

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.2021.10.777>

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



dor torácica. Queixou-se de ardência em mucosa jugal bilateral e palato duro. Exame intraoral revelou leucoedema em borda de língua bilateral, edema e eritema generalizado em trígono retromolar direito, palato duro e mole, úlceras de leito eritematoso e halo esbranquiçado em gengiva marginal palatina de 2º molar superior direito, 2º pré-molar e 2º molar esquerdo, caracterizando Mucosite oral tratada com Laserterapia de baixa potência (Therapy XT - DMC®; potência - 100mW; comprimento de onda - 660nm; energia total - 2J) e cuidados específicos. Além disso apresentou abaulamento ósseo em região posterior de maxila e mandíbula direito. Prescrito meropenem, vancomicina, anfotericina B e bochecho com clorexidina 0,12% sem álcool a cada 6 horas, porém novo ciclo de quimioterapia foi adiado por não haver recuperação medular. Paciente evoluiu com prostração, febre alta persistente, surgimento de tecido necrótico e osso exposto em região lingual de mandíbula posterior, associados à mobilidade dentária, dor intensa e assimetria facial decorrente de edema de rápida evolução. Tomografia computadorizada de feixe cônico revelou área de destruição óssea sugestiva de sequestro envolvendo os dentes primeiro e segundo molar inferior direito. As hipóteses diagnósticas foram de infiltração leucêmica ou infecção oportunista invasiva. Para a recuperação medular, foi prescrito filgrastim por 3 dias, possibilitando maior segurança na realização do procedimento cirúrgico odontológico. Realizou-se coleta do tecido clinicamente alterado e extração dos dentes envolvidos na lesão. Exame histopatológico revelou processo inflamatório linfoplasmocitário com exsudato neutrofílico e áreas de necrose com presença de *pseudomonas aeruginosa* e de numerosas hifas espessas, com diagnóstico final de necrose óssea associada a infecção oportunista invasiva. Pós-operatório de 2 meses ocorreu de forma satisfatória, sem dor e melhora da condição geral, porém com novo sequestro ósseo em boca sem sinais de infecção clínica. O fragmento removido revelou no exame histopatológico trabéculas ósseas irregulares, com sistemas harvesianos e osteoplastos vazios, biofilme microbiano na superfície e colônias bacterianas com diagnóstico final de osso necrótico. Nova TCFC revelou reabsorção óssea horizontal na região operada, preenchimento do alvéolo dentário por tecido ósseo e ausência de sequestro ósseo. O paciente apresentou-se apto para realização do TCTH, porém veio a óbito após 13 meses por nova recidiva da LMA. A Equipe interdisciplinar é imprescindível para identificação, controle e tratamento de infecções que possam colocar a vida do paciente em risco, além de auxiliar na melhora da qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.779>

SARCOMA MIELÓIDE EM MANDÍBULA DE PACIENTE PEDIÁTRICO COM LMA RELACIONADA À SÍNDROME DE DOWN – CASO CLÍNICO

TAC Azevedo^a, LJ Neves^a, MZ Macari^b,
FL Coracin^c, VT Neto^c, BF Baglioli^a,
AF Oliveira^a, R Balceiro^a, LF Lopes^a,
KSM Macari^a

^a Hospital de Câncer Infantojuvenil de Barretos, Barretos, SP, Brasil

^b Periodontia pela Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

^c Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução: A Leucemia Mielóide Aguda (LMA) é uma patologia hematopoiética que promove proliferação excessiva ou maturação anormal das células mielóides, sendo rara na infância. Apresenta fatores de risco genéticos para sua manifestação, necessitando de acompanhamento quando estes fatores estão presentes: trissomia do 21, anemia de Fanconi e Neurofibromatose tipo I. As manifestações clínicas desta doença podem se limitar a alterações hematológicas - anemia, plaquetopenia e hiperleucocitose - como também quadros sistêmicos, como perda de peso, febre diária e sarcoma mielóide. O sarcoma mielóide é uma manifestação rara de neoplasias mieloproliferativas, acontecendo em 1 a 3% de todos os pacientes com LMA, sendo uma proliferação extramedular que pode acometer qualquer parte do corpo. **Caso clínico:** Paciente G.N.A, sexo feminino, 04 anos de idade, foi encaminhada ao setor odontológico do Hospital de Amor Infantojuvenil de Barretos/SP para avaliação de tumefação em face direita, região de base de mandíbula, com aproximadamente 3 cm de diâmetro, fixa e endurecida à palpação. A mesma já se encontrava em tratamento quimioterápico, na instituição, para Leucemia Mielóide Aguda (LMA) relacionada à síndrome de Down. Optou-se pela realização de uma radiografia oclusal e tomografia computadorizada para melhor planejamento de condutas terapêuticas. Foi realizada biópsia incisional intrabucal com profilaxia antibiótica (Cloridrato de Clindamicina), executada por cirurgião dentista da instituição. Foram coletados duas peças, as quais foram encaminhadas separadamente para análise anatomopatológica e imunofenotipagem. O material removido apresentava coloração acastanhada, consistência fibroelástica e características histológicas de Sarcoma Mielóide. No exame imunohistoquímico, foram encontrados os marcadores positivos: CD71, P53, CD117 (C-KIT) e CD61 também corroborando para o diagnóstico. Assim, foi indicado tratamento radioterápico (14 sessões x 1,8Gy) e acompanhamento odontológico para prevenção e controle dos efeitos colaterais da radioterapia em região de cabeça e pescoço. **Discussão:** O desenvolvimento de massas leucêmicas extramedulares por LMA podem acometer diversos tecidos, porém o sarcoma mielóide é raro, cerca de 2 a 9%, caracterizado por massa homogênea, unilocular ou multilocular, composto por mieloblastos ou células imaturas da linhagem eitropoiética, podendo ocorrer nos ossos ou tecidos moles. Os marcadores imunohistoquímicos mais utilizados no diagnóstico são: MPO, CD68, CD43, lisosima, CD45, CD117 (Ckit), CD99, CD33, CD34 e CD13, e negatividade para CD3 e CD202, sendo assim, compatíveis com os achados da imunofenotipagem do caso clínico. O tratamento pode ser realizado com quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, condizente com a conduta adotada pela equipe. **Conclusão:** A história prévia do paciente é importante para correlacionar o achado intrabucal com doença onco-hematológica e direcionar os exames diagnósticos para melhor conduta terapêutica. A equipe multiprofissional possui importante papel na equipe oncológica, desde o diagnóstico até o manejo das alterações, devendo a

