

institucional. Evoluiu com mucosite oral grau 2 no D+12, realizando também laserterapia terapêutica (660 nm, 0,03 cm<sup>2</sup>, 66,7 J/cm<sup>2</sup>, 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 haploide, 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<sup>a</sup>, RDG Caminha<sup>a,b</sup>,  
MB Antunes<sup>b</sup>, PSS Santos<sup>a</sup>

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

<sup>b</sup> 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 mm<sup>3</sup>, 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, idarubicina 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<sup>a</sup>, TC Reis<sup>a</sup>, MA Costa<sup>a,b</sup>,  
MJ Pagliarone<sup>a</sup>, TCM Costa<sup>b</sup>, F Traina<sup>a,b</sup>,  
LMAR Innocentini<sup>b</sup>, AG Lourenco<sup>c</sup>, ACJ Vieira<sup>b</sup>,  
CC Mesquita<sup>b</sup>, SK Haddad<sup>d</sup>, ESR Sandoval<sup>d</sup>,  
DT Covas<sup>a,d</sup>, LD Macedo<sup>a,b,d</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>b</sup> Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil