

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE COM DISFIBRINOGENEMIA ASSOCIADA A DIVERSAS COMORBIDADES: RELATO DE CASO

BS Ballardín, CAL Rosa, JL Vendruscolo, CC Torres-Pereira

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Uma mulher de 72 anos de idade, diagnosticada com disfibri-nogenemia há 50 anos, procurou a equipe de odontologia do Hemocentro com queixa de fratura dentária. A disfibri-nogenemia é um distúrbio hereditário muito raro caracterizado pelo defeito qualitativo do fator de coagulação I. Além da coagulopatia, a paciente apresentava artrite reumatóide, artrose, hipertensão arterial, hipotireoidismo, diabetes mellitus tipo II, fibromialgia e lúpus eritematoso sistêmico. Também possui histórico de hepatite C tratada associada ao uso de crioprecipitado para manejo hemostático. Para controle das comorbidades, estava prescrita com nifedipina, levotiroxina, metformina, sinvastatina, ácido acetilsalicílico, losartana, citalopram, gabapentina, pregabalina e diosmina. O objetivo deste trabalho é relatar o planejamento odontológico na vigência das variadas comorbidades e uso de medicamentos que tornam o manejo limitado. Ao exame físico intraoral, identificou-se raízes de dentes pré-molares e molares inferiores, com indicação de exodontia. As condições sistêmicas sugerem um alto risco de sangramento trans e pós-operatório, além de potencial retardo cicatricial. Dessa forma, optou-se pela realização das exodontias em diferentes oportunidades, iniciando pelo pré-molar inferior direito. O planejamento hemostático para a extração se deu com a prescrição de 500mg de ácido tranexâmico via oral de 8 em 8 horas durante 5 dias, iniciando no dia anterior ao procedimento, associado à infusão de 2g de fibrinogênio 1 hora antes da cirurgia. Como manobras hemostáticas locais, foram realizadas compressão com gaze, colocação de esponja hemostática no alvéolo, sutura em massa, aplicação de ácido tranexâmico em solução no local da ferida cirúrgica além de pasta hemostática manipulada contendo ácido tranexâmico (10%) e ácido tricloroacético (10%). O ácido tranexâmico neutraliza o sistema de fibrinólise durante a cicatrização e quando utilizado localmente, preserva o coágulo formado, reduzindo a intensidade e o sangramento. Já o ácido tricloroacético é um agente cauterizante químico que também auxilia no controle de pequenos sangramentos. Assim, a exodontia foi realizada sem intercorrências e a hemostasia foi satisfatória. Para estimular o processo cicatricial e proporcionar analgesia, aplicou-se fotobiomodulação no local da extração, sendo utilizado laser de baixa intensidade, no comprimento de onda vermelho com 2 joules divididos em 2 pontos. Na avaliação pós-operatória, a paciente não relatou sintomatologia dolorosa ou intercorrências e apresentava processo cicatricial sem edema, hematomas e sinais clínicos inflamatórios. Na remoção das suturas, além de irrigação com clorexidina 0,12% para auxiliar na remoção de biofilme bacteriano, foi feita nova aplicação de pasta hemostática manipulada, já que a paciente não estava em uso de medicamentos antifibrinolíticos e nem havia realizado reposição de fibrinogênio. Os resultados deste primeiro procedimento encorajaram a continuidade das intervenções

propostas no planejamento curativo e reabilitador. Concluiu-se que, apesar da complexidade da situação, o manejo odontológico utilizando fatores de controle hemostático sistêmicos e locais, além da fotobiomodulação, proporcionou desfecho satisfatório.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.982>

MANIFESTAÇÃO ORAL DA SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON/ NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA EM PACIENTE PORTADOR DE ANEMIA FALCIFORME: RELATO DE CASO

LCP Sousa, SCS Passos, RDS Pinheiro, W Hespanhol, VLDC Mendes

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

Introdução: A Síndrome de Stevens- Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) são consideradas uma reação de hipersensibilidade tardia relacionada principalmente a fármacos, podendo também ser induzida por infecções virais ou bacterianas. Caracterizam-se por um conjunto de sinais e sintomas mucocutâneos tais como erupções cutâneas generalizadas, conjuntivite purulenta grave e inflamação na mucosa oral com presença de erosões e úlceras dolorosas, limitação de abertura de boca, dificuldade de fala, higiene oral e deglutição. Segundo sua classificação, é considerada SSJ quando a superfície corporal afetada for menor que 10%, enquanto que na NET deve ser superior a 30%, quando o acometimento estiver entre 10% a 30%, é referido como transição SSJ/ NET. O rápido diagnóstico, a identificação da droga causadora e sua descontinuação imediata reduzem a morbimortalidade e impedem progressão do quadro clínico. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente portador de Anemia Falciforme (SS) internado no Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (Hemorio) que manifestou a Síndrome de Stevens-Johnson após uso de Ceftriaxona, evoluindo para Necrólise Epidérmica Tóxica. Abordaremos suas lesões em cavidade oral e seu tratamento. **Materiais e Métodos:** Será apresentado um relato de caso, onde o aparelho utilizado é o Laser Duo MMO, com luz vermelha de 660nm e com luz Infravermelha de 808nm, área do feixe do laser de saída, no bico da caneta, com 3mm² e emissão de luz semicondutor GaAlAs e InGaAlP. **Relato do caso:** Paciente D.P, sexo masculino, 40 anos, melanoderma, portador de Anemia Falciforme (SS), foi admitido no Hemorio com quadro de síndrome respiratória com posterior diagnóstico de pneumonia. No 1º dia de internação foi realizada a administração de Ceftriaxona. A medicação foi suspensa de imediato após o paciente desenvolver intenso prurido. No 8º dia de internação o paciente apresentou clinicamente lesões bolhosas em pele nas regiões de extremidades de membros superiores e inferiores, dorso e mucosa oral. A abordagem odontológica foi realizada a partir do exame clínico, confirmando lesões erosivas em dorso de língua, mucosa jugal bilateralmente, palato e lábios. A terapêutica de escolha foi bochecho com dexametasona elixir em conjunto com a terapia de fotobiomodulação (TFBM) com

laser em baixa intensidade. O bochecho com dexametasona foi realizado três vezes ao dia e a TFBM foi aplicada diariamente nas regiões acometidas com luz vermelha. **Resultados:** A partir do 5º dia de tratamento com a TFBM e a dexametasona, foi observada cicatrização significativa das lesões através do exame clínico intraoral realizado pelos profissionais da equipe de odontologia do Hemorio, além da melhora da dor e restabelecimento da alimentação. **Discussão:** Diversos estudos comprovam a eficácia da TFBM na modulação da inflamação, na cicatrização e analgesia dessas lesões, o dexametasona elixir foi um coadjuvante crucial para o tratamento devido aos seus efeitos anti-inflamatórios. **Conclusão:** O cirurgião-dentista é uma figura importante no atendimento multidisciplinar, auxiliando no diagnóstico e tratamento de pacientes acometidos pela SSJ e NET, portanto, devem-se conhecer tais síndromes e suas condições, assim como as patologias crônicas associadas ao indivíduo, proporcionando o melhor atendimento ao paciente acometido.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.983>

HEMOFILIA A ADQUIRIDA E A PRECARIIDADE DA SAÚDE BUCAL: A DIFICULDADE DO MANEJO HEMATOLÓGICO E ODONTOLÓGICO

PO Moura, WT Kolodziejewski, BS Ballardín, CC Torres-Pereira

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

A hemofilia A adquirida (HAa) é uma coagulopatia autoimune rara, associada a deficiência do fator de coagulação VIII, diagnosticada em idosos, que apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade. Os principais sintomas são sangramentos recorrentes, espontâneos e prolongados em regiões subcutâneas e mucosas, além de hematomas musculares. O prolongamento isolado do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) e o Tempo de Protrombina (TP) normal, acompanhados de sangramento anormal, sugerem aprofundar a investigação diagnóstica. Por ser um distúrbio autoimune, o paciente desenvolve inibidores contra o fator de coagulação VIII, tornando o tratamento ainda mais complexo, já que a reposição do fator de coagulação deficiente pode sofrer ataque dos autoanticorpos envolvidos. Medicamentos antifibrinolíticos e imunossupressores são opções terapêuticas complementares. Um homem de 71 anos, branco, com histórico profissional na agricultura e construção civil, foi encaminhado à equipe de Hematologia apresentando dor nas pernas, hemartrose no joelho e hematomas extensos nos membros superiores e inferiores, relatando início dos sintomas após segunda dose vacinal para Sars-Cov-2. Com histórico de hipertensão arterial, artrite reumatóide e hiperplasia prostática benigna, encontrava-se em uso de sinvastatina, enalapril, prednisona, diclofenaco sódico, carisoprodol e doxazosina. Os exames laboratoriais demonstraram hemograma, RNI, TP e plaquetograma dentro dos limites de normalidade. Já a dosagem de fator de coagulação VIII foi de 3% e o TTPA de 69,5 segundos, levando ao diagnóstico de HAa. Por queixa de dor dentária, o paciente foi encaminhado à

Odontologia. Ao exame físico, observou-se edentulismo superior e uso de prótese total, pseudomembrana removível à raspagem no palato, compatível clinicamente com candidose pseudomembranosa, presença de quatro dentes inferiores com mobilidade, acúmulo de biofilme bacteriano e cáries. Além disso, apresentava pequena ulceração em lábio inferior, indolor, não endurecida à palpação, compatível clinicamente com queilite actínica. Para as manifestações estomatológicas, prescreveu-se dexpantenol labial, fator de proteção solar e nistatina suspensão oral (100.000UI) para bochecho durante 7 dias, ocasionando a melhora incompleta da lesão labial e resolução completa da infecção fúngica. Apesar da conduta indicada ter sido a extração de todos os dentes, o quadro hematológico instável não permitiu tais procedimentos, já que agentes antifibrinolíticos foram considerados insuficientes para controlar a hemorragia e o uso de alfaeptacogue ativado não foi liberado pelo Ministério da Saúde para realização das exodontias. Assim, optou-se pela prescrição de analgésicos e preservação do caso, enquanto as condições hematológicas aguardavam estabilização. Esse fato limitou a ação da equipe multiprofissional, uma vez que os focos infecciosos dentários podem ocasionar episódios de dor intensa e sangramentos espontâneos, agravando ainda mais a condição geral. O caso demonstra a complexidade do manejo hematológico de um paciente com HAa, levando a dificuldade do tratamento odontológico, não sendo possível atender imediatamente às necessidades do paciente mesmo em condições onde a intervenção odontológica não podia ser considerada eletiva.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.984>

CICATRIZAÇÃO DE FERIDA EM LÍNGUA COM LASER DE BAIXA POTÊNCIA EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA APÓS CRISE CONVULSIVA - RELATO DE CASO

MS Costa, GRR Abraim, SC Passos, VLDC Mendes, RDS Pinheiro

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

Resumo: O laser de baixa potência (LBP) tem sido utilizado para diversas modalidades e sua aplicabilidade na Odontologia tem mostrado resultados positivos, principalmente na bioestimulação em cicatrização de feridas. O tratamento através da fotobioestimulação não é invasivo, apresenta baixo custo e possibilita a regeneração tecidual sem necessitar de um procedimento cirúrgico. A língua é um órgão muito vascularizado e se encontra dentro de um meio com uma grande variedade de microbiota, o que pode gerar uma dificuldade de reparo, principalmente, em um paciente sistemicamente comprometido com Leucemia Mielóide Aguda (LMA). **Objetivo:** Esse trabalho tem como objetivo relatar a cicatrização, através da terapia com LBP, em uma laceração em borda lateral de língua, que surgiu após uma crise convulsiva em um paciente com LMA, internado em um hospital de referência para doenças Oncohematológicas, no Estado do Rio de