

institucional. Evoluiu com mucosite oral grau 2 no D+12, realizando também laserterapia terapêutica (660 nm, 0,03 cm², 66,7 J/cm², 2 J, 20 segundos, 100 mW). Devido ao longo período de neutropenia, realizou um mielograma que constatou a rejeição do primeiro transplante, sendo então submetido a um segundo TCTH haploidentico, sob protocolo de condicionamento de globulina antimonócito, flubarabina, ciclofosfamida e melfalano. Durante esse período, apresentou complicações, incluindo doença veno-oclusiva, disfunção de múltiplos órgãos e discrasia sanguínea. No D+8, apresentava-se em estado crítico, intubado e sob ventilação mecânica. O paciente foi acompanhado pela equipe de odontologia, recebendo cuidados orais apropriados para controle de biofilme, minimizando as chances de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica. Devido à gravidade do quadro, no D+13, evoluiu para óbito. **Discussão:** O transplante de células-tronco hematopoiéticas é um tratamento eficaz para condições oncohematológicas, porém pode culminar em diversas toxicidades locais e sistêmicas. Por isso, é essencial que esses pacientes recebam acompanhamento interdisciplinar, incluindo o odontológico. A imunossupressão inerente aos protocolos de condicionamento, aumenta a susceptibilidade às infecções orais e demais toxicidades como mucosite e xerostomia, que podem impactar negativamente no curso do tratamento e comprometer o prognóstico. No caso relatado, o dentista foi capaz de atuar na avaliação e no manejo de complicações orais, como a mucosite oral. Ademais, diante da evolução do caso e devido às complicações sistêmicas apresentadas, a atuação do dentista fez-se necessária para prevenir pneumonia associada à ventilação mecânica. **Conclusão:** O presente caso destaca a importância do manejo odontológico durante o tratamento oncohematológico com a finalidade de diagnosticar e tratar complicações do TCTH. É enfatizada a necessidade de um cirurgião-dentista capacitado integrado à equipe multidisciplinar oncológica na unidade transplantadora, para promover o cuidado interdisciplinar, buscando melhora na qualidade de vida e no prognóstico do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1645>

MANIFESTAÇÕES ORAIS ASSOCIADAS AO DIAGNÓSTICO DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA COM DIFERENCIAÇÃO MONOCÍTICA

ILMD Nascimento^a, RDG Caminha^{a,b},
MB Antunes^b, PSS Santos^a

^a Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Estadual de Bauru (HEB), Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP), Bauru SP, Brasil

A leucemia mieloide aguda (LMA) é uma doença maligna dos leucócitos e sua fisiopatologia consiste em mutações hematopoiéticas bem definidas, envolvendo células precursoras comprometidas da linhagem mieloide de desenvolvimento

celular, apresentando uma grande heterogenicidade clínica, morfológica e celular. A LMA desencadeia sintomas como fadiga, febre e sangramentos devido à produção anormal de células sanguíneas, e pode gerar infiltrados leucêmicos em órgãos e tecidos, como pele, sistema nervoso central e tecidos bucais. Este é o relato de caso de uma paciente com LMA não diferenciada monocítica e suas manifestações orais. Paciente de 36 anos, mulher, foi encaminhada para investigação de anemia intensa. O hemograma sugeriu hipótese diagnóstica de LMA pela anemia, plaquetopenia e leucocitose. A paciente tinha queixas de disgeusia, xerostomia, desconforto ao comer, optando por alimentos pastosos devido ao sangramento gengival e histórico de febre diária. A equipe de Odontologia foi acionada e observou sangramento associado a aumento gengival, gengivas com coloração arroxeada em áreas distintas, úlcera em língua, mucosas ressecadas, crosta hemorrágica extensa e ressecamento no lábio inferior; bem como presença de aparelho ortodôntico com acúmulo de biofilme, sugerindo como hipótese diagnóstica de infiltrado leucêmico e/ou sarcoma granulocítico. Recebeu orientação sobre higiene oral (escova extra macia, bochechos com clorexidina a 0,12% sem álcool e lanolina para os lábios). Planejou-se a remoção do aparelho ortodôntico para controle de focos infecciosos e trauma após melhora das lesões gengivais, minimizando risco de hemorragia. Os exames laboratoriais iniciais mostraram: eritrócitos 2,76 mm³, Hb 7,6 g/dL, Ht 22,8%, plaquetas 17.000 µL. O mielograma confirmou LMA e iniciou-se a quimioterapia (qt) de indução (citarabina, idarubina e daunorrubicina), sem efeitos colaterais em boca e com regressão completa do infiltrado leucêmico em gengiva após 10 dias, quando realizou-se a remoção do aparelho ortodôntico. Após 18 dias observou-se regressão importante da úlcera em lábio inferior e importante melhora na sintomatologia. A terapia antineoplásica foi interrompida devido quadro de pancitopenia severa pós-qt quando a paciente evoluiu a óbito. A LMA é uma doença grave e diversificada, podendo apresentar manifestações orais que podem ser os primeiros sinais da doença e a atuação da odontologia contribuiu para o acompanhamento e suporte da paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1646>

AValiação da expressão de citocinas inflamatórias em plasma e saliva relacionada à mucosite oral em pacientes submetidos ao transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas

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

^a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

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

^c Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

^d Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto (Hemocentro RP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

A mucosite oral (MO) é uma das complicações mais limitantes do transplante alogênico de células-tronco hematopoiética (alo-TCTH). Ainda há lacunas no entendimento da sua fisiopatogenese, em especial no reconhecimento do papel desempenhado pela resposta sistêmica e local. O objetivo deste trabalho foi avaliar a expressão de citocinas inflamatórias em saliva e plasma no desenvolvimento de MO, em pacientes submetidos ao alo-TCTH. Para tal, foi realizado um estudo de coorte prospectivo que incluiu 40 pacientes, maiores de 12 anos, submetidos ao primeiro alo-TCTH. As avaliações foram realizadas em dois tempos, T0 (pré-condicionamento imediato) e T1 (momento de pior grau de mucosite oral). No T0 foram coletados: índices de saúde bucal; plasma e saliva para quantificação das citocinas inflamatórias, TNF- α , IL-6, IL-1 β , IL-8 e lactoferrina (LF), pelo teste ELISA; em T1 foram coletados o grau de mucosite oral (OMS) e repetidas as coletas para análise de citocinas. A mediana de idade foi de 36,7 anos (15 a 64), 62,5% eram do sexo masculino, 52,5% com doença maligna, 27,5% desenvolveram MO grau 1-2 e 20% grau 3-4. Houve correlação entre menor idade ($\rho = -0,38$; $p = 0,0169$) e doença maligna ($p = 0,01$) com dor no momento da MO. Na comparação da expressão de citocinas entre T0 e T1 foi observado, redução de TNF- α (507: 359,1-733,0 $\times$ 389,8: 256,9-628,3; $p = 0,036$) e de LF (19,5: 4,6-37,8 $\times$ 8,8: 0,1-23,4; $p < 0,0001$) em plasma e aumento de TNF- α (0,0: 0,0-77,9 $\times$ 502,3: 0,1-1059,8; $p = 0,004$) e IL6 (29,5: 0,0-77,9 $\times$ 178,4: 57,1-650,9, $p < 0,0001$) em saliva. Na comparação entre saliva e plasma em T1, foi observada maior expressão de IL8 (754: 445,2-930,0 $\times$ 67,4: 43,8-99,2; $p < 0,0001$); IL6 (178,4: 57,1-650,9 $\times$ 105,8: 72,4-223,6; $p = 0,01$) e LF (165: 99,6-239,2 $\times$ 8,8: 0,0-23,4; $p < 0,0001$) em saliva e maior expressão de IL-1 β (295,3: 147,3-511,0 $\times$ 436,2: 241,2-716,4; $p = 0,0046$) em plasma. Foi encontrada correlação entre os níveis de TNF- α ($\rho = 0,40$; $p = 0,009$) em T0 e de TNF- α ($\rho = 0,33$; $p = 0,03$) e IL6 ($\rho = 0,36$; $p = 0,02$) em T1 no plasma; e de IL8 ($\rho = 0,33$; $p = 0,03$), TNF- α ($\rho = 0,52$; $p = 0,0005$), IL6 ($\rho = 0,62$; $p < 0,001$) e LF ($\rho = -0,38$; $p = 0,01$) em T1 de saliva com a gravidade de MO. Houve correlação entre os níveis de IL6 ($\rho = 0,40$; $p = 0,008$) em plasma e de IL8 ($\rho = 0,45$; $p = 0,0031$), TNF- α ($\rho = 0,40$; $p = 0,01$), IL6 ($\rho = 0,52$; $p = 0,0005$) e de LF ($\rho = -0,31$; $p = 0,04$) em saliva com a dor no momento da MO. Em contraste com a literatura, a condição de saúde bucal no pré transplante não apresentou correlação com a gravidade da MO, esse fato pode estar associado à boa condição de saúde bucal na população estudada. Todos os pacientes incluídos foram submetidos ao preparo odontológico antes da internação do transplante. Este estudo foi inédito em apresentar maior expressão de citocina inflamatória em saliva do que em plasma no momento da MO e, redução do status inflamatório sistêmico, em contraponto com o aumento da expressão de citocina salivar (comparação de T0 $\times$ T1). Esse achado pode ser explicado pela inflamação decorrente da doença de base, do tratamento quimioterápico realizado antes do TCTH e pela habitual neutropenia e linfopenia no momento da MO. Novos estudos, precisam ser realizados para confirmar o papel anti-inflamatório da LF em saliva e pro-inflamatório de TNF- α , IL6, IL8 na MO decorrente do

TCTH. Esses são potenciais marcadores para avaliação prognóstica e terapêutica da MO no cenário do alo-TCTH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1647>

PSICOLOGIA

AS DOENÇAS CRÔNICAS E O DESEJO DE MORTE

RS Mendes

Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas), Belo Horizonte, MG, Brasil

A OMS define como doenças crônicas as patologias crônicas de lento desenvolvimento e uma longa duração, podendo acompanhar a pessoa durante toda a vida, requerendo tratamentos duradouros e complexos. Dentre as doenças crônicas temos as doenças falciformes, que são alterações genéticas caracterizadas pela predominância da hemoglobina S (HbS) nas hemácias. Sua sintomatologia é variada e complexa requerendo do paciente constante e periódica ida a médicos, clínicas e inúmeros exames. A escuta terapêutica objetiva propiciar um espaço onde estas pessoas, que sofrem com dores constantes, possam verbalizar seus sentimentos e decepções de um tratamento que nunca cura, mesmo naquelas pessoas obedientes ao tratamento. “Faço tudo que me orientam e não melhora”. Diante deste impasse dores X tratamento muitas vezes o paciente verbaliza, nos atendimentos psicológicos, o desejo de parar de viver “Não aguento mais, só fico pensando em besteira”. Dentre os fatores de risco para o suicídio temos as doenças incapacitantes e dolorosas que pode ser traduzido pelas crises da doença falciforme. Aponta-se que o paciente não deseja morrer, seu desejo é parar de sofrer. A dor paralisa o pensamento, as opções parecem escassas ou inexistentes e a falta de esperança permeia todo o pensamento. Estamos falando do doente desde sempre e para sempre. E aparecem os sinais de tristeza, perda de interesse por atividades que anteriormente gostava, ausência de projetos para o futuro. Tais características nos remetem ao mito de Sísifo. Sísifo tentou aprisionar o Deus da morte e foi condenado, por toda eternidade. Há um elo associativo entre a história do doente crônico – enquanto existência humana – e o mito de Sísifo. Sísifo é condenado pelos Deuses a empurrar sem descanso um rochedo até o cume da montanha, de onde a pedra cairá e novamente, num trabalho sem fim, será levada até o alto do monte. O castigo é intercalado entre a subida, feita com grande esforço (as crises do doente crônico), e a descida (períodos sem dores, sem procedimentos invasores), quando ele pensa. “Vejo esse homem descer outra vez, com um andar pesado mais igual, para o tormento cujo fim nunca conhecerá. Essa hora que é como uma respiração e que regressa com tanta certeza como a sua desgraça (a doença), essa hora é a da consciência”. O mito é trágico, porque o seu herói é consciente e impotente, conhece toda a extensão de sua miserável condição. Há aí um tormento em que o absurdo, a esperança e a morte travam o seu diálogo. Observam-se com frequência, nestes pacientes crônicos,