

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 algicas, 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 Lourenço^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, prever 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 ($\pm$ 15,96) anos, 31% deles desenvolveram DECHc. Os pacientes que desenvolveram DECHc apresentaram maior expressão de

IL-6 ($0,036 \pm 0,0171 \times 0,025 \pm 0,0189$, $p=0,034$) em plasma e de IL-8 ($0,434 \pm 0,198 \times 0,425 \pm 0,549$, $p=0,055$) e IL-6 ($0,146 \pm 0,208 \times 0,0624 \pm 0,145$, $p=0,009$) em saliva no momento do diagnóstico da doença, quando comparado ao T1-Não DECHc. Maior expressão de TNF- α em saliva ($0,442 \pm 1,00E0 \times 0,000 \pm 0,000$; $p=0,026$) 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 ($0,018 \pm 0,012 \times 0,012 \pm 0,010$; $p=0,04$), IL-1 β ($0,158 \pm 0,090 \times 0,057 \pm 0,064$; $p=0,045$), IL-6 ($0,051 \pm 0,011 \times 0,027 \pm 0,0179$; $p=0,053$); e de IL-8 ($0,677 \pm 0,128 \times 0,404 \pm 0,453$; $p=0,024$), IL-6 ($0,345 \pm 0,391 \times 0,070 \pm 0,126$; $p=0,057$) em saliva no diagnóstico, quando comparado ao T1 não DECHc. O desenvolvimento de DECHc em outros órgãos (não incluindo a boca) se relacionou com maior expressão de IL-6 salivar ($0,132 \pm 0,0887 \times 0,089 \pm 0,186$; $p=0,047$) e menor de lactoferrina em saliva ($0,194 \pm 0,191 \times 0,067 \pm 0,030$; $p=0,016$) em T1. Adicionalmente, observamos maior expressão das citocinas inflamatórias em saliva quando comparado ao plasma: IL-8, IL-1 β , lactoferrina ($p < 0,000$) em T0 e IL-8 ($p < 0,0000$), IL-1 β ($p=0,001$), 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 $\times$ T1), os pacientes que não desenvolveram DECHc apresentaram maior quantificação de citocinas no pré transplante: IL-1 β sérica ($p=0,003$), IL-8 salivar ($p=0,007$) e IL-1 β 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 inflamatórios 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