manutenção do acompanhamento de pacientes no pós-TCTH tardio, em virtude do maior risco do aparecimento de carcinoma de células escamosas secundário que pode ser precedido por lesões potencialmente malignas na cavidade oral. Em um dos casos apresentados o controle semestral foi fundamental para o diagnóstico precoce das lesões potencialmente malignas.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1637

TERAPIA DE FOTOBIOMODULACÃO ASSOCIADA AO TRATAMENTO DA PARALISIA FACIAL EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA

VCM Braga, VLD Costa, IV Silva, LB Nunes, W Hespanhol, SCS Passos, PRS Barros, HLC Silva, RDS Pinheiro

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

Introdução: A paralisia facial (PF) descreve a paralisia de qualquer estrutura que é inervada pelo nervo facial (VII par de nervos craniano), as causas incluem tumores dos nervos acústico e/ou facial, tumores de cabeça e pescoço, iatrogenia, medicações, entre outras. O tratamento tem como objetivo uma recuperação total da função da musculatura da mímica facial, além de prevenir a degeneração de fibras nervosas e suas possíveis sequelas. Várias são as terapias que podem ser escolhidas para o tratamento da PF, entre elas: farmacológicas, acupuntura, exercícios terapêuticos/reabilitação neuromuscular e o laser de alta ou baixa potência. A fotobiomodulação (TFBM) com *laser* de baixa potência auxilia na obtenção de um aumento da amplitude dos potenciais de ação, e promove aceleração de regeneração de estruturas nervosas. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente portador de leucemia mieloide crônica (LMC) apresentando quadro de paralisia facial pelo uso do quimioterápico nilotinibe, tratado com TFBM. **Materiais e métodos:** Utilizou-se o *laser* duo MMO, com luz infravermelha de 808 nm, area do feixe do *laser* de saída, no bico da caneta, com 3mm^2 e emissão de luz semicondutor GaA1As e InGaAIP. **Relato de caso:** Paciente M.F.F, do gênero masculino, 50 anos, pardo, portador de LMC procurou o serviço de odontologia com alteração da mímica facial na hemiface direita, gerando desfiguramento e distúrbios da mastigação. Na anamnese o paciente relatou estar com alterações na face há uma semana, e em uso do quimioterápico nilotinibe 200 mg há um mês. O quadro clínico era compatível com diagnóstico de PF. Ao investigar a causa, foi descartado pela equipe médica acidente vascular encefálico, além de histórico de trauma em região de parótida, choque térmico recente, virose ou gripe forte. Na bula do Nilotinibe foi constatado que a PF pode ser um dos efeitos adversos raros do medicamento, sendo essa a única causa encontrada para o diagnóstico nesse paciente. Foi realizada TFBM com *laser* de baixa potência, no modo infravermelho, 5 J de forma pontual em 16 pontos extra-orais no trajeto do nervo facial. No total foram realizadas nove sessões com intervalo de 48 horas além de prescrição de citoneurin 5.000 mcg, 1 comprimido, VO de 8/8 horas por cinco dias. **Resultados:** Na 6° sessão foi observada melhora acentuada da PF, e na 9ª o melhora significativa com o retorno da mímica facial e as demais funções correlacionadas à função do nervo facial. **Discussão:** O laser de baixa potência é eficaz para a reabilitação dos pacientes com PF, pois promove crescimento na amplitude dos potenciais de ação (função nervosa estimulada) e acelera a regeneração de algumas estruturas nervosas, estimulando a reinervação de tecidos e sua penetração nos axônios ou nas células de Schwann adjacentes, induzindo o metabolismo do tecido nervoso danificado a produzir proteínas associadas com o crescimento do nervo, ou lançando um fator de trofismo. **Conclusão:** O cirurgião dentistas é fundamental na equipe multidisciplinar que assiste pacientes em tratamento para LMC, pois atua efetivamente do diagnóstico ao tratamento das alterações estomatognáticas. O presente relato mostrou que a TFBM foi eficaz no tratamento da PF causada por quimioterápico.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1638

CELULITE FACIAL EM PACIENTE COM DOENÇA FALCIFORME: RELATO DE CASO CLÍNICO

IV Silva, LB Nunes, VCM Braga, RDS Pinheiro, W Hespanhol, VLD Costa, PRS Barros, SCS Passos

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

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de doença falciforme (DF) com infecção odontogênica grave relacionada ao 3° molar. **Materiais e métodos:** Relato de caso de infecção odontogênica em paciente com DF. **Relato de caso:** Paciente de 21 anos, gênsexoero feminino, leucoderma, com DF, compareceu ao serviço de pronto atendimento ambulatorial (SPA), do Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (Hemorio) com mialgia, odinofagia, febre e mal estado generalizado há uma semana. Ao exame clínico o médico observou massa cervical anterior, palpável e dolorosa do lado direito. Na consulta médica foi prescrito clavulin VO de 8/8 horas e liberada para casa. Dois dias depois, a paciente retornou ao SPA com edema na região da parótida direita e limitação dos movimentos do pescoço, trismo com limitação de abertura de boca, sendo internada e iniciando a administração de clavulin endovenoso (EV). Após dois dias de internação, o clavulin EV foi substituído por ceftriaxona EV + metronidazol EV e solicitado parecer da equipe de odontologia. Ao exame odontológico extra-oral, a paciente apresentava celulite em face na região mandibular direita, trismo com limitação de abertura de boca e linfonodo cervical submandibular endurecido à palpação, com hiperemia. Ao exame clínico intra-oral, observou-se lesão cariosa associada ao elemento 48 e aumento de volume difuso em fundo de vestíbulo. Foi realizada tomografia de face e exame radiográfico periapical. Após sete dias internada e em uso de antibioticoterapia EV, foi realizada exodontia do elemento dentário 48. Foi orientada a realizar higiene bucal com clorexidina 0,12%,

repouso e alimentação pastosa. A paciente foi reavaliada pela odontologia após quatro dias da realização do procedimento odontológico. Observou-se grande diminuição do trismo e do edema, além de melhora do quadro geral da paciente, recebendo alta no dia seguinte. **Discussão:** Na DF as infecções odontogênicas, podem evoluir rapidamente, possuindo potencial de disseminação para os espaços fasciais adjacentes, levando a um quadro clínico conhecido como celulite. O tratamento de escolha dessa condição deve ser imediato com a remoção da causa da infecção a fim de possibilitar a drenagem da coleção purulenta associado com antimicrobianos de amplo espectro como realizado no caso descrito. **Conclusão:** O cirurgião-dentista é fundamental no atendimento multidisciplinar do paciente com DF, pois infecções odontogênicas podem desencadear não só crises álgicas, como também disseminação da infecção, causando quadro de celulite que, caso não seja tratado de maneira assertiva, pode levar até mesmo o paciente a óbito.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1639

AVALIAÇÃO DA EXPRESSÃO DE CITOCINAS INFLAMATÓRIAS EM PLASMA E SALIVA DE PACIENTES COM DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO CRÔNICA

TC Reis [a], VTM Galves [a], MJ Pagliarone [a], MA Costa [a], TCM Costa [b], F Traina [b], LMAR Innocentini [b], AG Lourenco [a], ACJ Vieira [b], CC Mesquita [b], SK Haddad [c], ESR Sandoval [c], DT Covas [a], LD Macedo [a]

[a] *Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*
[b] *Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP), São Paulo, SP, Brasil*
[c] *Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto, São Paulo, SP, Brasil*

A doença do enxerto contra o hospedeiro crônica (DECHc) é uma importante complicação tardia do transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas (alo-TCTH). A identificação de marcadores que possibilitem o diagnóstico precoce, predizer risco ou gravidade da DECHc é de suma importância. A utilização da saliva para análise de biomarcadores é pouco relatada e pode ser uma estratégia promissora quando comparada ao plasma. O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil de citocinas inflamatórias no plasma e na saliva de pacientes submetidos ao alo-TCTH que desenvolveram ou não a DECHc. Para isso, foi realizado um estudo de coorte prospectivo no qual amostras de plasma, saliva, índices de saúde bucal, medida de dor e de fluxo salivar foram coletados no pré transplante (T0), no momento do diagnóstico da DECH crônica (T1-DECHc), ou ao completar 1 ano pós TCTH nos pacientes que não desenvolveram a doença (T1- Não DECHc). Foram incluídos 41 pacientes, 26 do sexo masculino, média de 34,04 (± 15,96) anos, 31% deles desenvolveram DECHc. Os pacientes que desenvolveram DECHc apresentaram maior expressão de IL-6 (0,036 ± 0,0171 × 0,025 ± 0,0189, p = 0,034) em plasma e de IL-8 (0,434 ± 0,198 × 0,425 ± 0,549, p = 0,055) e IL-6 (0,146 ± 0,208 × 0,0624 ± 0,145;, p = 0,009) em saliva no momento do diagnóstico da doença, quando comparado ao T1-Não DECHc. Maior expressão de TNF-α em saliva (0,442 ± 1,00E0 × 0,000 ± 0,000; p = 0,026) foi observada no T0 de pacientes que não desenvolveram DECHc. Pacientes que desenvolveram DECHc em boca + outros órgãos apresentaram maior expressão sérica de IL-8 (0,018 ± 0,012 × 0,012 ± 0,010; p = 0,04), IL-1β (0,158 ± 0,090 × 0,057 ± 0,064; p = 0,045), IL-6 (0,051 ± 0,011 × 0,027 ± 0,0179; p= 0,053); e de IL-8 (0,677 ± 0,128 × 0,404 ± 0,453; p = 0,024), IL-6 (0,345 ± 0,391 × 0,070 ± 0,126; p = 0,057) em saliva no diagnóstico, quando comparado ao T1 não DECH. O desenvolvimento de DECHc em outros órgãos (não incluindo a boca) se relacionou com maior expressão de IL-6 salivar (0,132 ± 0,0887 × 0,089 ± 0,186; p = 0,047) e menor de lactoferrina em saliva (0,194 ± 0,191 × 0,067 ± 0,030; p = 0,016) em T1. Adicionalmente, observamos maior expressão das citocinas inflamatórias em saliva quando comparado ao plasma: IL-8, IL-1β, lactoferrina (p < 0,000) em T0 e IL-8 (p < 0,0000), IL-1β (p = 0,001), IL-6 (p = 0,048) e lactoferrina (p < 0,0000) em T1, incluindo DECHc e não DECHc. Na avaliação da expressão de citocinas entre os diferentes tempos (T0 × T1), os pacientes que não desenvolveram DECHc apresentaram maior quantificação de citocinas no pré transplante: IL-1β sérica (p = 0,003), IL-8 salivar (p = 0,007) e IL-1β salivar (p = 0,013). Entre os pacientes que desenvolveram DECHc, não houve diferença estatística na quantificação de citocinas entre T0 e T1. Acreditamos que a maior expressão de citocinas em T0 quando comparado ao T1 nos pacientes sem DECHc se deva à terapia sistêmica utilizada no tratamento onco-hematológico antes do TCTH e que, a ausência de diferença na quantificação de citocinas em T0 e T1 de pacientes com DECHc evidencie altos níveis de citocinas encontradas no desenvolvimento da DECHc, contrastado com a queda nos pacientes que não desenvolveram DECHc. Tais achados nos permitem concluir o potencial do uso da saliva para avaliação de marcadores infamatórios da DECHc, mesmo quando a manifestação ocorra de forma sistêmica, não envolvendo a boca.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1640

USO DE MATRIZ DE GELATINA PARA HEMOSTASIA LOCAL PÓS-EXODONTIA EM PACIENTE PORTADOR DE TROMBASTENIA DE GLANZSMANN

LYDS Cerqueira, MPSM Peres, LAVS Junior

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A trombastenia de Glanzmann (TG) é um distúrbio hemorrágico hereditário autossômico recessivo muito raro, com incidência de um por 1.000.000, caracterizado pelo defeito de agregação plaquetária, cursando com diminuição