

de conclusão de residência. **Objetivo:** É apresentar o modelo de residência multiprofissional de odontologia que está sendo implantado no Hemorio. **Materiais e métodos:** serão descritas as atividades pedagógicas que estão sendo oferecidas aos residentes de odontologia. **Resultados:** O ingresso no programa de residência multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia se deu por meio de processo seletivo. A coordenação da residência multiprofissional é a responsável pela articulação da residência da instituição formadora. Sob a responsabilidade da coordenação está a organização, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os programas de residência multiprofissional. O corpo docente é constituído por orientadores do serviço, preceptores, professores convidados e orientadores de conclusão do programa de residência. As atividades de formação em serviço são desenvolvidas diariamente durante todo o período da residência (24 meses), junto às equipes de saúde nas quais os residentes estão lotados e nos demais campos de estágios previstos pelo programa. A grade curricular é composta por: eixo transversal – os residentes das diversas áreas terão uma formação teórica abordando temáticas relativas à metodologia de pesquisa, políticas públicas em saúde, gestão em saúde, fundamentos em Hematologia e Hemoterapia, abordagem multiprofissional ao paciente hematológico, bioética, manejo de situações vivenciadas na clínica pelos profissionais nos diferentes campos de inserção; eixo específico- planejar e prestar assistência odontológica ao paciente hematológico e onco hematológico com abordagens nas áreas de cirurgia oral, dentística, periodontia, estomatologia, odontologia hospitalar e odontologia intensiva. **Conclusão:** A residência multiprofissional é uma especialização que permite a prática da interdisciplinaridade, proporcionando a possibilidade da troca de experiência entre diversas profissões e garantindo melhor possibilidade de assistência prestada ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.788>

787

AMILOIDOSE COM MANIFESTAÇÃO ORAL EM PACIENTE DIAGNOSTICADA COM MIELOMA MÚLTIPLO

L.C.T.P. Melo, T.X.P. Silva, V.L.D.C. Mendes

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

Resumo: A amiloidose (AL) compreende um grupo de doenças caracterizadas pela presença de depósitos irreversíveis e extracelulares de proteínas fibrilares em diferentes tecidos e órgãos. Quando manifesta-se de forma sistêmica, pode estar associada a discrasias plasmocitárias, como o mieloma múltiplo (MM). O MM é uma neoplasia maligna na qual há acúmulo de células plasmáticas na medula óssea (MO), gerando prejuízos aos ossos, função renal, hipercalcemia e anemia. É responsável por 10% das neoplasias hematológicas, sendo os negros e homens os mais afetados. Cerca de 15% dos pacientes com MM apresentam manifestações clínicas de amiloidose, sendo as mucocutâneas as mais frequentes. Os portadores de AL apresentam em média 1 a 2 anos de



sobrevida, e quando há comprometimento multissistêmico com envolvimento cardíaco, o prognóstico piora consideravelmente. Não há tratamento direcionado à AL, sendo a abordagem terapêutica dos pacientes voltada à discrasia plasmocitária subjacente. O regime de quimioterapia associado ao transplante autólogo de células-tronco tem garantido a inúmeros pacientes que sofrem de MM uma remissão estável. No entanto, essa abordagem é restrita devido a sua toxicidade, principalmente em idosos e pacientes que apresentem um mau estado geral. O presente trabalho tem por objetivo relatar o caso de uma paciente do sexo feminino, 54 anos, hipertensa, que compareceu ao Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO) para investigação de anemia, perda de peso repentina e dores nos ossos. Exames anteriores à primeira consulta no HEMORIO já evidenciavam insuficiência renal: creatinina 4,8; ácido úrico 2,7; ureia 85; proteína total 6,8g; albumina 55%; alfa1 globulina 7,1%; alfa2 globulina 13%; beta globulina 13%; gama globulina 10%. Diante da suspeita de MM, a conduta foi a solicitação de inventário ósseo, dosagem de imunoglobulina, beta 2 microglobulina e realização de biópsia de MO – que mostrou agregados de plasmócitos em meio às células hematopoiéticas bem representadas e em maturação adequada. A paciente foi internada para o tratamento do MM e monitoramento do quadro renal. Foi solicitado parecer à Odontologia para avaliação de alteração em língua. Ao exame clínico intra-oral foi observado quadro de macroglossia associada a nódulos em dorso de língua, áreas ulceradas e marcas de indentação em bordas. Foi realizada biópsia incisiva em região anterior de língua e o exame histopatológico evidenciou a presença de áreas de proliferação fibroblástica e presença de numerosos depósitos de material eosinofílico no córion, que na coloração pelo vermelho congo e observado em microscopia com luz polarizada, mostrou depósitos focais de material amilóide. Apesar da AL ser um quadro incomum em cavidade bucal, os pacientes diagnosticados com MM podem ser acometidos, o que pode vir a comprometer ainda mais o prognóstico. Diante disso, destaca-se a importância da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar para auxiliar no diagnóstico e nos cuidados do paciente.

Palavras-chave: “Amiloidose”; “Amyloidosis”; “Mieloma múltiplo”; “Multiple myeloma”.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.789>

788

LINFOMA NÃO-HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B MIMETIZANDO NEOPLASIA DE GLÂNDULA SALIVAR MENOR EM PALATO - RELATO DE CASO

K.H.S. Nóbrega, C.R.C.C. Silva, G.C. Jaguar, E.S. Moreira, F.D. Costa, T.M.B.S. Rocha, F.A. Alves, M.H.A. Lima

Hospital AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Os tumores malignos de cavidade oral são infrequentes, constituem apenas 5% de todas malignidades. Dentre as neoplasias malignas de cavidade oral, os linfomas



representam cerca de 2% a 10% desta ocorrência. Os linfomas são divididos em dois subgrupos, os linfomas de tipo Hodgkin (LH) e não-Hodgkin (LNH). Essa divisão apresenta-se de acordo com suas diferenças biológicas, histológicas, imunofenotípicas e padrões de comportamento. Em geral, o LNH possui um pior prognóstico e uma manifestação mais agressiva, porque quando diagnosticado, os pacientes já estão em estágio avançado da doença. Sendo assim, o diagnóstico correto e em fase inicial do LNH é fundamental para um desfecho clínico favorável. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de LNH difuso de grandes células B, tipo não centro germinativo em palato mole e ressaltar a importância do diagnóstico diferencial com lesões de glândulas salivares menores. **Relato de caso:** Paciente do gênero feminino, leucoderma, 30 anos, compareceu em consulta no ambulatório de Estomatologia do A.C. Camargo Cancer Center, em novembro de 2017, relatando aumento de volume em palato com sangramento oral há 2 semanas. Referiu que em junho do mesmo ano evoluiu com quadro de otite severa à esquerda, procurou otorrinolaringologista em serviço externo, fez uso de antibiótico associado a corticóide sem melhora clínica. Evoluiu duas semanas após com o aparecimento de uma lesão tumoral em cavidade oral. Negou comorbidades, uso de outras medicações de forma contínua e demais queixas em cavidade oral. Ao exame clínico extraoral não foram observadas alterações significativas. Ao exame clínico intraoral observou-se a presença de lesão tumoral em palato mole à esquerda com extensão à região orofaríngea, ultrapassando a linha média, medindo cerca de 4 cm, de superfície lisa e coloração semelhante à mucosa adjacente, assintomático. Como hipótese de diagnóstico inicial sugeriu-se adenoma pleomórfico, carcinoma mucoepidermóide ou carcinoma de nasofaringe. Ao exame de tomografia computadorizada observou-se lesão expansiva heterogênea no espaço mucoso faríngeo da nasofaringe e orofaringe à esquerda da linha medida, acometendo palato mole, tonsilas faríngeas, recesso faríngeo e o toro tubário, medindo cerca de 3,8×2,8×4,5 cm. A paciente foi submetida à biópsia incisional e o exame anatomopatológico e o painel imuno-histoquímico confirmaram o diagnóstico de Linfoma difuso de grandes células B, tipo não centro germinativo. A paciente foi encaminhada ao serviço de Onco-Hematologia onde recebeu tratamento antineoplásico composto por Rituximabe + CHOP com 6 ciclos até março de 2018. Atualmente, paciente apresenta regressão total de lesão em exames de PET, sem sinais de atividade neoplásica e está em seguimento clínico à cada 6 meses. **Conclusão:** O Linfoma em cavidade oral, apesar de ter ocorrência rara, é a segunda neoplasia maligna mais comum neste sítio. O diagnóstico precoce através da realização de biópsia incisional, correlacionada aos exames de imagem, é fundamental para exclusão de diagnósticos diferenciais, como neoplasias de glândulas salivares menores. Além de ressaltar que o conhecimento por parte do cirurgião-dentista torna-se imprescindível para um correto direcionamento clínico para um tratamento adequado e aumento na taxa de sobrevivência destes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.790>

789

MANIFESTAÇÃO ORAL DE LINFOMA NÃO-HODGKIN – A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO

K.H.S. Nóbrega, C.R.C. Cavalcante, R.E. Schulz, G.L. Carvalho, J.E.S. Mendes, N.F. Mendonça, C.R. Ferreira, J.S. Filho, A.C.R. J, J.P. Araujo

Hospital AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A manifestação do linfoma não-Hodgkin (LNH) em cavidade oral representa aproximadamente 2% dos casos de LNH, acometendo mais comumente o vestibulo oral, palato duro posterior e gengiva, representando um baixo índice de suspeita clínica. **Objetivo:** Esse trabalho tem como objetivo descrever um caso de Linfoma difuso de grandes células B em mucosa jugal como primeiro diagnóstico. **Relato de caso:** Paciente M.S, masculino, leucoderma, 82 anos, compareceu em consulta no ambulatório de Estomatologia do Hospital AC Camargo Cancer Center, em junho de 2020. Relatou aparecimento de nódulo em mucosa jugal há aproximadamente um ano, tendo observado discreto aumento de volume na região há 3 meses, assintomático. Como história médica apresenta Doença de Parkinson, utilizando de forma contínua Levodopa e Dicloridrato de Pramipexol. Ao exame clínico observou-se a presença de nódulo submucoso em mucosa jugal inferior esquerda, próximo a área de pré-molares inferiores, com consistência endurecida e firme à palpação, medindo cerca de 3cm, assintomático. O paciente foi submetido à biópsia incisional e o exame anatomopatológico revelou proliferação linfóide atípica, sendo que a imuno-histoquímica revelou o diagnóstico de Linfoma difuso de grandes células B, tipo centro germinativo. O paciente foi encaminhado ao serviço de Onco-Hematologia onde constataram no estadiamento inicial atividade neoplásica supra-diafragmática e extranodal. O tratamento proposto consistiu na associação de Rituximabe + CHOP. **Conclusão:** O diagnóstico de linfomas em cavidade oral pode ser um desafio, devido ao baixo índice de suspeita clínica. É importante a participação do cirurgião dentista no diagnóstico precoce de alterações bucais e maxilofaciais do linfoma, bem como seus diagnósticos diferenciais, contribuindo para o tratamento médico efetivo de distúrbios onco-hematológicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.791>

790

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO CRÔNICA: RELATO DE CASO E IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO ACOMPANHAMENTO

C.R.C.C. Silva, M.S. Bispo, J.E.S. Mendes, N.F. Mendonça, R.E. Schulz, G.C. Jaguar, R.N. Lopes, F.A. Alves, J.P. Araujo

Hospital AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil

