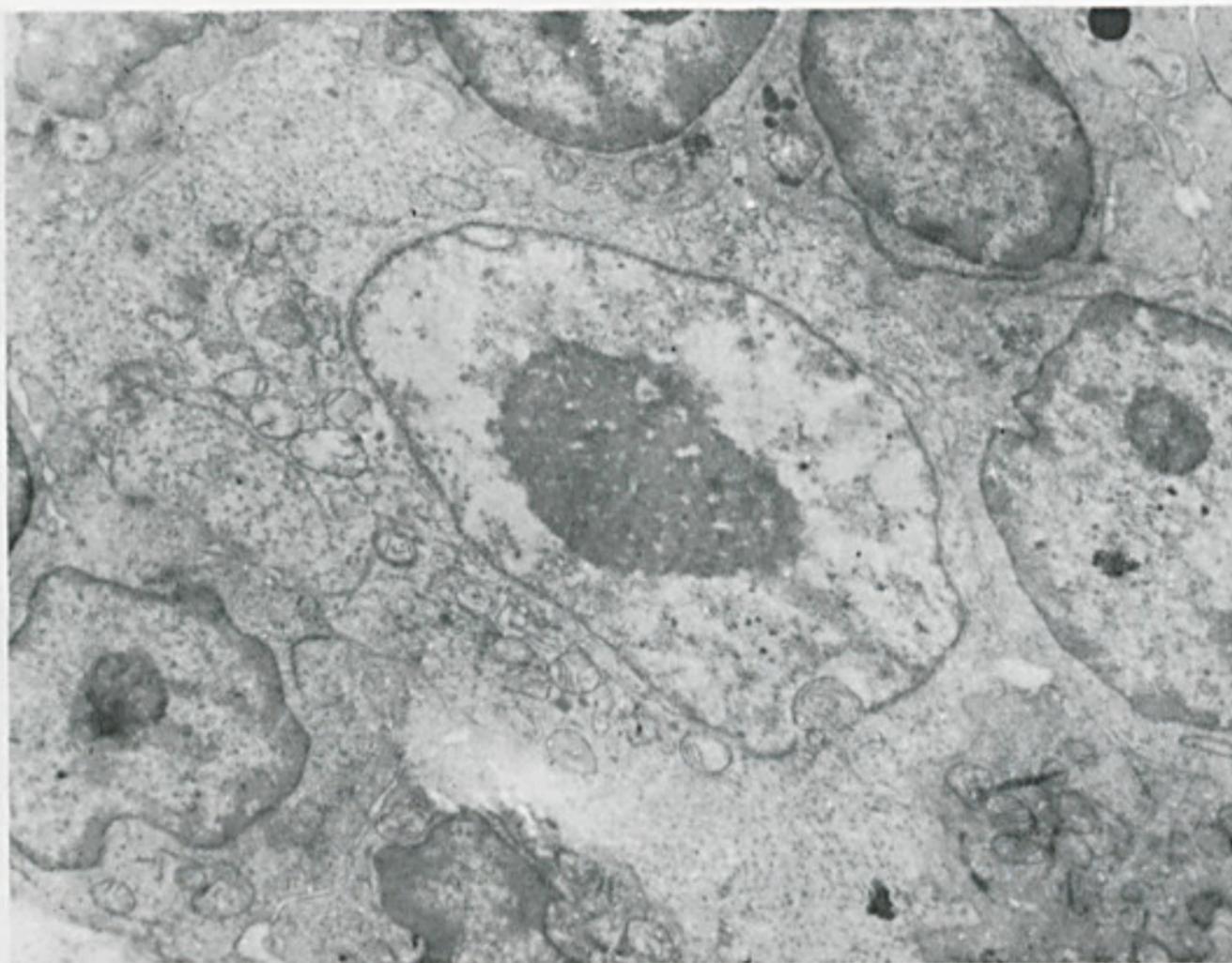


Fig. 4 — Célula de diagnóstico para Moléstia de Hodgkin. Nucléolo reticulado ocupando grande área do núcleo. Citoplasma com numerosos polirribosomos livres.

X 3.000

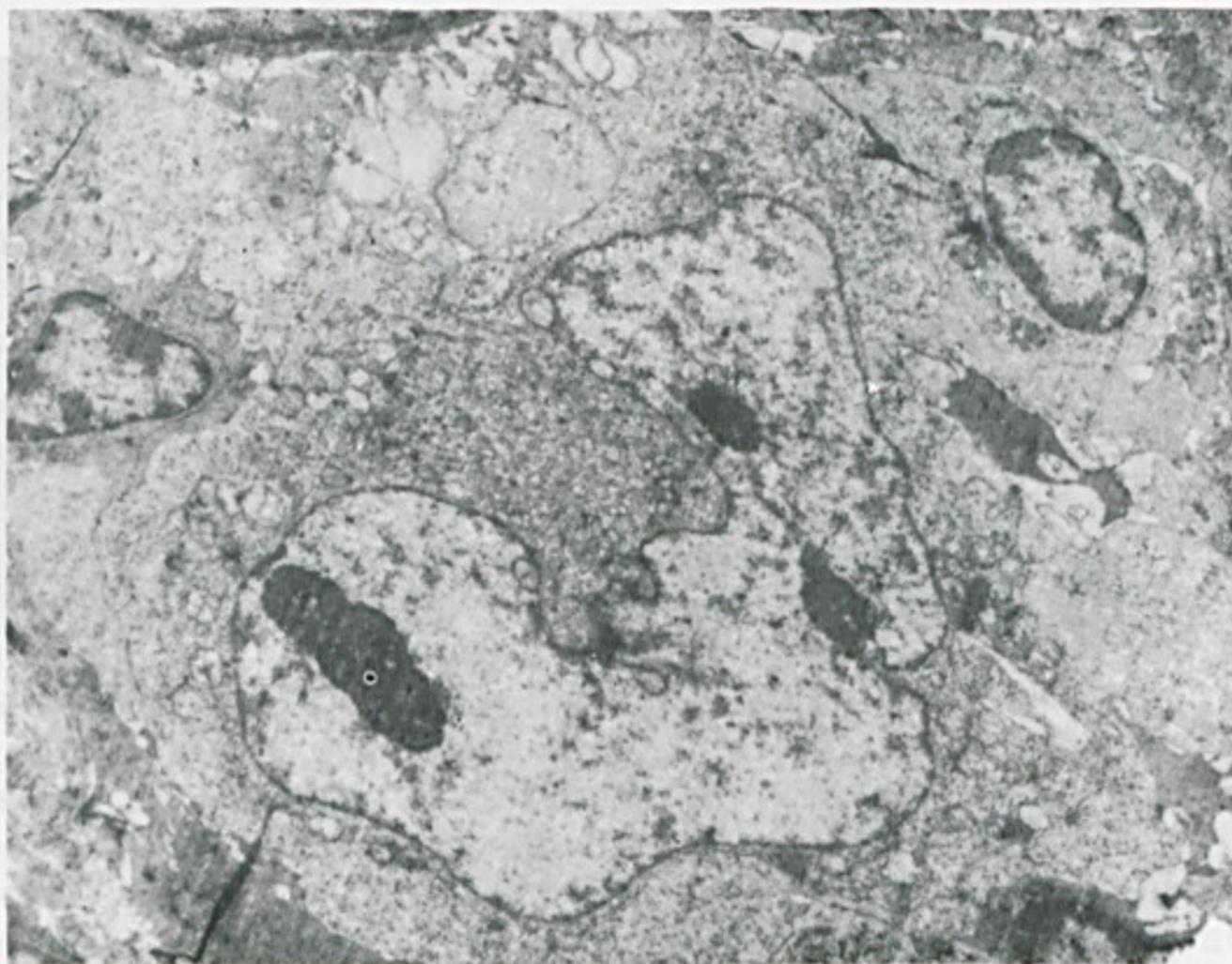


Fig. 5 — Célula de Sternberg-Reed com núcleo em ferradura.

X 3.000

realmente se tratava de um caso de Moléstia de Hodgkin na forma predominância Linfocitária (Classificação de Rye).

DISCUSSÃO

A Moléstia de Hodgkin tem incidência muito variada, em dependência da região geográfica, raça e nível sócio-econômico. Quanto à curva de incidência por idade, esta apresenta-se bimodal, em alguns países, com um pico entre os 20, 30 anos e um segundo pico após os 50 anos. No Brasil não se nota essa bimodalidade, sendo maior a freqüência entre os 20, 30 anos de idade (Machado, J. C. e cols. 69; Chaves, E., 1978). No 1.º quinquênio a freqüência é muito baixa e casos comprovadamente congênitos são desconhecidos. O presente caso chama-nos a atenção para essa possibilidade, pelo fato da criança apresentar gânglio aumentado de volume desde a época do nascimento e que o mesmo, quando retirado aos 3 anos de idade, revelou quadro histopatológico de moléstia de Hodgkin. As causas dessa moléstia são ainda desconhecidas. De acordo com Kaplan-Smithers, ela teria origem numa linfoproliferação contínua que pode acarretar uma reação tumor verso hospedeiro. O estímulo para tal linfoproliferação é desconhecido, podendo ser de origem virótica (Vianna, Grenwald e Davies, 1971). O vírus Epstein-Barr, tem sido considerado como um agente de grande probabilidade na Moléstia de Hodgkin, por ter ação linfoproliferativa comprovada e por terem sido encontrados anticorpos anti-Epstein-Barr e seus componentes em doses elevadas, em pacientes com Moléstia de Hodgkin. (Henle e Henle, 1971). No presente caso, há a possibilidade da Moléstia de Hodgkin ter iniciado seu desenvolvimento antes do nascimento da criança; essa linfadenopatia apresentada ao nascer, poderia ser já a manifestação da linfoproliferação contra um agente extrínseco (vírus de transmissão transplacentaria), ou devida a fatores intrínsecos (genético ou ambiental) e que se desenvolveria como Moléstia de Hodgkin.

AGRADECIMENTOS:

Os autores agradecem ao dr. A. Brunner Jr. pelas facilidades proporcionadas no estudo da ultra-estrutura. A Carlos A. Gonçalves Silva, pelo auxílio na fotografia.

ABSTRACT: This paper reports a case of a three years old boy, carrying Hodgkin's disease. His mother refers that since his birth the patient has a tumoral mass, of a bean size, in the submandibular region, and at the age of 3 years the tumor began to grow. After that time successive biopsies were made making the diagnostic possible. As such cases are extremely rare at this age, as well as the lack of conclusive reports on congenital cases of this disease, the authors thought oportune this discussion.

UNITERMS: Hodgkin's Disease; Lymphomas; pediatric tumours.

BIBLIOGRAFIA

1. CHAVES, E. Linfomas malignos na criança. Fundo Editorial BYK Prociencx, 1978.

2. HENLE, W. & HENLE, G. Epstein-Barr virus-related serology in Hodgkin's disease. *Natl. Cancer Inst. Monogr.* 36: 79, 1973.
3. JONES, P.G. e CAMPBELL, P.E. Tumours of infancy and childhood. Blackwell Scientific Publications, 1976.
4. MACHADO, J.C.; CARVALHO, A.; PINHEIRO, L.; SAMPAIO, I.A. Jr.; FAGUNDES, L.A. e ALVARENGA, R. J. Patologia geográfica da Moléstia de Hodgkin em crianças do Brasil. *Brasil. Bol. Oncol.*, 58: 346, 1969.
5. SMITHERS, D.W. Hodgkin's disease. Cap. 1, 2 e 3. Edited by Sir David Smithers, 1973.
5. SMITHERS, D.W. Hodgkin's. Cap. 1, 2 e 3. Edited by Sir David Smitrers, 1973.
6. VIANNA, N.J.; GREENWALD, P. e DAVIES, J.N.P. Extended epidemic of Hodgkin's Disease in high-school students. *Lancet*, i:1209, 1971.