

VTM Galves^a, TCM Costa^b, RLG Cunha^a,
LD Macedo^b

^a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP),
Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP,
Brasil

^b Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São
Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

A leishmaniose é uma protozoose transmitida através da picada de fêmeas do mosquito-palha, principalmente em regiões com precárias condições de higiene, as regiões Norte e Nordeste são as que apresentam maior incidência no Brasil. A manifestação clínica mais comum é a mucocutânea. Seu relato em pacientes submetidos ao transplante alogênico de células tronco-hematopoéticas (alo-TCTH) é raro, em especial na fase precoce do tratamento. Apesar da baixa incidência, a doença pode ser responsável por complicações fatais se não tratada precocemente, principalmente na fase de neutropenia. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de leishmaniose oral no período inicial do alo-TCTH. Paciente do sexo feminino, 32 anos, natural do interior de Minas Geras, com indicação de alo-TCTH, aparentado, HLA idêntico, fonte de células medula óssea, por anemia aplástica grave. No período pré-condicionamento imediato foi identificada discreta lesão em placa, de superfície eritematosa, de aproximadamente 0,3 × 0,2 cm em pilar amigdaliano direito. Foi feita a hipótese de lesão fúngica, optado pela realização de biópsia incisional e cultura para fungos. Foi optado pela manutenção do transplante com uso de voriconazol em dose profilática. No D+5 (condicionamento CY+ATG), a paciente apresentou febre e houve progressão da lesão. O anatomopatológico identificou processo inflamatório crônico, com focos exsudativos, de moderada intensidade, com ausência de granulomas e presença de pequenas células com aspectos sugestivos de *Leishmania* sp. Como a cultura da amostra foi negativa, optou-se por complementar a avaliação com PCR de sangue, que foi positivo para leishmaniose. O voriconazol profilático foi transicionado para anfotericina B lipossomal. Após o ajuste do tratamento houve regressão da lesão em mucosa oral e controle do quadro febril. A lesão apresentou resolução completa após enxertia neutrofílica. Até o D+32, a paciente se mantém sem lesão e com o PCR de sangue negativo. Conclui-se que o diagnóstico precoce de condições infecciosas é fundamental no alo-TCTH e a presença de uma equipe multidisciplinar experiente pode viabilizar essa condição.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.989>

AValiação da Condição de Saúde Bucal e Gravidade da Mucosite Oral em Pacientes Submetidos ao Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoéticas

MA Costa^a, VTM Galves^a, TC Reis^a,
MJ Pagliarone^a, LMAR Innocentini^b,
ACJ Vieira^b, CC Mesquita^b, TCM Costa^b,
RLG Cunha^a, LD Macedo^b

^a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP),
Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP,
Brasil

^b Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São
Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

A mucosite oral (MO) é um dos principais efeitos colaterais do transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas (alo-TCTH). Ela está diretamente relacionada a redução da qualidade de vida e aumento da morbidade e mortalidade no tratamento. Além disso, a má condição de saúde bucal no alo-TCTH pode ser fator de risco para infecções locais, sistêmicas e para a MO. O objetivo deste trabalho foi avaliar a condição de saúde bucal e a gravidade da mucosite oral de pacientes submetidos ao alo-TCTH. Este foi um estudo prospectivo e observacional que incluiu 40 pacientes submetidos ao alo-TCTH. A avaliação da condição de saúde bucal no período pré-condicionamento foi realizada por meio dos índices Período Screening and Recording (PSR), Índice de Placa Visível, Índice Gingival e Índice CPOD (Dentes: cariados, perdidos e obturados). A escala preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e escala análoga visual (VAS) foram utilizadas para mensuração da MO no período de 7 a 12 dias após a infusão das células-tronco hematopoéticas (CTH) e registrado o pior resultado para o período. Sessenta e três por cento dos pacientes foram do sexo masculino, a mediana de idade de 36,7 anos (15-64), 48% dos doadores foram aparentados idênticos, 38% aparentados não compatíveis e 14% não aparentado idêntico, sendo que 51% dos participantes receberam CTH de fonte periférica. Apenas 14% dos pacientes apresentaram ausência de alteração periodontal, 71% tiveram PSR 1 ou 2, 15% apresentaram doença periodontal ativa (PSR 4 ou 5); 53% apresentaram placa bacteriana à sondagem e 56%, eritema gengival. O CPOD foi alto 13, 46 (1-28). Vinte e dois pacientes (56%) não apresentaram sinais de mucosite oral, 15% apresentaram MO grau I, 8% MO grau II, 15% MO III e 5% MO grau IV. Trinta por cento dos pacientes relataram “dor intensa”. Conclui-se que apesar da baixa taxa de doença periodontal em atividade, ainda é necessário otimizar as orientações de higiene e controle de biofilme dentário e que ainda é necessário otimizar o controle da MO e dor durante o alo-TCTH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.990>

Planejamento Hemostático para Procedimentos Odontológicos em Paciente com Hemofilia A Grave: Relato de Caso

JL Vendruscolo, BS Ballardin, CC Torres-Pereira
Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba,
PR, Brasil

O objetivo deste trabalho é relatar o planejamento hemostático e manobras de hemostasia local utilizados em um paciente com distúrbio de coagulação grave e com necessidade de procedimentos odontológicos invasivos, realizados pela equipe de Odontologia do Hemocentro Coordenador do Estado do Paraná (Hemepar). Paciente do sexo masculino, 47

anos de idade, diagnosticado com Hemofilia A grave (em profilaxia com infusão de 1500 UI de fator de coagulação VIII em dias alternados) compareceu no ambulatório de Odontologia relatando dentes com mobilidade. Ao exame físico intraoral, apresentava ausência de alguns dentes, higiene oral insatisfatória, acúmulo de biofilme e cálculo dental, doença periodontal e mobilidade grau III em molares superiores e inferiores. Não foram identificadas lesões cariosas e a mucosa oral apresentava-se íntegra, bem lubrificada e normocorada. Uma radiografia panorâmica foi solicitada para avaliação complementar e definição de conduta. Foi possível identificar perda óssea vertical e horizontal generalizada, mais extensa na região de segundos e terceiros molares e pré-molar inferior direito. Além do diagnóstico de Hemofilia A grave, o paciente ainda apresentava plaquetopenia (74.000/mm³) devido à hepatopatia crônica, agravando a condição hematológica. As exodontias necessárias foram realizadas em sessões distintas. Previamente as extrações dentárias, o paciente realizou dose de reforço de reposição do fator de coagulação VIII conforme orientação do hematologista e administração de 500 mg de ácido tranexâmico via oral de 8 em 8 horas por 4 dias, iniciando um dia antes do procedimento. Durante o transoperatório, foram realizadas manobras de hemostasia local, utilizando ácido tranexâmico de forma tópica (ampola de 5 ml) e sutura abundante com fio reabsorvível. As exodontias foram realizadas sem intercorrências. Após boa evolução clínica pós-operatória, apresentando boa cicatrização e ausência de sangramento, foi realizada a exodontia dos demais dentes, fazendo uso das mesmas manobras de planejamento hemostático, tanto locais quanto sistêmicas. A terapia periodontal, com realização de raspagem supra e subgingival, foi dividida em diferentes dias de atendimento, por quadrantes. Para esta etapa, o paciente realizava previamente às sessões, infusão do fator de coagulação deficiente nas doses de rotina associado ao uso de ácido tranexâmico via oral, continuado apenas em caso de sangramento persistente. Além disso, foi realizada irrigação com clorexidina 0,12% para controle químico do biofilme bacteriano e aplicação de laser de baixa intensidade na região cervical de pré-molar inferior direito (3J em 3 pontos, comprimento de onda infravermelho) para auxiliar na redução da sensibilidade dentária associada a recessão gengival. A reposição de fator de coagulação e a correta administração do ácido tranexâmico, seja de forma sistêmica ou local, associados à demais manobras hemostáticas, são essenciais para o sucesso de procedimentos odontológicos invasivos em pacientes com distúrbios de coagulação, como a Hemofilia A grave.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.991>

ABSCESSO DENTÁRIO AGUDO: RELATO DE CASO CLÍNICO

SCS Passos, LCP Sousa, MS Costa, HLC Silva, GRR Ibraim, ECGC Felix, VLD Costa

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A Doença Falciforme (DF) é uma doença hemolítica hereditária de grande importância epidemiológica no

Brasil e no mundo, com elevados índices de morbidade e letalidade. Acarreta alto grau de sofrimento ao longo da vida e acomete majoritariamente a população negra, que coincidentemente, constitui a população com menor poder aquisitivo neste país dispondo de acesso limitado a serviços de assistência à saúde (público ou privado). A DF apresenta uma série de manifestações clínicas que podem influenciar o planejamento do tratamento odontológico, além disso, também pode apresentar manifestações bucais como alterações ósseas, atraso na erupção dentária, episódios frequentes de dor, osteomielite, e grande susceptibilidade a infecções bacterianas. Os processos infecciosos são críticos nestes indivíduos necessitando muitas vezes de hospitalização. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de uma paciente com DF com abscesso dentário agudo, internada em um hospital de referência para pacientes onco-hematológicos no Rio de Janeiro. **Método:** Relato de caso descrevendo a anamnese, história médica pregressa, exame clínico, radiografia periapical e tomografia computadorizada. **Relato de caso:** Paciente, 43 anos, sexo feminino, negra, admitida no Serviço Pronto Atendimento do Instituto de Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti – HEMORIO com queixa de dor há 3 dias, associado ao edema local. Hipótese diagnóstica pelo médico plantonista foi abscesso dentário. Paciente foi hospitalizada para antibioticoterapia venosa (amoxicilina + clavulanato de potássio (IV) e controle da dor (dipirona sódica EV), seguido de avaliação pelo Serviço de Odontologia da referida unidade. Ao exame físico, foi observado aumento de volume na face esquerda, doloroso à palpação e certa limitação de abertura de boca. O exame intrabucal confirmou aumento de volume em fundo de vestibulo na região do elemento 26 com destruição coronária, além da necessidade de múltiplas exodontias e tratamentos restauradores. Radiograficamente, lesão periapical no 26 e destruição coronária. 48 horas após a medicação, apresentou ponto de flutuação na região e aumento da abertura de boca, desta forma, a mesma foi submetida à intervenção cirúrgica no consultório de odontologia, sob anestesia local, para a incisão e divulsão da coleção purulenta. Previamente ao procedimento, a paciente permaneceu com a antibioticoterapia, adequação de dieta e a instrução rigorosa de saúde bucal (com a entrega de kit de higiene e folder educativo) foi instituída. Na drenagem do abscesso foi observado a saída de grande volume de secreção purulenta e no dia posterior, a franca regressão do edema além disso, a paciente relatou ausência da sintomatologia dolorosa. A mesma foi agendada para a realização do tratamento odontológico, incluindo a remoção da causa. **Discussão:** De acordo com a literatura, os quadros infecciosos são as complicações mais frequentes em indivíduos com DF e pode acarretar em abscessos, celulites, até ao óbito, quando não intervindo corretamente. **Conclusão:** O CD deve saber manejar corretamente os pacientes com DF e realizar o efetivo controle dos quadros infecciosos, a fim de evitar as complicações graves que podem levar o paciente ao óbito. Ademais, o CD inserido na equipe multidisciplinar, deve atuar na proteção, recuperação e reabilitação em saúde, com ações centradas no sujeito e praticar, concomitantemente, a educação em saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.992>