

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 Lourenco^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

ou ausência da retração do coágulo. Os distúrbios hemostáticos são ocasionados pelo defeito de glicoproteína IIb-IIIa, receptor do fibrinogênio. O quadro clínico é variável, sendo o tipo I mais comum, representando 78% dos pacientes e tipo II e III constituindo cerca de 14% e 8% dos casos, respectivamente. Epistaxe, sangramento gengival, púrpura e menorragia são manifestações típicas da TG. O sangramento não tratado ou tratado de maneira incorreta pode ser fatal. Soluções para enfrentar os desafios da hemostasia intra e pós-operatória foram desenvolvidas ao longo dos séculos. Na década de 1940, houve a produção em larga escala de trombina bovina e humana concentradas, porém, foi observado que a aplicação de trombina na ausência de uma matriz rapidamente instabilizava o coágulo. Dentre os diversos métodos hemostáticos atuais, a solução de matriz de gelatina FloSeal® é uma combinação patenteada de trombina bovina e partículas derivadas de colágeno especialmente projetadas. A trombina, responsável pela conversão do fibrinogênio em fibrina, é essencial para a formação do coágulo sanguíneo. É utilizado para controlar o sangramento em procedimentos cirúrgicos onde os métodos convencionais de hemostasia se mostram ineficientes. **Métodos e resultados:** Paciente do sexo feminino, portadora de TG tipo I, foi encaminhada à Divisão de Odontologia do HC-FMUSP queixando-se de dores dentárias. O exame clínico evidenciou dentição parcial superior e inferior, e extensa doença periodontal, cursando com mobilidade grau III em todos os dentes presentes, além de sangramento periodontal espontâneo. O plano de tratamento proposto foi realizar exodontia dos dentes remanescentes, com reposição plaquetária prévia ao procedimento. Foram realizadas exodontia dos dentes 14, 15 e 16, e FloSeal® foi utilizado como método hemostático local intra-alveolar, seguido de suturas simples seriadas com fio nylon 3-0 e curativo com comprimidos macerados de ácido tranexâmico com solução salina. A paciente não apresentou sangramentos ativos nas avaliações realizadas em 48 horas e 7 dias após o procedimento cirúrgico. **Discussão:** O relato de caso apresentado mostrou que FloSeal® é eficaz para reduzir o sangramento pós exodontia em pacientes com distúrbio de coagulação. Não há relatado na literatura casos de desenvolvimento de anticorpos contra trombina secundários ao uso de FloSeal®, além de que a matriz de gelatina proporciona uma alternativa hemostática segura e com grande índice de sucesso frente à outras opções hemostáticas. Custos de concentrados de fator de coagulação recombinante e derivados de plasma são muito mais caros do que o uso de FloSeal®, o que demonstra que o sucesso e eficácia da hemostasia local com a matriz de gelatina pode evitar o uso de hemoderivados pós exodontia. **Conclusão:** A redução de sangramento pós-operatório demonstrou que FloSeal® oferece uma alternativa hemostática segura para pacientes com defeitos da coagulação sanguínea. O uso da matriz FloSeal® pode ser útil para evitar o uso de fator VII ou transfusão de plaquetas, reduzindo o risco de formação de inibidores e reação transfusional. São necessários estudos de farmacoeconomia para averiguar a custo-efetividade do método comparado aos utilizados na prática clínica até o momento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1641>

EXTRAÇÃO DENTÁRIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE BLACKFAN-DIAMOND: UM RELATO DE CASO

GA Logar, RC Bressa, JAN Bressa

Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, SP, Brasil

O objetivo deste estudo foi o de relatar a extração dentária de um paciente com a anemia de Blackfan Diamond. Paciente VGSL, 26 anos, sexo feminino, portador da anemia de Blackfan-Diamond com aplasia de medula óssea, histórico de recorrentes internações para transfusões de concentrados de hemácias e plaquetas, alérgico a prednisona. Durante uma consulta ambulatorial de rotina, referiu dor de dente exacerbada nos dentes 26, 36 e 37 e a equipe de odontologia foi solicitada. No exame clínico e radiográfico apresentou lesão extensa de cárie, dor contínua e localizada, espessamento do ligamento periodontal. Foi solicitada a internação para a extração dentária e realização da profilaxia antibiótica em ambiente hospitalar. Apresentava eritrócitos 2,94 M/ μ L, hemoglobina 8,2 g/dL, hematócrito a 24% e plaquetas a 22 k/ μ L. No dia da extração a paciente recebeu um concentrado de plaquetas filtradas e dois concentrados de hemácias, duas horas antes do procedimento e utilizou-se da manobra compressiva e Exogel® como medida hemostática. A paciente foi orientada a realizar higiene oral com clorexedina 0,12%, 12/12 horas, por duas semanas. A mesma permaneceu por uma semana em vigilância após o procedimento, recebeu alta hospitalar e segue em acompanhamento clínico e radiográfico por via ambulatorial. Devido ao quadro de anemia instável onde a paciente oscila com hemoglobina entre 4 e 9 g/dL, optamos pela transfusão previa ao procedimento cirúrgico e foi prescrito antibiótico profilaxia para diminuir risco de infecção do sítio cirúrgico no pós operatório. Como a paciente necessitava de extração de três molares, optamos também pela reposição previa de plaquetas já que a mesma se encontrava abaixo de 30 k/ μ L assim diminuindo o risco de sangramento trans e pós operatório. Com as medidas transfusionais previas ao procedimento cirúrgico, associado a medidas hemostáticas locais e um rígido controle pós operatório, a paciente seguiu com ausência e sangramento trans e pós-operatórios e sem quadro de infecção local do sítio cirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1642>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E HISTOPATOLÓGICO DA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO EM CAVIDADE ORAL – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

D Souza^a, LAVS Júnior^a, JF Araújo^a,
BF Matuck^b, LFF Silva^a, MPSM Peres^a

^a Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^b American Dental Association - Science & Research Institute (ADASRI)