

**UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO**

**LUANA LIMA**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA AIDS: REVISÃO DE  
LITERATURA**

BAURU  
2013

**LUANA LIMA**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA AIDS: REVISÃO DE  
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista, sob orientação da Prof. Dr. Izabel Maria Marchi de Carvalho.

BAURU  
2013

Lima, Luana

L7327m

Manifestações bucais da AIDS: revisão de literatura  
/ Luana Lima -- 2013.  
36f.

Orientadora: Profa. Dra. Izabel M. M. de Carvalho.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração –  
Bauru – SP.

1. Manifestações bucais. 2. AIDS. 3. Odontologia. I.  
Carvalho, Izabel Maria Marchi de. II. Título.

**LUANA LIMA**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA AIDS: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista, sob orientação da professora Dr. Izabel Maria Marchi de Carvalho.

Banca examinadora:

---

Prof. Dra. Izabel Maria Marchi de Carvalho

---

Prof. Dra. Danieli Colaço Ribeiro Siqueira

---

Prof. Dra. Mariza Akemi Matsumoto

Bauru, 10 de dezembro de 2013.

Dedico este trabalho a minha grande amiga Carina M. P. de Carvalho, que sempre me ajudou nesta fase da minha vida com seu apoio e sua amizade. Muito obrigada por ser esta pessoa especial, dedicada, carinhosa, esforçada e abençoada.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por sempre estar ao meu lado em todas as fases da minha vida, por todas as lutas e graças concedidas, o Senhor é minha fonte de vida, sem Teu amor e Tua presença nada sou.

Quero agradecer ao meu namorado Bruno José de Lima pelo seu apoio e dedicação de todas as horas. Sem seu incentivo e sua força nada seria possível, obrigada por estar ao meu lado nas horas difíceis e boas. Peço a Deus que nos abençoe muito para que possamos junto seguir esta caminhada e realizar nossos tão planejados sonhos.

A minha família pela dedicação e esforço em mim depositada, que sigamos confiantes em Deus nesta jornada.

A professora Izabel M. M. de Carvalho por aceitar ser minha orientadora e dedicar um tempo de seu dia-a-dia corrido para me ajudar neste trabalho. Muito Obrigada.

## **RESUMO**

A Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) é uma doença causada por vírus que apresenta alto índice epidêmico mundial. Seu desenvolvimento no organismo humano causa imunodepressão, tornando os portadores susceptíveis a doenças oportunistas. Tais doenças oportunistas têm como etiologia microrganismos, alguns presentes na cavidade bucal. A SIDA/AIDS apresenta diversas manifestações bucais indicativas do início ou desenvolvimento da infecção pelo vírus HIV.

O presente trabalho tem como propósito apresentar as manifestações bucais da SIDA/AIDS para que se realize um correto diagnóstico, visando à manutenção da saúde do portador da doença, do profissional e sua equipe. O Cirurgião Dentista tem a responsabilidade de alertar o paciente sobre os indicativos da doença e por fim, tomar medidas preventivas e terapêuticas corretas.

**Palavras-chave:** Manifestações bucais. AIDS. Odontologia.

## **ABSTRACT**

The Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) is a disease caused by a virus that results in high epidemic worldwide. Its development in the human body causes immunosuppression, making the carriers susceptible to opportunistic diseases. Such diseases are opportunistic microorganisms such as etiology, some in the oral cavity. The HIV/AIDS presents several oral manifestations indicative of the onset or development of HIV infection.

This research aimed to present a literature review on the main oral manifestations of HIV / AIDS, in order to maintain the health of the individual with the disease, and the professional and his team. The Dentist has the responsibility of knowing the lesions indicative of disease and finally, takes preventive and therapeutic measures correct.

**Keywords:** Oral manifestations. AIDS. Dentistry.

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2- REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
2.1 MANIFESTAÇÕES BUCAIS.....	14
2.2 INFECÇÕES MICÓTICAS.....	14
2.3 INFECÇÕES VIRAIS.....	17
2.4 INFECÇÕES BACTERIANAS.....	22
2.5 NEOPLASIAS.....	25
2.6 OUTRAS MANIFESTAÇÕES.....	28
<b>3- IMPORTANCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE ÀS MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA AIDS .....</b>	<b>29</b>
<b>4- DISCUSSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>5- CONCLUSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Candidose palato mole de indivíduo HIV +.....	15
Figura 2 - Queilite Ângular em indivíduo HIV +.....	16
Figura 3 – Candidose em palato de indivíduo HIV + .....	16
Figura 4 - Herpes Simples em indivíduo HIV +.....	18
Figura 5 - Herpes Simples em indivíduo HIV +.....	18
Figura 6 – Eritema Gengival Linear em indivíduo HIV +.....	23
Figura 7 - Eritema Gengival Linear em indivíduo HIV +.....	24
Figura 8 - Eritema Gengival Linear em indivíduo HIV +.....	24
Figura 9 – Sarcoma de Kaposi em gengiva de indivíduo HIV +.....	26
Figura 10 - Sarcoma de Kaposi em palato de indivíduo HIV +.....	26
Figura 11- Sarcoma de Kaposi em língua de indivíduo HIV +.....	26
Figura 12 – Afta em mucosa jugal de indivíduo HIV + .....	28

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immune Deficiency Syndrome) é a manifestação clínica da infecção crônica do organismo humano pelo vírus HIV (Human Immunodeficiency Virus), um retrovírus que tem como célula alvo os linfócitos T CD4+ auxiliar, causando imunodepressão do indivíduo infectado tornando-o susceptível às doenças oportunistas. (AMATO et. al. 1996).

A transmissão do vírus ocorre pelo contato com sangue, leite materno, sêmen e fluídos vaginais contaminados pelo vírus HIV. Tais situações ocorrem por meio do uso de instrumentos perfuro cortantes não esterilizados; relações sexuais (anal, oral e vaginal) desprotegidas; transfusão de sangue contaminado e gravidez (parto e aleitamento) cuja mãe é portadora do vírus. (GROTO, 2006, PARTINI, 2006).

Os primeiros casos da AIDS foram diagnosticados em junho de 1981 nos Estados Unidos pelo Centro de Controle de Doenças. Na época foram relatados inicialmente cinco casos, estes pacientes apresentaram-se aos hospitais com pneumonia por *Pneumocystis carinii*, um tipo de fungo raro observado até então em pacientes imunodeprimidos que passaram por tratamento para doenças tumorais e transplantados. No ano seguinte 1982 as autoridades sanitárias detectaram que a AIDS era desencadeada por um agente infeccioso, transmissível pelo ato sexual, uso de drogas injetáveis, sangue ou derivados sanguíneos. No mesmo ano foram relatados os primeiros casos de AIDS no Brasil na cidade de São Paulo. (NOCE, 2006a; SILVA, 2006a; FERREIRA, 2006a).

Em 1984, o virologista Luc Montagnier e sua equipe isolaram e caracterizaram o retrovírus (vírus mutante que se modifica conforme o meio em que vive) associado à linfadenopatia (LAV) como sendo causador da doença. Após vários estudos sobre o retrovírus o comitê internacional de especialistas decidiu substituir os diferentes nomes dados ao causador da AIDS pela denominação de Human Immunodeficiency Vírus tipo1(HIV – 1). (NOCE, 2006b; SILVA, 2006b; FERREIRA, 2006b).

Hoje sabemos que existem dois tipos de HIV, o HIV-1 que é responsável pela maioria dos casos da AIDS e mais comum também na transmissão vertical (mãe pra filho) ou por relações sexuais. E o HIV-2 que provoca a evolução mais lenta da doença, predomínio em indivíduos da África Ocidental estando próximo com o vírus da imunodeficiência do macaco (Simeon Immune Deficiency Syndrome). Ambos são pertencentes à mesma família do retrovírus causador da AIDS. (SONTAKKE, 2011; UMARJI, 2011; KARJODKAR, 2011).

Desde o início da epidemia 1982, até junho de 2012, O Brasil tem 656.701 mil casos registrados. Atualmente, existem mais casos da doença entre homens e a faixa etária mais incidente é de 25 a 49 anos de idade, chama a atenção casos registrados por jovens de 13 a 19 anos de idade, sendo o único grupo que apresenta maior número de mulheres acometidas pela AIDS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Durante o ciclo da infecção o indivíduo já se apresenta imunodeprimido e susceptível às infecções fúngicas, bacterianas, neoplásicas dentre outras. Os sinais e sintomas destas infecções frequentemente manifestam-se na região de cabeça e pescoço e/ou cavidade bucal. (NEVILLE, et.al. 2009).

Diante disso, o correto exame clínico e diagnóstico das tais manifestações são de total importância para elaboração do plano de tratamento e manutenção da saúde desses pacientes. São manifestações comuns que podem nos indicar os primeiros sinais clínicos da doença. (SILVA, 2012a; PEREIRA, 2012a; GEACÍA-ZAPATAa, 2012).

Portanto, este trabalho teve como objetivo enfatizar por meio de uma revisão de literatura a importância do correto diagnóstico e conduta clínica do cirurgião dentista frente a esta doença que nos dias atuais apresenta alta frequência e sua identificação é de extrema importância para a saúde do paciente.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 MANIFESTAÇÕES BUCAIS:

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida apresenta vários tipos de manifestações na região de cabeça e pescoço. As manifestações bucais apresentadas se tornam de extrema importância, pois, algumas dessas manifestações são prediletoras do início da infecção pelo vírus HIV até casos mais avançados da doença AIDS. Em 1982, no European Community Clearinghouse on Oral Problems related to HIV infection, London (ECC) foram estabelecidas as manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV, e em 1983 a mesma foi revisada e adaptada para estudos epidemiológicos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Foram divididas em 3 grupos da seguinte forma:

- Grupo 1 - Lesões fortemente associadas ao HIV: Candidose (pseudomembranosa e eritematosa), leucoplasia pilosa bucal (LPB), sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não-Hodgkin (LNH), doença periodontal (eritema gengival linear (ELG), gengivite ulcerativa necrotizante (GUN) e periodontite ulcerativa necrotizante (NUP);
- Grupo 2 – Lesões menos associadas ao HIV: infecções bacterianas, hiperpigmentação melânica, estomatite ulcerativa necrosante, doença das glândulas salivares (xerostomia e hiperplasia das glândulas), ulcerações e infecções virais (herpes simples, papiloma vírus humano, herpes Zóster e verruga vulgar).
- Grupo 3 – Lesões vistas na infecção pelo HIV: infecções bacterianas, osteomielite, distúrbios neurológicos (neuralgia do trigêmeo), sinusite, carcinoma epidermóide, dentre outras.

Hoje ainda é seguida esta classificação, mas com possíveis alterações, pois, a prevalência e ocorrência destas manifestações variam de acordo com o país relacionado, região, período de tratamento do HIV e acessibilidade aos serviços de saúde. (WATANUKI, 2011).

## 2.2 INFECÇÃO MICÓTICA:

### **Candidose Bucal**

A Candidose ou candidíase é uma infecção causada por um microrganismo fúngico semelhante à levedura, denominado *Candida albicans*. Estes fungos fazem parte da microbiota bucal caracterizados pelo oportunismo, a *Cândida albicans* é considerada um preditor da imunodepressão podendo ser patológicos nestas condições. (NEVILLE, et. al. 2009)

Apresenta-se clinicamente de forma variável, a forma aguda pseudomembranosa é a mais comum. Caracteriza-se por placas brancas aderentes a mucosa bucal, acometendo frequentemente palato duro e mole, dorso da língua, mucosa facial e labial. Outra forma de manifestação é a candidose eritematosa, que ocorre frequentemente no palato e dorso da língua, de coloração avermelhada e sensação de queimação. Também pode ocorrer envolvimento dos ângulos da boca chamado de queilite angular, caracterizada por descamação, fissuração, eritema, sintomatologia dolorosa e placas brancas espessas não removíveis. (LEÃO et. al. 2010).

Uma pesquisa realizada com 306 pacientes soropositivos para o vírus HIV, atendidos no Hospital da Universidade Federal do Rio grande do Sul, a metodologia utilizada para esta pesquisa foi à base de observação clínica, questionários objetivos e dados secundários dos prontuários. Mostrou em seus resultados que a candidose se fez presente em 59,1% dos indivíduos infectados pelo HIV, sendo 10,7% na forma de queilite angular. (GASPARIN, ET. AL. 2010).

Outra pesquisa realizada com 495 pacientes (171 homens e 24 mulheres) HIV positivos, idade média 47,38 anos, pacientes do Adelaide Dental Hospital, South Australia. Tendo como metodologia para pesquisa a análise de prontuários, mostrou a candidose como segunda lesão mais comum 28% do pacientes, os locais mais afetados foram: língua, palato, assoalho da boca, mucosa bucal, palato e ângulo da boca. (FREEMAN et. al.2012a).

O desenvolvimento da candidose bucal para regiões mais profundas do trato gastrointestinal pode causar várias alterações do sistema digestivo como: diarreia, alergias alimentares, gases e distensão abdominal. Quando atinge a

corrente sanguínea é responsável por alterações neurológicas, pele, sistema endócrino e trato gênito - urinário. Estes fatos demonstram a importância do diagnóstico correto feito pelo cirurgião dentista e a intervenção com urgência para seu tratamento. (BHARATHI, 2012; ANAPARTHI, 2012; CAUTHA, 2012 ).

Verificou-se na literatura que a candidose bucal (figura 1,2 e 3) é uma das doenças fúngicas mais frequentemente associada ao HIV, pode estar presente quando a contagem das células CD4+ for menor que 200 cel/mm<sup>3</sup>. Trata-se da manifestação mais frequentemente encontrada nos pacientes no início da infecção pelo HIV, podendo ser um dos marcadores iniciais da AIDS, entretanto o Center for Disease Control (CDC) só considera como um sinal sugestivo da AIDS a candidose esofágica. (THODEN, et. al. 2013a)

No Tratamento desta manifestação na terapia oral são utilizados suspensões ou pastilhas (nistatina, anfotericina B, miconazol ), opções terapêuticas mais acessíveis. Os derivados Azólicos apresentam respostas mais rápidas, bom nível de tolerância aos pacientes e proteção para as recorrências, exemplos desses medicamentos: Fluconazol, Itraconazol, Posaconazol e Voriconazol. (THODEN, et. al. 2013b).



Figura 1- Candidose Bucal em palato mole de indivíduo HIV +.

Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W., 1995.



Figura 2- Candidose (queilite angular) em indivíduo HIV +.

Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W., 1995.



Figura 3- Candidose em palato de indivíduo HIV +.

Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W., 1995.

## 2.3 INFECÇÕES VIRAIS:

### **Herpes simples:**

É o tipo de infecção viral que mais ocorre em pacientes com AIDS, na mesma proporção de indivíduos imunocompetentes. É causada pelo vírus herpes humano (HSV 1 e 2), caracterizada pelo aparecimento de vesículas agrupadas nos lábios ou genitais. Os dois tipos de HSV são estruturalmente iguais, mais antigenicamente diferentes e com variações epidemiológicas: O HSV-1 dissemina-se através da saliva infectada ou de lesões labiais e peribucais, ele melhor se adapta e atua em regiões bucais, faciais e oculares. Os locais envolvidos são lábios, áreas intrabucais, faringe e olhos. Já o HSV- 2 melhor se adapta e atua em áreas genitais, sendo transmitido através de contato sexual, suas características clínicas são alterações teciduais idênticas ao HSV-1. A diferença do herpes simples em pacientes com AIDS (Figura 4 e 5) e imunocompetentes são quadros clínicos mais intensos e de progressão rápida. Após a infecção o vírus permanece incubado por toda a vida, as viroses são endêmicas. O tratamento é feito com antivirais analgésicos em pomada. (GELLER, 2012).

Um estudo realizado com 744 pacientes, a maioria do sexo masculino 75%, todos soropositivos para HIV, pacientes da Universidade do Alabama em Birmingham, mostraram em sua pesquisa que 10.4 % dos pacientes apresentaram herpes simples, com quadros clínicos mais frequentes. A metodologia utilizada para coleta de dados foi análise de prontuários e questionários individuais. (TAMY-MAURY, 2011).

Outro estudo, realizado com 200 pessoas portados do HIV/ AIDS pacientes regulares do Centro de aconselhamento e tratamento in Dar Es Salaam, Tanzania, relatou por meio de questionário e avaliação clínica bucal, que 11,5% desses pacientes apresentavam herpes simples. A média de idade dos pacientes era de 37 anos e 20% apresentavam pelo menos uma manifestação bucal associada a AIDS. (MWANGOSI, 2012a; TILLYA, 2012a).



Figura 4 - Herpes Simples em indivíduo HIV +.

Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W.,1995.



Figura 5 - Herpes Simples em indivíduo HIV +.

Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W.,1995.

**Herpes Zóster:**

O herpes Zóster é causado pela reativação do vírus varicela – Zóster, o vírus é transportado para os nervos sensitivos e possivelmente estabelece sua latência no gânglio da espinha dorsal. Os pacientes aids apresentam risco de dez a vinte vezes maior comparados com indivíduos saudáveis. Esta manifestação afeta a região de cabeça, pescoço e tronco respeitando a linha média. As lesões bucais ocorrem por envolvimento dos ramos do nervo trigêmeo, ocorrendo complicações como alterações do SNC, lesões crônicas de pele e nevralgia pós-herpética. (ZHANG, 2009; REICHART, 2009; SONG, 2009).

O vírus varicela – Zóster na forma latente é caracterizado por vesículas que se rompem formando úlceras dolorosas ao longo do trajeto sensitivo. Conforme o vírus segue seu trajeto pelo nervo a dor intensifica-se a sensação de queimação, coceira, ardência ou incômodo. Suas manifestações clínicas, como as demais infecções herpéticas, representam um indicador da fragilidade imunológica e um prognóstico desfavorável do paciente infectado pelo HIV. O tratamento de escolha é antiviral por cerca de 5 a 10 dias ou até mesmo a vacina aprovada pelo FDA em junho de 2006, mas que só tem eficácia comprovada na primeira manifestação do varicela-Zóster a catapora. (JASEN, et. al. 2013).

Um estudo prospectivo realizado no Medical College, Amritsar, Punjab, Índia. Dados dos prontuários de 604 pessoas, foram coletados; 73,33% dos pacientes soropositivos estavam na faixa etária de 14-40 anos, e apresentavam diversas manifestações infecciosas e não infecciosas como: candidose 32,22% e herpes Zóster com 13,33% de acometimentos nesses pacientes. (CHOPRA, 2012; ARORA, 2012).

Outro estudo feito com coleta de dados de pacientes do Hospital St. Josef-, Ruhr-Universität Bochum da Alemanha, analisou prontuários de 3.757 pacientes HIV positivos, com idade média de 38 anos. Esse estudo apontou que 22% dos pacientes apresentavam herpes Zóster com vários episódios de recorrências (quatro recorrências no mínimo). (JASEN, et. al. 2013).

**Leucoplasia pilosa bucal:**

A leucoplasia pilosa (LPO) esta relacionada ao vírus Epstein-barr. Essa alteração é uma das manifestações mais comuns na AIDS. Foi pela primeira vez relatada em 1984 por GREENSPAN et al. que verificaram sua ocorrência em homens homossexuais, soro positivo para o HIV. As características clínicas bucais são: formação de lesões brancas, do tipo leucoplasia, não removidas com raspagem, lineares, normalmente unilaterais na borda lateral da língua podendo recobrir face lateral e dorso. Não há tratamento para esta manifestação, por questões estéticas as lesões podem ser removidas cirurgicamente. Alguns relatos mostraram que a solução alcoólica de podofilina pode ser eficiente em alguns casos. Seu diagnóstico é de grande importância, pois a leucoplasia pilosa é um forte indicativo de infecção pelo HIV. (BASTOS, 2012).

Freeman et. al. 2012, avaliando os prontuários de 495 pacientes (171 homens e 24 mulheres) HIV positivos com idade média 47,38 anos, pacientes do Adelaide Dental Hospital, South Australia; observaram que 17% dos pacientes apresentavam leucoplasia pilosa bucal. (FREEMAN, et. al. 2012b).

**Papilomavírus humano:**

O papilomavírus humano (HPV) possui diversas manifestações bucais, faciais e áreas anogenitais. Nos pacientes infectados pelo HIV há um aumento na prevalência desses casos principalmente com envolvimento das áreas anogenitais e bucais.

As manifestações bucais do papilomavírus humano são semelhantes a espículas brancas, lesões tipo couve-flor ou pápulas ligeiramente elevadas, tais como o papiloma escamoso bucal e a verruga vulgaris. Podem ser múltiplas, localizadas na mucosa labial, jugal, língua e gengiva. Em pacientes aidéticos, observam-se alterações displásicas devendo ser obrigatoriamente preservadas quanto ao desenvolvimento de carcinoma de células escamosas. A transmissão se dá por via sexual, vertical (mãe/feto), auto inoculação e inoculação através de objetos contaminados pelo HPV. O tratamento se dá por excisão cirúrgica, mas as recorrências são comuns. (ENTIAUSPE, et. al. 2010).

SILVA, et. al. 2012, em sua revisão sistemática, avaliou 337 artigos onde foram coletados dados quanto à autoria, amostra, método, significado das manifestações e prevalência. Esse estudo mostrou que 3.0% dos artigos se referiam ao papilomavírus humano como uma das manifestações bucais da AIDS. (SILVA, et. al. 2012).

## 2.4 INFECÇÕES BACTERIANAS:

### **Periodontite Ulcerativa Necrosante:**

A Periodontite ulcerativa necrosante é uma doença de processo inflamatório e tem ligação com a Gengivite ulcerativa necrosante. Afeta as estruturas de suporte do dente como: cimento, osso alveolar e ligamentos periodontais, podendo estar associada com a infecção do vírus HIV ou não. A diferença é que em indivíduos infectados pelo HIV sua evolução e agressão são mais rápidas, apresenta dores intensas em toda a área afetada (maxila ou mandíbula), perda óssea ou exposição óssea, sangramento, mobilidade dentária, odor fétido, ulceração papilar e gengival. (BASTOS, 2012).

Em estudo clínico realizado com 47 crianças soropositivas para HIV, de ambos os gêneros, pacientes do Posto Assistencial de Maceió – AL, na faixa etária de 0 a 12 anos, encontrou os seguintes resultados: 57,5% das crianças apresentavam doenças periodontais, sendo a periodontite ulcerativa necrosante uma destas manifestações. (ROSENDO, 2011; FERREIRA, 2011; PUGLIESI, 2011).

O tratamento inicialmente consiste em remoção mecânica do biofilme e irrigação com água oxigenada e remoção das membranas necróticas com gaze embebidas em clorexidina a 0,12%. Recomendação de repouso e dieta líquida e/ou pastosa, evitar alimentos cítricos e prescrição de antibióticos, assim como, antissépticos. (SILVA, et. al. 2011).

**Eritema gengival linear:**

Caracterizado por uma borda linear eritematosa na gengiva marginal, podendo atingir a gengiva inserida. Não apresenta sinais de inflamação ou associação ao acúmulo de placa bacteriana. Acredita-se que esta manifestação ocorra devido à resposta imune do indivíduo à bactéria subgengival ou até mesmo um padrão incomum de candidose. Podendo ou não ser acompanhada por sangramento gengival, recessão ou dor. O eritema gengival linear em paciente soropositivo (Figura 6, 7 e 8) apresenta um alto número de neutrófilos associados com a necrose gengival severa. Estes invadem o epitélio gengival sulcular e bucal apresentando lesões progressivas com necrose e sem formação de bolsa periodontal. (ZHANG, 2009; REICHART, 2009; SONG, 2009).

Na mesma pesquisa citada posteriormente realizada por FREEMAN et. al. 2012, em sua avaliação dos prontuários de 495 pacientes (171 homens e 24 mulheres) HIV positivos com idade média 47,38 anos, pacientes do Adelaide Dental Hospital, South Australia; mostrou o percentual de 3,9% dos pacientes apresentavam o eritema gengival linear. (FREEMAN et. al. 2012c).

Seu tratamento consiste em profilaxia profissional e bochechos com clorexidina ou antissépticos, no caso de resistência, a prescrição de antifúngicos se mostra eficiente. (KHAN, et. al. 2012).



Figura 6 – Eritema Gengival Linear em indivíduo HIV +.

Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W., 1995.



Figura 7 – Eritema Gengival Linear em indivíduo HIV +.  
Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W.,1995.



Figura 8 – Eritema Gengival Linear em indivíduo HIV +.  
Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W.,1995.

:

## 2.5 NEOPLASIAS:

### **Sarcoma de Kaposi:**

O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia vascular, descrita primeiramente em 1872 por Moritz Kaposi. No princípio apresentava-se como um tumor raro, entretanto, estudos mostram que esta manifestação tem maior frequência em indivíduos infectados pelo HIV. Evidências mostram que a etiologia da manifestação é o herpesvírus humano 8 que desenvolve-se em células endoteliais e linfáticas. As lesões do Sarcoma de Kaposi assemelham-se àquelas vasculares do tipo hemangioma, com acúmulo de pigmento melânico e equimose, manchas nodulares ou planas que podem virar úlceras dolorosas que dificultam a fala. As principais áreas da cavidade bucal acometidas são gengiva e palato (Figura 9, 10 e 11). O tratamento de escolha é radioterapia e quimioterapia de acordo com a localização e estágio da lesão, no caso de pacientes portadores da AIDS é indicado o coquetel anti-retroviral. O prognóstico é variável e depende do estado imune do paciente. (YOSHIDA et. al. 2013).

Um estudo realizado com 105 crianças (63 sexo masculino e 42 sexo feminino), da clínica de doenças infecciosas do Hospital de Ensino Aminu Kano, foram examinados ao longo de dois anos por um estudo transversal. O sarcoma de Kaposi apresentou frequência de 2,0% em relação a outras manifestações encontradas. (ADEBOLA, et. al. 2012).

Em uma revisão sistemática, feita por uma análise de 337 artigos, foram coletados dados quanto à autoria, amostra, método, significado das manifestações e prevalência das manifestações bucais da AIDS. Desta revisão 8.70% das pesquisas relataram que os pacientes apresentavam sarcoma de Kaposi. (SILVA, 2012; PEREIRA, 2012; GARCÍA-ZAPATA, 2012).



Figura 9 – Sarcoma de Kaposi em Gengiva de indivíduo HIV +.  
Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W.,1995.

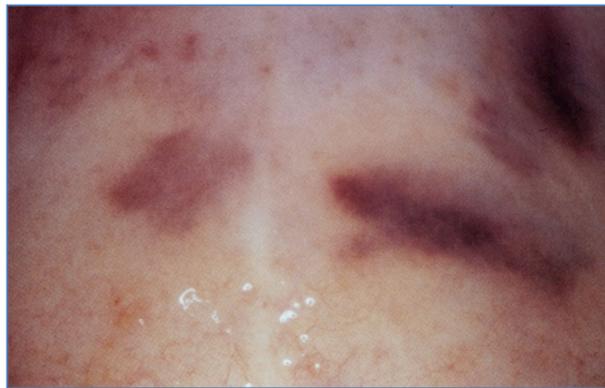


Figura 10 – Sarcoma de Kaposi em palato de indivíduo HIV +.  
Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W.,1995.



Figura 11 – Sarcoma de Kaposi em língua de indivíduo HIV +.  
Fonte: CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W.,1995.

**Linfomas:**

Os linfomas representam o segundo tipo de neoplasia maligna mais comum em indivíduos portadores do HIV. A maior parte é constituída por linfomas não - Hodgkin de células da série dos linfócitos B e incluem mais 20 tipos de linfomas. As lesões bucais estão localizadas principalmente na gengiva, podendo inicialmente ser confundidas com abscessos dento-alveolar ou problemas periodontais. Caracterizam-se pelo aumento volumétrico da gengiva ou palato mole. Suas características radiográficas no início apresentam-se sutis com uma radiotransparência irregular e mal definida, mas se não tratado causa expansão óssea e perfuração da tábua óssea. O tratamento de escolha é a combinação entre quimioterapia e radioterapia ou até mesmo associação com imunoterapia. Esta manifestação é agressiva e em estágios mais tardios a sobrevida é avaliada em meses, sendo um dos casos de maior morbidade e mortalidade em pacientes portadores da AIDS. (TANAKA, 2012).

Um estudo realizado com 371 pacientes portadores da doença AIDS, pacientes da unidade de Infectologia e Medicina Oral do Hospital São Lucas – Porto Alegre/RS foi utilizado como metodologia dados transversais e retrospectivos dos prontuários. Esses resultados mostraram que 2.71% dos pacientes apresentavam como manifestação bucal o linfoma não – Hodgkin. (PETRUZZI, 2012).

## 2.6 OUTRAS MANIFESTAÇÕES:

### **Aftas Bucais:**

As aftas bucais são úlceras encontradas principalmente na mucosa jugal (Figura 12), não se sabe ao certo o fator etiológico destas lesões. São observadas em três formas: a menor, a maior e a herpertiforme. Quando o grau de imunodepressão está avançado as ulcerações se tornam mais frequentes. Os sintomas apresentam-se em até dois dias antes do surgimento da lesão e causam sensação de dor ou queimação. Quando estão em grande número causam desconforto ao ingerir alimentos e líquidos. Seu tratamento pode incluir bochechos com anti-inflamatórios analgésicos, pomadas para uso oral com analgésico e em casos graves a prescrição de medicamentos sistêmicos como corticoides. (COSTA, 2013; CASTRO. 2013).

Uma pesquisa realizada com 293 pacientes do Hospital Universitário da Universidade do Rio grande do sul mostrou em seus dados que as aftas estão presentes em 5% dos pacientes examinados. Para a pesquisa foram utilizados questionamentos objetivos, dados dos prontuários e exame clínico. (GASPARIN et. al. 2010).



Figura 12 – Afta em mucosa jugal de indivíduo HIV +.

Fonte: CAWSON, R. A.;BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W.,1995.

### **3 IMPORTANCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE ÀS MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA AIDS**

A Biossegurança é de grande importância para os consultórios odontológicos. Um estudo realizado em Natal/ RN com 230 cirurgiões dentistas que trabalham na saúde pública. Mostrou em seus resultados um grande desconhecimento entre a prevenção da infecção pelo vírus HIV e manobras de biossegurança. Desses profissionais 100 % falaram que tomam medidas especiais no atendimento odontológico para esses pacientes, mas apenas 28% receberam treinamento para estes casos. 25,7% dos profissionais que exercem a profissão entre 11 a 20 anos relataram que estes pacientes não precisam de cuidados especiais no atendimento, compreendendo que todos os pacientes podem potencialmente ser infectados. Já 12,5% dos profissionais com mais de 20 anos de exercício da profissão relataram a mesma resposta. Esta pesquisa também indicou que 32% dos profissionais não atenderiam esses pacientes por falta de informação. Na metodologia deste trabalho foram utilizados questionários. (RODRIGUES, 2009; SOBRINHO, 2009; SILVA, 2009).

É de extrema importância o papel do cirurgião dentista no diagnóstico destas manifestações, assim como também é de sua responsabilidade a manutenção da saúde do paciente e avaliação da progressão da doença. A prevalência de indivíduos infectados pelo vírus do HIV esta em alta, as Nações Unidas certificou que há cerca de 35 milhões de pessoas no mundo convivendo com o vírus HIV. (RIBEIRO, 2012)

As manifestações bucais podem representar estágios iniciais da infecção pelo vírus HIV e são frequentes na maioria desses pacientes, sabendo disso o cirurgião deve estar atento a qualquer manifestação encontrada em seus pacientes, avaliando-os como um todo. Seu principal papel é diagnosticar, orientar, esclarecer dúvidas desses pacientes, além de promover a manutenção da saúde e o correto plano de tratamento (preventivos e curativos). (BORGES, 2013).

#### 4 DISCUSSÃO

A infecção pelo HIV ou a progressão da doença AIDS deixa os indivíduos em imunodepressão, essa situação proporciona ao organismo dos indivíduos infectados pelo HIV tornarem-se susceptíveis a microorganismos que em sua maioria fazem parte da microbiota bucal, as manifestações bucais estão presentes de 19,5% a 85% dependendo da região mundial examinada. (SILVA, 2011; PEREIRA, 2011; GARCÍA-ZAPATA, 2012).

A candidose bucal foi a manifestação bucal mais citada na literatura avaliada neste estudo. A presença desta lesão pode estar interligada aos primeiros sinais da infecção pelo vírus HIV. Dentre as várias formas da candidose, as mais predominantes são: candidose pseudomembranosa, eritematosa e queilite angular. Há uma predileção pelo sexo feminino e associações com álcool e tabaco. (LEÃO et. al. 2010; GASPARIN, et. al. 2010; FREEMAN et. al. 2012; BHARATHI, 2012; ANAPARTHI, 2012; CAUTHA, 2012; THODEN, et. al. 2013).

A leucoplasia pilosa e o herpes simples foram às doenças também muito referidas nos estudos analisados. A leucoplasia pilosa também pode ser relacionada como um dos sinais prodrômicos da infecção pelo vírus HIV e pode ocorrer simultaneamente com a candidose bucal. (BASTOS, 2012; FREEMAN, et. al. 2012).

O herpes simples pode estar presente nos indivíduos imunocompetentes e imunodeprimidos, a diferença para casos de imunodepressão é a severidade da manifestação e um maior número de recorrências. (GELLER, 2012; TAMY-MAURY, 2011; MWANGOSI, 2012; TILLYA, 2012).

O herpes Zóster está também entre as manifestações fortemente associadas a AIDS; Indivíduos com AIDS têm em torno de 10 a 20 vezes mais chances de desencadear o herpes Zóster do que em indivíduos imunocompetentes. Os sinais prodrômicos desta manifestação são: dor e parestesia no dermatomo envolvido durante vários dias, as recorrências em pacientes infectados pelo HIV são frequentes. (ZHANG, 2009; REICHART, 2009; SONG. 2009; CHOPRA, 2012; ARORA, 2012; JASEN, et. al. 2013).

As neoplasias como os linfomas e o sarcoma de Kaposi apresentam redução da incidência devido aos avanços no tratamento da AIDS. O sarcoma de Kaposi em indivíduos infectados pelo HIV são os mais agressivos da doença. Já os linfomas em especial o linfoma não – Hodgkin está em segundo lugar em frequência quanto às lesões neoplásicas em pacientes com AIDS. A progressão agressiva do linfoma não - Hodgkin é de grande importância, sendo os casos de maior mortalidade em pacientes portadores da AIDS. (ADEBOLA, et. al. 2012; TANAKA, 2012; PETRUZZI, 2012; YOSHIDA et. al. 2013).

Outras manifestações como: papilomavírus humano, periodontite ulcerativa necrosante, eritema gengival linear, aftas bucais dentre outras também se fazem presentes nos indivíduos infectados pelo HIV. (ZHANG, 2009; REICHART, 2009; SONG, 2009; ENTIAUSPE, et. al. 2010; BASTOS, 2012; YOSHIDA et. al. 2013). As doenças periodontais como a periodontite ulcerativa necrosante e o eritema gengival linear apresentaram aumento de sua recorrência em pacientes infectados pelo HIV. A periodontite ulcerativa necrosante nestes indivíduos pode apresentar grande agressão aos tecidos bucais e dores intensas. (ROSENDO, 2011; FERREIRA, 2011; PUGLIESI, 2011; SILVA, et. al. 2011). O eritema gengival linear é relatado por alguns autores como um padrão incomum da candidose, nos pacientes infectados pelo vírus HIV há áreas severas de necrose. (FREEMAN et. al. 2012b; KHAN, et. al. 2012).

O papel do cirurgião dentista no diagnóstico destas manifestações e manutenção da saúde do paciente é de extrema importância. Há uma alta incidência de indivíduos infectados pelo vírus HIV, a grande maioria dessas pessoas nos estágios iniciais da infecção não se atenta aos sinais e nem procura informações médicas.

Os cuidados com a biossegurança no atendimento odontológico do paciente com AIDS são de grande importância não só para o cirurgião dentista, mas também para o paciente que pode adquirir infecções de microrganismos oportunistas presentes em consultórios e materiais odontológicos não devidamente esterilizados. (RIBEIRO, 2012; BORGES, 2013).

Na maioria dos artigos revisados houve concordância entre os pesquisadores para as principais manifestações bucais da AIDS, não houve diferença significativa entre as incidências das manifestações. Todos os artigos citaram a importância do diagnóstico correto feito pelo cirurgião dentista.

## **5 CONCLUSÃO:**

A presente revista de literatura pode concluir que:

As manifestações bucais da AIDS mais comumente encontradas em pacientes infectados pelo HIV são: candidose bucal, leucoplasia pilosa, herpes simples e herpes Zóster dentre outras citadas com menor frequência.

Estas manifestações estão fortemente ligadas ao início da infecção pelo vírus HIV ou à progressão da doença AIDS e a diferença destas manifestações em pacientes normais se baseia na severidade, progressão e recorrência.

O cirurgião dentista tem a responsabilidade no diagnóstico destas manifestações bucais, assim como, na manutenção da saúde e planejamento especializado no tratamento destes indivíduos.

Deve haver consciência entre os cirurgiões dentistas de que pacientes infectados pelo HIV ou já com a doença AIDS, dentre outras alterações sistêmicas, estão se tornando mais frequentes do dia-a-dia do consultório odontológico.

## REFERÊNCIAS

ADEBOLA, R. A.; ADELEKE. S. I.; LADEINDE A. Oral manifestation of HIV/AIDS infections in paediatric Nigerian patients. **Nigerian Medical Journal**. 53 (3) p150-154; Jul-Sep 2012.

AMATO, V. N. et al. AIDS na prática médica. São Paulo, **Sarvier**, p. 8-11, 1996.

BASTOS, B. L. de A. **Manifestações bucais em pacientes com tuberculose e AIDS e a biossegurança para o cirurgião-dentista: revisão de literatura**. 2012, 47f. Monografia (especialização) – Universidade Federal do rio grande do Sul, Departamento de medicina social, 2012.

BORGES, H. C. F. et al. Atenção odontológica ao paciente com hiv: relato de caso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 11, nº 35, p56-66; jan/mar 2013.

BHARATHI, M.; ANAPARTHY, U.; CAUTHA, S. A. Comparative study of car-rier state of Candida and its speciation in oral flora- among healthy individuals, persons with DM and HIV sero positive individuals. **Our Dermatol Online**. 3(2) p 102-06; 2012.

CAWSON, R. A.;BINNIE, W. H.; EVERSON, J. W. **Atlas colorido de enfermidades da boca: correlações clínicas e patológicas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1995.

COSTA, D. C. B. et al. Manifestações orais em pacientes HIV+ na era da terapia anti-retroviral de alta atividade: o que mudou ? - uma atualização para o clínico. **Int. J. Dent, Recife**. 10(2) p 97-102; abri – jun, 2011.

COSTA, G. B. F.; CASTRO J. F. L. **Etiologia e tratamento da estomatite aftosa recorrente: revisão de literatura**. 2013, 116f. Monografia – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto; 2013.

CHOPRA A.; ARORA, U. Skin and Mucocutaneous Manifestations: Useful Clinical Predictors of HIV/AIDS. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**., Vol-6(10) p1695-1698; December 2012.

ENTIAUSPE, L. G. et al. Papilomavírus humano: prevalência e genótipos encontrados em mulheres HIV positivas e negativas, em um centro de referência no extremo Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 43(3) p260-263; Mai-Jun, 2010.

FREEMAN, A. D. et al. Oral health in Australian HIV patients since the advent of combination antiretroviral therapy. **Australian Dental Journal**. Vol 57 p 470–476; 2012.

GASPARIN, A. B. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro; 25(6) p1307-1315; jun 2010.

GELLER M. Herpes simples: atualização clínica, epidemiológica e terapêutica. **Jornal Bras. Doenças Sex. Transm.** 24(4) p 260-266; 2012.

GONZÁLEZ, A. H.; GARCÍA O. M. H.; FABIÁN. L. G. Vírus da imunodeficiência humana-sida em pacientes diagnosticados com herpes zoster em Gabón, África. **Revista Cubana de Medicina Tropical.** 65(1) p36-45; 2013.

GROTTO, R.M.T; PARDINI, M.I.M.C. Biologia molecular do HIV-1 e genética da resistência humana à AIDS. **Arq Ciênc Saúde.** 13(3); jul-set 2006.

JASEN, K. et al. Incidence and risk factors of herpes zoster among hiv-positive patients in the german competence network for HIV/AIDS (KompNet): a cohort study analysis. **BMC Infectious Diseases.** Vol. 14 p323-331; 2013.

JOHNSON, N. W. The mouth in HIV/AIDS: markers of disease status and management challenges for the dental profession. **Australian Dental Journal.** 55:(1 Suppl) p85–102; 2010.

KHAN, S. A. et al. People living with HIV /AIDS (PLWHA) and HIV/AIDS associated oral lesions; a study in Malaysia. **BMC Public Health.** p 1471-2458; 2012.

LEAO, J. C. Oral complications of HIV disease. **Clinics.** 64(5) p 459-70; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_atencao\\_integral\\_hiv.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_atencao_integral_hiv.pdf). 2013.

MWANGOSI, I. E. A. T.; TILLYA J. Oral lesions associated with HIV/AIDS in HIV-seropositive patients attending a counselling and treatment centre in Dar es Salaam. **International Dental Journal.** Vol. 62, Issue 4, pages 197–202, August 2012.

PETRUZZI M. N. M. R. Risk factors of HIV-related oral lesions in adults. **Rev Saúde Pública.** 47(1) p 52-9; 2013.

PETRUZZI, M. N. M. R. **Perfil Epidemiológico de Portadores do HIV com Manifestações Estomatológicas em Cinco Centros de Referência na Cidade de Porto Alegre.** 2012, 123f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2012.

RAMIREZ, V. A.; SAAVEDRA, A. G.; MATA, M. G. Kaposi's sarcoma of the head and neck: a review. **Revista Oral Oncol.** Vol 46 p135–45; 2010.

RIBEIRO, B. B. et al. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. **Revista Odonto.** 20(39) p 61-70; 2012.

RODRIGUES M. P.; SOBRINHO M. D.; E. M. SILVA. Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da AIDS. **Rev. Ciência & Saúde coletiva.** 10(2) p463-472; 2009.

ROSENDO, I. A. et al. Avaliação das condições bucais em crianças infectadas pelo HIV atendidas em um posto de assistência municipal de Maceió-AL. estudo longitudinal. **Revista Semente,** 6(6) p53-6; 2011.

SALES-PERES, S. H. de C. et al. Oral manifestations in HIV+ children in Mozambique. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** 17(1) p55-60; 2012.

SILVA, S. M.; PEREIRA, A. L.; GARCÍA-ZAPATA, M. T. A. Manifestações bucais na infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Fac. Odontol.** Porto Alegre, v. 52, n. 1/3, p. 57-65, jan - dez 2011.

SONTAKKE, S. A.; UMARJI, H.R.; KARJODKAR, F. Comparison of oral manifestations with CD4 count in HIV-infected patients. **Revista Indian J. Dent.** Vol. 22 p732; 2011.

TAMÍ-MAURY, I. et al. Contemporary profile of oral manifestations of HIV/AIDS and associated risk factors in a southeastern US clinic. **Journal of Public Health Dentistry.** p8; 2011.

TANAKA, P. Y. **Detecção do vírus Epstein-Barr (EBV), expressão de FOXP3 e avaliação da carga viral para EBV com marcadores prognósticos nos linfomas relacionados à AIDS.** 2012, 81f. Tese (Doutorado) Universidade do Estado de São Paulo, Departamento de Distúrbios do Crescimento Celular, Hemodinâmicos e da Hemostasia, São Paulo, 2011.

THODEN, J. et al. Therapy and prophylaxis of opportunistic infections in HIV-infected patients: a guideline by the German and Austrian AIDS societies. **German–Austrian OI guidelines.** p115; 2013.

WATANUKI, F. **Manifestações orais associadas ao HIV após 30 anos de epidemia no Brasil.** 2010, 114f. Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo, departamento de patologia Bucal. São Paulo; 2013.

YOSHIDA, R. et al. A case of AIDS-associated oral Kaposi's sarcoma of the tongue. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology**. p15; 16 dez. 2012.

ZHANG X.; REICHART P. A.; SONG Y. Oral manifestations of HIV/AIDS in China: a review. **Oral Maxillofac Surg**. Vol 13 p63–68; 2009.