

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)

Objetivos: Estabelecer o perfil epidemiológico, histopatológico e imunofenotípico da doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) oral dos pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico no HC-FMUSP. **Materiais e métodos:** Estudo descritivo observacional retrospectivo. Os dados epidemiológicos dos pacientes e doadores foram obtidos através da coleta de informações presentes nos prontuários. A análise histopatológica deu-se de forma semiquantitativa a partir da captura de imagem por varredura dos fragmentos presentes nas lâminas coradas em hematoxilina e eosina e reação imunohistoquímica utilizando os marcadores para proteínas inflamatórias CD4, CD20, CD8, CD68, CD1a, CD56, CD45 e imunofibroblastos - D2-40, ICAM, VCAM. **Resultados:** Foram selecionados 20 casos para compor o estudo, sendo 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino, com média de idade de $44,11 \pm 13,77$ anos. A leucemia mieloide aguda foi a mais prevalente (30%), seguida pelo linfoma não Hodgkin (20%), leucemia mieloide crônica (15%), linfoma de Hodgkin (15%). Quanto ao doador, 45% eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino, com média de $38,83 \pm 8,60$ anos. A fonte celular mais prevalente foi o sangue periférico (85%) e medula óssea (15%). O regime de condicionamento de intensidade reduzida foi presente em 50% dos casos, seguido pelo mieloablativo (25%) e não informado (25%). Quanto ao grau de compatibilidade do antígeno leucocitário humano, 95% dos doadores eram aparentados e 5% não aparentados, idênticos (55%) e haploidenticos (25%). A forma crônica da DECH oral foi a mais prevalente (95%). Nos espécimes de glândulas salivares menores, as alterações encontradas foram a atrofia dos ácinos (95%), infiltrado linfocítico periductal (70%), metaplasia ductal (65%), fibrose do estroma (60%) e fibroplasia periductal do estroma (55%). As principais alterações em epitélio e tecido conjuntivo foram: exocitose de linfócitos (75%), acantose (70%), apoptose (60%) e inflamação justaeptelial (75%). Houve expressão de CD45+ em todas as amostras, seguida por CD20+ (85%), CD1a+ (65%), CD68+ (60%), CD56+ (50%), CD4+ (25%) e imunofibroblastos (70%). **Discussão:** A incidência da DECH oral foi menor (18,07%) quando comparada a pesquisas anteriores. Foi encontrada considerável expressão de CD45+, seguida por CD20+, CD1a+, CD68+ e CD8+, reiterando a participação dos linfócitos T e B na patogênese da DECH oral. Foi observada a presença de imunofibroblastos nas amostras de DECH oral. Embora a detecção desses marcadores tenha ocorrido de forma semiquantitativa, sugere-se o uso de software específico para análise precisa dessas células com objetivo de resultados mais precisos. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou as principais características epidemiológicas, histopatológicas e imunohistoquímicas de pacientes com DECH em cavidade oral. Observamos predomínio da atrofia dos ácinos e exocitose de linfócitos. Houve franca expressão em todas as amostras de CD45+, seguida por CD20+, CD1a+, CD68+, CD56+ e menor expressão de CD4+. Nosso estudo foi o primeiro a observar a presença de imunofibroblastos nas amostras de DECH oral. Apesar das limitações, os resultados sugerem uma participação desse grupo de células no contexto da DECH, no entanto, mais estudos são necessários para o entendimento da influência desses marcadores na doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1643>

ALTERAÇÕES ORAIS E CRÂNIO FACIAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM NEUROFIBROMATOSE TIPO 1

ALP Bassir

Faculdade Ibeco, São Paulo, SP, Brasil

Esta revisão é baseada na literatura sobre a neurofibromatose tipo 1 (NF1) com enfoque para as alterações craniofaciais e orais em pacientes pediátricos. Os distintos neurofibromas da NF1 podem ocorrer na cabeça e região do pescoço. Embora benignos, esses tumores são expansivos e podem causar deformidades devido ao envolvimento de tecidos moles e ossos das regiões orbitais, cranianas e mandibulares; estes são tipicamente hemifaciais, mas podem também ser bilaterais. Manchas café-com-leite podem se desenvolver no couro cabeludo e pele das regiões peri e intra-orbitária, maxilar e mandibular. Achados intraorais incluem irregularidades dentárias, como molares decíduos retidos, segundos molares inferiores ausentes de forma congênita e displasia cementária periapical. Há relatos de hipoplasia do corpo e ramo mandibular e formato do processo coronoide e arco zigomático anormal, além de displasia da asa do esfenóide. Cistos mandibulares também foram relatados, o que resultou em expansão mandibular com contorno externo convexo e altura vertical aumentada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1644>

MANEJO ODONTOLÓGICO DURANTE O TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS HAPLOIDENTICO: RELATO DE CASO

JKP Queiroz, JSR Pereira, JF Tagliabue, LDD Teixeira, JESR Carvalho, ACDS Menezes, CS Boasquevisque, HS Antunes

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: Relatar o manejo odontológico durante o transplante de células-tronco hematopoiéticas haploidentico de um paciente pediátrico com anemia aplástica. **Material e métodos:** Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, do tipo relato de caso. Os dados foram coletados através dos registros em prontuário da instituição. **Resultados:** Paciente masculino, 5 anos, matriculado na Instituição com o diagnóstico de anemia aplástica. Foi submetido ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) haploidentico, sob protocolo de condicionamento com globulina antimonócito, fludarabina, ciclofosfamida e irradiação de corpo inteiro. Foi atendido pela Odontologia sob parecer médico, à beira leito, durante a internação para mobilização. Ao exame clínico, observou-se o dente 61 com mobilidade grau I compatível com período de esfoliação dentária e demais elementos hígidos, higiene oral satisfatória, lábios e mucosas orais íntegras e normocoradas. O paciente foi acompanhado diariamente pela equipe odontológica durante o período de condicionamento para realização de protocolo de laserterapia profilática (660 nm, 0,03 cm², 33,3 J/cm², 1 J, 10 segundos, 100 mW) conforme rotina