

oito meses, iniciou lesão maxilar. Negava emagrecimento, febre, dor local, hiporexia, sudorese ou outros sintomas. Na origem, realizou biópsia da lesão extraindo dente 84, com resultado de Histiocitose de células de Langerhans. Foi encaminhado ao Hospital de Câncer Infantojuvenil de Barretos, e no setor de Odontologia foi observado comprometimento importante de mandíbula e maxila do lado direito, envolvendo os tecidos ósseo (erosões ósseas), gengival (tecido granulomatoso e friável) e dentário (mobilidade severa). Paciente iniciou tratamento oncológico com vimblastina e prednisona na indução; realizou exodontia dos elementos 54, 55, 16, 85, 46, com remoção de tecido gengival comprometido macroscopicamente pela doença, em centro cirúrgico. Os fragmentos de tecido mole e elementos dentários foram encaminhados para a análise anatomopatológica, que confirmou o diagnóstico de LCH. Após cicatrização, observou-se exposição radicular dos elementos 53 e 83, associado à recessão gengival, sendo realizado orientação de higiene bucal e aplicação de verniz fluoretado. Atualmente, encontra-se em tratamento quimioterápico e acompanhamento odontológico para posterior reabilitação protética. **Discussão:** A HCL é uma doença que possui várias manifestações clínicas, sinais e sintomas de acordo com o tecido e órgãos acometidos. As lesões bucais são muitas vezes as únicas ou principais manifestações da doença e o diagnóstico precoce contribui positivamente para o tratamento. Diversas patologias orais e sistêmicas com manifestações bucais são subnotificadas por não serem realizadas biópsias, ressaltando a sua importância para o diagnóstico. **Conclusão:** O relato mostrou ser imprescindível o olhar clínico do cirurgião-dentista para o correto e precoce diagnóstico de doenças sistêmicas com manifestações bucais e da sua atuação na equipe multidisciplinar oncológica, realizando o acompanhamento odontológico durante a terapia antineoplásica para minimizar complicações e planejar a reabilitação oral após cirurgias extensas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.775>

HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS EM MANDÍBULA: RELATO DE UM CASO

AP Menezes, VT Neto, KLB Arantes,
FOLD Santos, RF Varanda, DM Losada,
IZ Gonçalves, FL Coracin

Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

A histiocitose de células de Langerhans (HCL) é uma doença de etiologia incerta que se apresenta com um comportamento clínico bastante variado e caracteriza-se por proliferação clonal de células de Langerhans exibindo grânulos de Birbeck e positividade imunoistoquímica para S100 e CD1A. Essa é uma doença rara e representa um grupo heterogêneo de desordens proliferativas de histogênese nas células dendríticas e macrófagos. A sua incidência é maior em crianças, sendo duas vezes mais prevalente no sexo masculino. As manifestações podem incluir lesões ósseas, exantema e disfunções hepáticas, hematopoiéticas, endócrinas e infiltrados pulmonares. Na cavidade oral, pode manifestar-se raramente como hipertrofia gengival ou úlceras na mucosa jugal,

palato e língua. O presente trabalho traz um relato de HCL em cavidade oral, enfatizando a raridade da lesão, e a importância do diagnóstico, acompanhamento durante e após o tratamento desses pacientes. Um homem de vinte e sete anos, raça branca, tabagista foi encaminhado para avaliação queixando-se de dor e lesão em mandíbula, com duração de aproximadamente dois meses. Ao exame intraoral, foram observadas duas úlceras na mandíbula, avermelhadas, medindo aproximadamente 3cm adjacente ao primeiro e segundo molar inferior esquerdo e medindo aproximadamente 2cm na região de primeiro molar inferior direito com drenagem de secreção purulenta ao toque. Ao exame radiográfico notou-se áreas radiolúcidas e foi realizada uma biópsia excisional bilateral no momento da exodontia do primeiro molar inferior direito e esquerdo. O exame microscópico revelou fragmentos de mucosa escamosa ulcerada e infiltração por neoplasia de células histiocitárias com positividade imunoistoquímica para CD1a, CD68 e proteína S100 (negativos para CD20 e CD3). O tratamento incluiu radioterapia mandibular 14Gy e quimioterapia com CHOP. O acompanhamento após quatro meses do término da quimioterapia o paciente comparece ao serviço queixando-se de dor e apresentando área de exposição óssea alveolar na mandíbula direita e foi realizada uma nova biópsia incisiva de tecido mole removidos de alvéolo dentário da mandíbula direita região que corresponde o primeiro molar inferior direito, revelou mucosa escamosa ulcerada e infiltrada por neoplasias de células histiocitárias imunofenotipicamente compatível com recidiva da doença (positividade imunoistoquímica para CD1a, CD68 e proteína S100). O tratamento proposto novo ciclo de quimioterapia com cladribina, ocorrendo após 3 meses do início o fechamento da exposição óssea e ausência de sintomatologia. Conclui-se que a doença apresenta recorrência e deve ser sempre abordada com vistas para o diagnóstico e complementar a assistência aos pacientes durante a fase diagnóstica e durante o tratamento oncológico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.776>

LESÕES ORAIS EM PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE HISTIOCITOSE: RELATO DE CASO

PPL Shitara, LCFS Borges, T Iwata, RLC Figueira,
GR Neves, AV Matheus, APP Baptista,
NM Rodrigues, LSS Milare, ALL Pires

Grupo de Pesquisa e Assistência ao Câncer Infantil (GPACI), Sorocaba, SP, Brasil

A histiocitose de células de Langerhans é um distúrbio do sistema reticuloendotelial no qual ocorre proliferação celular dendrítica associadas ou não à presença de reação inflamatória em tecidos ósseos, vísceras e tegumento. Esta patologia rara, possui etiologia desconhecida e apresentação clínica variável. Ela é classificada como doença não oncológica apesar da presença de multiplicação e diferenciação celular desordenada. As lesões bucais únicas e de rápida progressão, geralmente, sinalizam a primeira manifestação desta doença. Este presente estudo relata o caso clínico de um lactante,



gênero masculino, 2 meses de idade, apresentando lesões extensas, localizadas bilateralmente na cavidade oral, abrangendo rebordo gengival, palato e região de orofaringe, não destacáveis, de aspecto amolecido, amarelado, sangrantes com significativa sintomatologia dolorosa. A criança permaneceu internada, inicialmente, por 23 dias sob os cuidados da equipe multidisciplinar, onde o serviço de odontologia hospitalar realizou citologia esfoliativa local prosseguindo com terapias fotobiomoduladoras, uso de medicações orais tópicas (antimicrobianos, fitoterápicos e analgésicos) visando o controle da dor e do quadro infeccioso bucal. Após avaliação dos exames imagem, do resultado anatomopatológico associados aos sinais clínicos existentes, a equipe médica concluiu o diagnóstico de histiocitose, iniciando, imediatamente, o seu tratamento quimioterápico, mantendo os cuidados da equipe multidisciplinar. Os exames de imagem comprovaram uma grande perda de estrutura óssea bucal, já constatada durante o exame clínico local, onde observava-se a precoce erupção dos dentes decíduos, com mobilidade significativa e sintomatologia dolorosa devido as ulcerações teciduais já presentes. As condutas odontológicas já citadas foram intensificadas visando o controle das lesões orais e preservação dos elementos dentários, fato que promoveu menores danos, levando a perda de apenas 3 molares decíduos, os quais apresentavam risco de aspiração devido sua mobilidade agravada pela grande perda óssea horizontal. O procedimento foi realizado com sucesso sob anestesia geral. Durante o tratamento sistêmico, o paciente evoluiu com excelente resposta à terapêutica médica, promovendo, posteriormente, a sua cura, tendo resultados favoráveis e significativos em cavidade oral, diminuindo o quadro álgico, estabilizando perda óssea, melhorando ingestão alimentar e consequentemente resultando em sua melhor qualidade de vida. Não ocorreram posteriores perdas dentárias e no momento o paciente encontra-se curado de sua doença base, seguindo em acompanhamento ambulatorial com equipe médica e odontológica. Considerando o primeiro sinal clínico da Histiocitose comumente ocorrer na cavidade oral a atuação do cirurgião dentista dentro da equipe multidisciplinar executando uma estratégia conjunta de intervenção e cuidados, realizando a busca ativa, colaborou com agilidade atendendo as necessidades do paciente e promovendo a integralidade da assistência, elevando a sobrevida do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.777>

MUCORMICOSE EM REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO EM UMA PACIENTE PORTADORA DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: UM RELATO DE CASO

JL Ferigatto, IZ Gonçalves, NS Castro, FO Lemos, VT Neto, EM Lima, RF Varanda, FL Coracin

Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

A mucormicose é uma infecção rara, porém altamente invasiva, causada por fungo da classe dos zigomicetos, ordem Mucorales e Entomophthorales. É causada por patógenos oportunistas e está associada às doenças hematológicas devido ao

imunocomprometimento. Possui um curso clínico fulminante e grave, devido ao rápido crescimento do fungo e a destruição de tecidos adjacentes, demandando diagnóstico precoce e tratamento clínico/cirúrgico breve. A mucormicose na forma rinocerebroorbitária é associada à piores prognósticos e quase que exclusivamente observadas em pacientes imunocomprometidos. Neste relato de caso, uma paciente do gênero feminino de 53 anos com diagnóstico de LMA secundária à SMD, tratada com daunorrubicina e citarabina, foi internada no setor de hematologia com edema de face, neutropenia febril e leve parestesia em hemiface esquerda, sendo posteriormente diagnosticada como sinusite e celulite periorbitária, com drenagem de secreção pela rinofaringe e orofaringe. Em maio de 2021, paciente foi diagnosticada com mucormicose em região periorbitária, acometendo também cavidade nasal e seio maxilar esquerdo. Apresentou leucograma de 1510 leucócitos sendo 408 neutrófilos em sangue periférico. Durante a avaliação odontológica foi visualizado pequeno nódulo de consistência fibrosa, de aproximadamente 0,1cm de extensão, de coloração amarelada, na região de gengiva inserida do primeiro pré-molar superior esquerdo, quando foi sugerido e realizado uma radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de feixe cônico para definir a extensão da lesão. Foi realizada cultura sugerindo diagnóstico de infecção fúngica compatível com mucormicose. Foi iniciado o tratamento com Isavuconazol e Levofloxacino. A paciente evoluiu para óbito decorrente de síndrome respiratória aguda grave-Covid-19. Conclui-se que a abordagem multiprofissional no diagnóstico dos pacientes com doenças onco-hematológicas faz-se necessário para instituir o correto tratamento e acompanhamento das doenças.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.778>

NECROSE MANDIBULAR EM ADOLESCENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA SOB QUIMIOTERAPIA MIELOABLATIVA

RDG Caminha^a, GM Chicrala^a, AP Maciel^a, BR Manzano^a, RA Quispe^a, DG Salgueiro^b, CMF Rubira^a, DT Oliveira^a, CT Oliveira^b, PSS Santos^a

^a Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP), Bauru, SP, Brasil

^b Hospital Estadual de Bauru (HEB), Bauru, SP, Brasil

A leucemia mieloide aguda (LMA) é o segundo tipo de leucemia mais comum em crianças e adolescentes, sendo necessários, protocolos quimioterápicos mieloablativos que podem gerar complicações desafiadoras à equipe multidisciplinar. Paciente do sexo masculino, 13 anos, diagnosticado com LMA recidivada, em fase de condicionamento para transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), submetido à quimioterapia com citarabina e idarubicina. Internou por neutropenia febril, pancitopenia severa (hemoglobina: 6,7g/dl; hematócrito: 19%; leucócitos totais: 50/mm³; neutrófilos e segmentados: 500/mm³; eosinófilos, linfócitos típicos e monócitos: 0/mm³; e plaquetas: 15.000/mm³) e tosse associada à

