

encaminhamento deve ser realizado o mais precocemente. O cirurgião-dentista deve realizar uma anamnese criteriosa e exame clínico minucioso e lançar mão de todo recurso disponível para a condução individualizada de cada caso. Sugerem-se políticas públicas inerentes a pacientes oncológicos de forma ampliada vislumbrando uma maior adesão ao tratamento uma vez que o absenteísmo torna o manejo desafiador com a possibilidade de prognóstico duvidoso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1625>

USO DE METOTREXATO EM VIA SUBCUTÂNEA OCASIONANDO INTOXICAÇÃO: PANCITOPENIA E MUCOSITE GRAU IV, EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE – RELATO DE CASO

MALD Nascimento, PM Bordallo

Hospital PanAmericano (AMIL-UHG), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivos: Relatar um caso de intoxicação por metotrexato, usado por via subcutânea, considerado uma via segura e eficaz, provocando pancitopenia e mucosite grau IV, e protocolos adotados. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 76 anos, com artrite reumatoide, obesidade mórbida, metotrexato (25 mg, 0,6 mL/1 × por semana, subcutânea), ácido fólico 5 mg (dois comprimidos/semana), ex-tabagista. Procura serviço de emergência com úlceras e sangramento em cavidade oral. Foi prescrito: nistatina, Periogard® e fluconazol. Retorna três dias depois; é internada no CTI com pancitopenia, plaquetopenia, hemorragia em cavidade oral. Contactada equipe de hematologia. Paciente é transferida para unidade com maior suporte e diagnosticada com mucosite grau IV pela Odontologia. Inicia-se laserterapia com luz vermelha com 2 J. Realizado citologia esfoliativa; paciente recebe concentrado de hemácias, leucócitos 700, plaquetas 21.000 e hemoglobina 6,4. Após dois dias de internação, ainda com lesões sangrantes, com limitação de abertura de boca, sem condições de dieta via oral, sem condições de uso de aciclovir e fluconazol devido a piora renal. Foi realizado protocolo de higiene oral com saliva artificial, spray de xilocaína, uso de dexapantenol para hidratação dos lábios e, em alguns momentos, uso de chá de camomila, apesar da baixa aceitação da paciente. No 4º dia, a paciente morrou-se mais cooperativa; as lesões estavam menos sangrantes. Leucócitos 2.900, plaquetas 142.000, mucosite grau III. Realizado laserterapia com luz vermelha (2 J) e infravermelho (1 J). No 6º dia, a paciente relata melhora, sem limitação de abertura de boca. Leucócitos 8.300, plaquetas 217.000. Foi aconselhada evolução da dieta pela Odontologia. No 7º dia, melhora da mucosite (grau II). Por volta do 9º ao 10º dia, mucosite grau I, evoluindo muito bem na dieta. Resultado da citologia inicial: negativo para infecções secundárias. Com 13 dias, pequenas áreas isoladas e eritematosas, porém sem queixas. É realizada nova citologia esfoliativa; a paciente recebe orientações e alta pela equipe de Odontologia. No dia seguinte, a paciente recebe orientações médicas e alta hospitalar com acompanhamento

pela Hematologia. **Discussão:** Embora a toxicidade por metotrexato seja rara, ela ocorre em 2% a 12% dos pacientes e leva a alta morbidade e mortalidade, hepatotoxicidade, mucosite gastrointestinal, supressão da medula óssea, neurotoxicidade e nefrotoxicidade. O metotrexato é uma medicação inibidora da síntese de ácido fólico, usado em doenças reumatológicas e autoimunes. O metotrexato pode ser administrado via oral, subcutânea ou intramuscular. Não há estudos comparando a apresentação oral e a injetável, mas esta última reduz intolerância gástrica e tem melhor biodisponibilidade em doses elevadas. A via subcutânea cria uma espécie de atalho que aumenta a biodisponibilidade do fármaco. A biodisponibilidade de dose orais altas de metotrexato em pacientes adultos com artrite reumatoide é altamente variável e, em média, é dois terços da administração subcutânea ou intramuscular. A eficácia do metotrexato é limitada por efeitos colaterais graves: supressão da medula óssea, mucosite oral e gastrointestinal. A mucosite oral é o resultado de eventos biologicamente complexos com mediadores pró-inflamatórios: a mucosa se torna inflamada, ulcerada, edemaciada, eritematosa e friável, resultando em dor, desconforto, disfagia e conduzindo a uma debilidade sistêmica. O uso de laser tem grande efeito na redução da gravidade da mucosite oral. Atua como anti-inflamatório, analgésico e cicatrizante. Hoje é recomendado que sejam utilizados lasers de baixo penetração, com comprimentos de onda entre 640-940 nm. **Conclusão:** Pacientes que fazem uso de metotrexato, mesmo por via subcutânea, considerada uma via segura e eficaz, podem apresentar intoxicação, mesmo fazendo reposição de ácido fólico, ocasionando pancitopenia e mucosite grau IV.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1626>

EFEITO DA FOTOBIMODULAÇÃO NAS ALTERAÇÕES DO PALADAR EM PACIENTES SOB TRANSPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOIÉTICAS: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO

MH Ferreira^a, LM Bezinelli^a, FP Eduardo^a, FG Castro^a, MF Gobbi^a, RMG Lopes^a, N Hamerschlag^a, L Corrêa^b

^a Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

^b Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), São Paulo, SP, Brasil

As alterações do paladar são um dos efeitos colaterais mais comuns observados imediatamente após o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). A fotobiomodulação (FBM), quando executada com dosimetria apropriada, pode modificar a circulação sanguínea, a transmissão nervosa e as células da mucosa oral, favorecendo redução da inflamação, estimulação de nervos periféricos e ativação celular. O objetivo primário deste trabalho foi verificar o efeito da FBM sobre a acuidade do paladar em pacientes sob TCTH; os objetivos secundários foram verificar se a FBM acarreta alterações no aspecto clínico das papilas linguais e se modifica a percepção do paciente quanto ao paladar em geral. Foram selecionados

85 pacientes sob TCH, os quais foram randomicamente divididos em: grupo placebo (n = 43) – pacientes sem FBM expostos ao equipamento *laser*, porém com o mesmo desligado; grupo intervenção (n = 42) – pacientes expostos a FBM. A intervenção consistiu em FBM (*laser* InGaAlP, 660 nm; 0.09 cm² de área do spot; irradiação por ponto; 8 segundos por ponto; 100 mW; 1.1W/cm²; 8,8J/cm² por ponto) realizada em borda lateral, base e ápice da língua (quatro pontos em cada região) durante todos os dias do TCH, desde o início do condicionamento até a enxertia neutrofílica. Foi realizado teste de acuidade do paladar envolvendo os sabores doce, salgado, azedo e amargo, cada qual com duas soluções, uma menos e outra mais concentrada. Após o paciente experimentar cada solução, foi registrado o sabor e sua intensidade reportados pelo paciente. Esses testes foram feitos um antes da FBM (no período do condicionamento – T0) e dois após o início da intervenção (um executado no paciente em neutropenia – T1 e outro após a enxertia neutrofílica – T2). Em geral, independentemente da intensidade do sabor, observou-se que a intervenção acarretou maior frequência de acertos e menor risco de percepção errônea das soluções amargas, ácidas e salgadas, mas não da solução doce, tanto em T1 quanto em T2. Considerando a intensidade do sabor, em T1, a intervenção provocou redução significativa de ageusia dos sabores doce, amargo e salgado em baixas concentrações, de hipogeusia do amargo em altas concentrações e de disgeusia do azedo em baixas concentrações. Em T2, houve redução significativa da ageusia dos sabores amargo, azedo e salgado em baixas concentrações, de hipogeusia desses mesmos sabores em altas concentrações e de disgeusia do salgado em baixa e alta concentração. Concluiu-se que a FBM reduziu a frequência de ageusia, hipogeusia e disgeusia durante o tratamento de TCH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1627>

EXODONTIAS COM A UTILIZAÇÃO DO L-PRF EM PACIENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO EM USO DE BIFOSFONATO: RELATO DE CASO

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

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

Introdução: O mieloma múltiplo caracteriza-se por expansão clonal plasmocitária na medula óssea e produção de imunoglobulina monoclonal, promovendo progressivamente destruição óssea, falência renal, supressão hematopoética e infecções. Os bifosfonatos são inibidores específicos da atividade osteoclástica e eficazes no tratamento da hipercalcemia associada às neoplasias malignas podendo reduzir o aparecimento de complicações esqueléticas. Porém, entre suas propriedades destacam-se a capacidade de inibir a função osteoclástica e a característica antiangiogênica, o que pode dificultar a cicatrização alveolar em pacientes que necessitem realizar extrações dentárias. Esses pacientes precisam de

cuidados especiais devido ao risco aumentado de desenvolver um efeito adverso denominado osteonecrose dos maxilares induzida por medicamentos (ONM). A osteonecrose apresenta-se como uma exposição de osso avascular, associada ou não a processo inflamatório, causando dor e dificuldade de função. O uso da fibrina rica em plaquetas e leucócitos (L-PRF), um concentrado plaquetário autólogo, tem sido empregado em extrações dentárias em pacientes que utilizam medicamentos que interferem no processo de cicatrização alveolar, como é o caso do ácido zoledrônico. **Objetivo:** Relatar um caso clínico com a utilização do L-PRF em alvéolos após exodontias em paciente com mieloma múltiplo em uso do ácido zoledrônico (EV) **Materiais e métodos:** Coleta do sangue do paciente (10 mL) por punção venosa em tubos de ensaio plástico sem nenhum aditivo. Em seguida faz-se imediatamente a centrifugação do material em 200 G ou 400 G durante 10 minutos. **Relato de caso:** Paciente 56 anos, sexo feminino, internada no Hemorio, portadora de mieloma múltiplo em uso do ácido zoledrônico EV que necessitava de realizar exodontias de três elementos dentários com doença periodontal avançada. Foi solicitado a suspensão do ácido zoledrônico por dois meses para realização das extrações dentárias. Após esse período, as exodontias foram realizadas de acordo com o nosso protocolo cirúrgico e em seguida foi colocado a membrana de fibrina rica em plaquetas e leucócitos (L-PRF) nos alvéolos da paciente. Após três dias do procedimento a paciente foi avaliada e o processo de reparação alveolar estava favorável. Após sete dias foram removidas as suturas e reavaliada a ferida cirúrgica. Não havia inflamação tecidual e os rebordos alveolares estavam em ótima cicatrização. **Discussão:** A literatura vem demonstrando importante benefício do L-PRF após extrações dentárias, isso acontece devido a liberação gradativa de fatores de crescimento e marcadores inflamatórios, acelerando o processo de reparação óssea e tecidual. Sendo assim, o seu uso tem se apresentado bastante promissor na prevenção da ONM em pacientes tratados com ácido zoledrônico. Algumas das principais vantagens observadas são: cicatrização mais eficaz, melhor pós-operatório e menor risco de infecção. **Conclusão:** Os benefícios do L-PRF, como a boa cicatrização, os baixos riscos de uso e a disponibilidade de métodos de preparação fáceis e de baixo custo devem encorajar mais cirurgiões-dentistas a adotar esta tecnologia em suas práticas para o benefício de seus pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1628>

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: MANIFESTAÇÕES ORAIS RELEVANTES EM UM CASO CLÍNICO COM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR

MC Carneiro^a, RDG Caminha^{a,b}, SF Hassan^b, VVD Santos^b, MB Antunes^b, PSS Santos^a

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

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