

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

