

de coagulação hereditários. Outrossim, ressalta-se que a cavidade oral representa uma estrutura do organismo altamente vascularizada e com significativo risco de sangramento. Desse modo, interpretando a transposição desses fatos, compreende-se que pacientes portadores de discrasias sanguíneas quando submetidos a procedimentos como extrações dentárias podem apresentar um sangramento pós-operatório importante, cabendo ao dentista a realização de uma anamnese adequada para detecção do problema e respaldo de complicações, bem como o contato com o médico responsável para que de maneira multidisciplinar possam traçar a conduta adequada diante do indivíduo consultado. **Discussão:** Apesar da prevalência dos distúrbios de hemostasia no ambulatório odontológico, ainda persiste uma escassez de diretrizes que norteiem o cirurgião-dentista a um atendimento seguro e eficaz desses pacientes, principalmente no contexto de condições hematológicas específicas. Atualmente, métodos de hemostase têm sido atestados para uso em procedimentos dentários, a exemplo da aplicação da cola de fibrina no local no dente extraído, a qual tem demonstrado excelentes desfechos hemostáticos em pacientes com desordens hemorrágicas, assim como tem reduzido a oneração terapêutica por não haver necessidade de hospitalização. Ademais, o ácido tranexâmico tem se mostrado um excelente agente para hemostasia local em procedimentos odontológicos. Para que tais técnicas sejam implementadas de maneira devida, no entanto, faz-se necessária a adequada avaliação clínica, indagando acerca de histórico de sangramento e quanto ao uso de anticoagulantes, bem como avaliação laboratorial complementar, especialmente a dosagem dos níveis dos fatores de coagulação no sangue. **Conclusão:** Sob a óptica dos fatos expostos, coloca-se em evidência a relevância do conhecimento sobre essa temática para que o dentista possa adotar conduta eficaz quando exposto a esse cenário, reconhecendo que uma vez que discrasia sanguínea é diagnosticada precocemente e tratada de maneira correta, a expectativa de vida do indivíduo portador da patologia é praticamente equânime à média da população geral. Desse modo, postula-se que a realização de uma avaliação sistemática é primordial para respaldar as decisões clínica-cirúrgicas baseada em evidências no âmbito da odontologia, principalmente quando diante de um paciente portador de desordens da coagulação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.2026>

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EM PACIENTE COM LINFOMA DE CÉLULAS B DO MEDIÁSTINO: MANEJO ODONTOLÓGICO

ILMD Nascimento^a, RDG Caminha^b,
MC Carneiro^a, FG Caetano^b, PSS Santos^a

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

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

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma condição rara e grave, frequentemente causada por reações adversas de

hipersensibilidade a medicamentos. Ela se caracteriza por lesões extensas na pele e mucosas, podendo ser acompanhada de febre e comprometimento de múltiplos sistemas. O tratamento eficaz exige a identificação e suspensão imediata do medicamento desencadeador, além de um manejo clínico cuidadoso. Paciente masculino de 42 anos, com diagnóstico recente de Linfoma de Células B do Mediastino, foi internado antes do início do primeiro ciclo de quimioterapia devido ao surgimento de erupções cutâneas severas e ulcerações labiais e orais, associadas a dor intensa e dificuldades de alimentação e hidratação. Imediatamente foram suspensos corticoide e alopurinol, medicamentos em uso no momento da manifestação e provável causa da SSJ. Foram administrados eletrólitos, salinas e glicose, para hidratação e suporte metabólico, além de antibióticos e antifúngicos para prevenir infecções secundárias. A avaliação clínica revelou múltiplas lesões cutâneas eritematosas/arroxeadas com prurido no rosto, pescoço, abdômen e costas, além de olhos eritematosos e ressecados. A avaliação intraoral identificou múltiplas úlceras extensas e dolorosas em mucosas orais e bordas laterais da língua, além dos lábios com crostas extensas e sangramento ativo. O tratamento odontológico instituído iniciou com rigorosa higiene oral, utilizando antimicrobiano clorexidina 0,12% sem álcool para prevenir infecções, remoção cuidadosa das crostas labiais, com posterior realização de laserterapia (660 nm, 100 mW, E=2-3 J) e aplicação da pasta de ácido tranexâmico quando identificado sangramento ativo. Foram prescritos benzidamina spray devido à ação analgésica, anti-inflamatória e anestésica, Chamomilla recutita com ação anti-inflamatória e gel de dióxido de cloro estabilizado para hidratação das mucosas orais. Paciente evoluiu com complicações sistêmicas importantes, sendo transferido para a Unidade de Terapia Intensiva com necessidade de intubação, onde permaneceu por aproximadamente 40 dias. O tratamento odontológico obteve bons resultados com controle do sangramento e cicatrização adequada das lesões orais, mas devido à gravidade do caso, o paciente tornou-se refratário às medidas instituídas e evoluiu a óbito. Em conclusão, o tratamento da SSJ exige uma abordagem multidisciplinar, focada na interrupção do agente causador e no manejo das lesões cutâneas e orais. A intervenção precoce, combinada com tratamento odontológico cuidadoso e laserterapia, foi crucial para a melhora da condição bucal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.2027>

O USO DO BEDSIDE ORAL EXAM (BOE) COMO INDICADOR DE ASSISTÊNCIA E FERRAMENTA AUXILIADORA NA CATEGORIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE HEMATOLOGIA EM HOSPITAL ONCOLÓGICO

VP Viola, AP Maciel, RF Varanda, EM Lima,
JM Moreno, NS Castro, VT Neto, IA Siqueira,
IZ Gonçalves, FL Coracin

Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

O Bedside Oral Exam (BOE) faz parte de um protocolo criado para orientar os cuidados orais em pacientes em leito de terapia intensiva, visando facilitar a aplicabilidade de evidências científicas na prática clínica como marcador da saúde bucal dos pacientes hospitalizados. Trata-se de uma escala que tem como objetivo quantificar a saúde bucal de pacientes hospitalizados, contando com 8 itens a serem avaliados em até 3 pontos onde as pontuações totais do BOE variam de 8 (excelente saúde bucal) a 24 (má saúde bucal) sendo que os itens avaliados clinicamente incluem: capacidade de deglutição, os lábios, língua, aspecto da saliva, mucosas, gengivas, dentes e odor. O objetivo deste estudo foi avaliar a aplicabilidade do instrumento BOE em uma unidade de internação de hematologia e criação de uma rotina de atendimentos baseado nos respectivos indicadores. **Metodologia:** Foi realizado um estudo retrospectivo a partir da coleta de dados de um período de 6 meses. Os critérios estabelecidos baseados nesta escala foram valores do BOE entre 8 e 10 (categoria verde - saúde bucal normal), entre 11 e 14 (categoria amarela - saúde bucal moderadamente afetada) e entre 15 e 24 (categoria vermelha - saúde bucal severamente afetada). Foram inseridos 150 pacientes (60,7% do gênero masculino e 39,3% do gênero feminino) compreendendo 639 avaliações, sendo que 81,7% foram classificadas como categoria verde, 15,6% foram classificadas como categoria amarela e 2,7 como categoria vermelha. O item que apresentou maior número de avaliações com pontuação 3 foi “Mucosas” e o menor foi “Odor”. Já o item que apresentou maior número de avaliações com pontuação 1 foi “Odor” e o menor foi “Lábios”. Pode-se observar que a maior quantidade de avaliações de categoria verde foram do sexo masculino, total de 310 e a maior quantidade de avaliações de categoria vermelha foram do sexo feminino, total de 11. Com estes dados foram criadas estratificações para atendimento diário, dias alternados e semanal. Associando o BOE com o motivo da hospitalização, valores de exames bioquímicos e histórico dos casos pode-se estabelecer uma categorização dos atendimentos, permitindo a otimização e eficácia dos atendimentos realizados neste período. Concluímos que os valores obtidos baseados no BOE puderam nos orientar quanto a priorização da frequência de avaliações que cada paciente necessitava durante a hospitalização, sendo uma ferramenta eficaz para utilização na prática clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.2028>

HIPERPIGMENTAÇÃO DO PALATO DURO INDUZIDA POR MESILATO DE IMATINIBE EM UM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA: RELATO DE CASO

SN Silva^a, NJ Silva-Filho^a, ALS Souza^a, AMP Soubhia^b, CM Kanno^c, GI Miyahara^a, MS Urazaki^d, GM Cortopassi^d, DG Bernabé^a, VB Valente^a

^a Centro de Oncologia Bucal, Departamento de Diagnóstico e Cirurgia da Faculdade de Odontologia (FOA), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Araçatuba, SP, Brasil

^b Departamento de Diagnóstico e Cirurgia da Faculdade de Odontologia (FOA), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Araçatuba, SP, Brasil

^c Seção Técnica de Triage Emergência e Documentação da Faculdade de Odontologia (FOA), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Araçatuba, SP, Brasil

^d Centro de Tratamento Oncológico (CTO), Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba (Sta. Casa de Araçatuba), Araçatuba, SP, Brasil

A Leucemia Mieloide Crônica (LMC) é uma neoplasia onco-hematológica caracterizada pela expansão clonal de uma célula-tronco pluripotente que se diferencia em linhagem mieloide. A LMC representa entre 15% e 20% de todas as leucemias. Em cerca de 95% dos casos, há a expressão do cromossomo Filadelfia e do seu gene quimérico BCR-ABL que são derivados da translocação dos braços longos dos cromossomos 9 e 22. Assim, a expressão do gene quimérico leva à tradução da oncoproteína p210BCR-ABL que eleva a atividade da enzima tirosina quinase resultando no desenvolvimento e proliferação das células neoplásicas. Os sinais e sintomas variam de acordo com as fases da doença, que podem ser classificadas em crônica, acelerada ou crise blástica. A maioria dos pacientes permanece na fase crônica e apresenta poucos sinais e sintomas como fadiga relacionada à anemia, febre e leucocitose e apresentam no máximo 10% de células blásticas no sangue periférico. O mesilato de imatinibe (MI), um inibidor da tirosina quinase, é atualmente o fármaco de primeira linha utilizado no tratamento da LMC. Este relato apresenta um caso de hiperpigmentação do palato duro associada à terapia de longo prazo com MI em um paciente com LMC. Homem branco, com 43 anos de idade, foi encaminhado ao Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba (COB/FOA-UNESP) para avaliação de uma mancha acinzentada na mucosa do palato duro. Durante a anamnese, o paciente relatou o diagnóstico de LMC há 8 anos. O paciente foi submetido inicialmente ao tratamento com hidroxiuréia (500 mg/dia/V.O.) por um ano. Em seguida, retomou o tratamento da doença durante 7 anos com MI (400 mg/dia/V.O.) apresentando resposta hematológica e citogenética satisfatórias. O paciente também relatou consumir cerca de 8 cigarros de papel diariamente nos últimos 20 anos. No exame físico, observou-se uma mancha acinzentada, simétrica e definida em toda a mucosa do palato duro. A radiografia panorâmica não mostrou alterações ósseas. A biópsia incisiva foi realizada a fim de excluir malignidade. O exame anatomopatológico mostrou epitélio queratinizado e tecido conjuntivo com partículas pigmentadas. Depósitos de partículas birrefringentes acastanhadas estavam associados às fibras colágenas. Não se observou melanose de células basais epiteliais e hiperplasia melanocítica. Também não havia hemorragias. Os achados clínicos e microscópicos levaram ao diagnóstico de hiperpigmentação induzida por IM. O paciente foi orientado em relação ao diagnóstico e está em acompanhamento clínico no COB por nossa equipe interdisciplinar.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.2029>