

ID - 3197

DIAGNÓSTICO DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA A PARTIR DE LESÃO ORAL: CONTRIBUIÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTALW Braun ^a, LD Menti ^a, MA Martins ^b,
VC Carrard ^a, MD Martins ^a^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil^b Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O sarcoma mieloide é uma neoplasia maligna rara, caracterizada pela proliferação extramedular de precursores mieloides imaturos, que frequentemente precede ou ocorre concomitantemente à leucemia mieloide aguda (LMA). Embora a manifestação oral seja incomum, ela representa um sinal clínico relevante para o diagnóstico precoce dessa doença sistêmica, cuja detecção antecipada pode influenciar significativamente o prognóstico. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 79 anos, portador de múltiplas comorbidades, foi encaminhado para avaliação odontológica devido a aumento de volume gengival assintomático em hemimaxila esquerda, com evolução de um mês. No exame físico, observou-se massa gengival firme, normocrômica, estendendo-se da região do palato ao fundo do sulco, associada a assimetria facial e linfonodomegalia cervical ipsilateral. A tomografia computadorizada craniana revelou lesão infiltrativa com sinais evidentes de osteólise óssea. O hemograma realizado previamente à biópsia evidenciou aumento significativo da contagem de blastos (19%), sugerindo a presença de neoplasia hematológica. A biópsia incisional da lesão oral confirmou o diagnóstico de sarcoma mieloide, com imunomarcagem positiva para CD34, mieloperoxidase (MPO), TdT, CD33 e lisozima, marcadores indicativos da linhagem mieloide e da imaturidade celular. Subsequentemente, a biópsia de medula óssea e a imunofenotipagem corroboraram o diagnóstico de leucemia mieloide aguda com positividade para mutação FLT3, fator prognóstico relevante associado a maior agressividade da doença. O paciente foi submetido a tratamento quimioterápico combinado com radioterapia paliativa direcionada à lesão oral; entretanto, apresentou rápida piora clínica, evoluindo a óbito quatro meses após o diagnóstico inicial. **Conclusão:** Este caso evidencia a importância do cirurgião-dentista na identificação precoce de manifestações orais que podem indicar neoplasias hematológicas. A avaliação clínica detalhada, associada a exames complementares e estudos imunohistoquímicos, é imprescindível para o diagnóstico diferencial e encaminhamento adequado ao tratamento multidisciplinar.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105332>

ID - 1479

EFICÁCIA DA TERAPIA FOTODINÂMICA ANTIMICROBIANA NO TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL GRAU 4 PÓS-TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS: RELATO DE CASOG Vieira ^a, AJ Da Luz ^a, JH Noranha ^a,
MR de Araújo ^b^a Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil^b Universidade Federal do Paraná (UFPR)/Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A mucosite oral é uma complicação comum, debilitante e potencialmente grave em pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), especialmente após regimes de condicionamento mieloablativos. Caracteriza-se por ulcerações dolorosas, dificuldade alimentar e risco aumentado de infecções, comprometendo a adesão terapêutica e a qualidade de vida. A fotobiomodulação (FBM) é uma abordagem não invasiva amplamente utilizada na prevenção e tratamento da mucosite, porém, em quadros graves, sua eficácia isolada pode ser limitada. A Terapia Fotodinâmica Antimicrobiana (aPDT), por sua vez, surge como uma alternativa adjuvante promissora, associando ação antimicrobiana à modulação inflamatória e reparo tecidual. O objetivo é relatar o manejo de um paciente com mucosite oral grau 4 durante TCTH com uso da aPDT associada à FBM em um quadro refratário. **Descrição do caso:** Paciente C. F. S., masculino, 60 anos, leucoderma, sem comorbidades, etilismo ou tabagismo, com diagnóstico de mielofibrose (DIPSS-PLUS Intermediário-2), submetido a TCTH alogênico compatível. Ao exame físico pré-transplante apresentava mucosa oral íntegra, sem dor ou lesões, com alimentação sólida e abertura lingual de 50 mm. A mucosite iniciou-se no D+8, com velamento mucoso, eritema em bordas linguais, palato, assoalho bucal e lábio inferior, e redução da abertura oral para 30 mm. A partir do D+12, observou-se progressão para mucosite grau 3, com ulcerações extensas em língua, mucosa jugal e lábios, odinofagia, dor intensa, intensidade 6 na Escala Visual Analógica (EVA), e dieta líquida. Foi realizada aplicação de FBM diária intraoral (660 nm, 100 mW, 20,32 J/cm², 2 J/ponto) obtendo-se alívio parcial da dor (EVA 4). No D+15, o quadro evoluiu para mucosite grau 4, com dor intensa (EVA = 7), ulcerações confluentes e difusas, abertura oral de 20mm e completa incapacidade de alimentação oral. Optou-se então, pela aplicação de uma sessão de aPDT na cavidade oral, utilizando corante fotossensível (azul de metileno 0,01% durante 5 minutos) e laser vermelho (660 nm), 9 J/ponto. A resposta clínica à aPDT foi notável: após 48 horas (D+17), houve regressão da