

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 esfenoide. 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

institucional. Evoluiu com mucosite oral grau 2 no D+12, realizando também laserterapia terapêutica (660 nm, 0,03 cm², 66,7 J/cm², 2 J, 20 segundos, 100 mW). Devido ao longo período de neutropenia, realizou um mielograma que constatou a rejeição do primeiro transplante, sendo então submetido a um segundo TCTH haploidentico, sob protocolo de condicionamento de globulina antimonócito, flubarabina, ciclofosfamida e melfalano. Durante esse período, apresentou complicações, incluindo doença veno-oclusiva, disfunção de múltiplos órgãos e discrasia sanguínea. No D+8, apresentava-se em estado crítico, intubado e sob ventilação mecânica. O paciente foi acompanhado pela equipe de odontologia, recebendo cuidados orais apropriados para controle de biofilme, minimizando as chances de ocorrência de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica. Devido à gravidade do quadro, no D+13, evoluiu para óbito. **Discussão:** O transplante de células-tronco hematopoiéticas é um tratamento eficaz para condições oncohematológicas, porém pode culminar em diversas toxicidades locais e sistêmicas. Por isso, é essencial que esses pacientes recebam acompanhamento interdisciplinar, incluindo o odontológico. A imunossupressão inerente aos protocolos de condicionamento, aumenta a susceptibilidade às infecções orais e demais toxicidades como mucosite e xerostomia, que podem impactar negativamente no curso do tratamento e comprometer o prognóstico. No caso relatado, o dentista foi capaz de atuar na avaliação e no manejo de complicações orais, como a mucosite oral. Ademais, diante da evolução do caso e devido às complicações sistêmicas apresentadas, a atuação do dentista fez-se necessária para prevenir pneumonia associada à ventilação mecânica. **Conclusão:** O presente caso destaca a importância do manejo odontológico durante o tratamento oncohematológico com a finalidade de diagnosticar e tratar complicações do TCTH. É enfatizada a necessidade de um cirurgião-dentista capacitado integrado à equipe multidisciplinar oncológica na unidade transplantadora, para promover o cuidado interdisciplinar, buscando melhora na qualidade de vida e no prognóstico do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1645>

MANIFESTAÇÕES ORAIS ASSOCIADAS AO DIAGNÓSTICO DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA COM DIFERENCIAÇÃO MONOCÍTICA

ILMD Nascimento^a, RDG Caminha^{a,b},
MB Antunes^b, PSS Santos^a

^a Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Estadual de Bauru (HEB), Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP), Bauru SP, Brasil

A leucemia mieloide aguda (LMA) é uma doença maligna dos leucócitos e sua fisiopatologia consiste em mutações hematopoiéticas bem definidas, envolvendo células precursoras comprometidas da linhagem mieloide de desenvolvimento

celular, apresentando uma grande heterogenicidade clínica, morfológica e celular. A LMA desencadeia sintomas como fadiga, febre e sangramentos devido à produção anormal de células sanguíneas, e pode gerar infiltrados leucêmicos em órgãos e tecidos, como pele, sistema nervoso central e tecidos bucais. Este é o relato de caso de uma paciente com LMA não diferenciada monocítica e suas manifestações orais. Paciente de 36 anos, mulher, foi encaminhada para investigação de anemia intensa. O hemograma sugeriu hipótese diagnóstica de LMA pela anemia, plaquetopenia e leucocitose. A paciente tinha queixas de disgeusia, xerostomia, desconforto ao comer, optando por alimentos pastosos devido ao sangramento gengival e histórico de febre diária. A equipe de Odontologia foi acionada e observou sangramento associado a aumento gengival, gengivas com coloração arroxeada em áreas distintas, úlcera em língua, mucosas ressecadas, crosta hemorrágica extensa e ressecamento no lábio inferior; bem como presença de aparelho ortodôntico com acúmulo de biofilme, sugerindo como hipótese diagnóstica de infiltrado leucêmico e/ou sarcoma granulocítico. Recebeu orientação sobre higiene oral (escova extra macia, bochechos com clorexidina a 0,12% sem álcool e lanolina para os lábios). Planejou-se a remoção do aparelho ortodôntico para controle de focos infecciosos e trauma após melhora das lesões gengivais, minimizando risco de hemorragia. Os exames laboratoriais iniciais mostraram: eritrócitos 2,76 mm³, Hb 7,6 g/dL, Ht 22,8%, plaquetas 17.000 µL. O mielograma confirmou LMA e iniciou-se a quimioterapia (qt) de indução (citarabina, idarubina e daunorrubicina), sem efeitos colaterais em boca e com regressão completa do infiltrado leucêmico em gengiva após 10 dias, quando realizou-se a remoção do aparelho ortodôntico. Após 18 dias observou-se regressão importante da úlcera em lábio inferior e importante melhora na sintomatologia. A terapia antineoplásica foi interrompida devido quadro de pancitopenia severa pós-qt quando a paciente evoluiu a óbito. A LMA é uma doença grave e diversificada, podendo apresentar manifestações orais que podem ser os primeiros sinais da doença e a atuação da odontologia contribuiu para o acompanhamento e suporte da paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1646>

AValiação da expressão de citocinas inflamatórias em plasma e saliva relacionada à mucosite oral em pacientes submetidos ao transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas

VTM Galves^a, TC Reis^a, MA Costa^{a,b},
MJ Pagliarone^a, TCM Costa^b, F Traina^{a,b},
LMAR Innocentini^b, AG Lourenco^c, ACJ Vieira^b,
CC Mesquita^b, SK Haddad^d, ESR Sandoval^d,
DT Covas^{a,d}, LD Macedo^{a,b,d}

^a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil