

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Mariana Furuzawa

MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES
HIV: revisão de literatura

Taubaté – SP
2018

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Mariana Furuzawa

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES
HIV: revisão de literatura**

Trabalho de Graduação
apresentado ao Departamento de
Odontologia da Universidade de
Taubaté como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Bacharel
em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo
Gonçalves Cardoso

Taubaté – SP

2018

SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

F992m Furuzawa, Mariana
Manifestações bucais em pacientes HIV: revisão de literatura / Mariana
Furuzawa. -- 2018.
31 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Odontologia, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Marcelo Gonçalves Cardoso, Departamento de
Odontologia.

1. HIV. 2. Manifestações bucais. 3. Síndrome da Imunodeficiência
Adquirida. I. Universidade de Taubaté. II. Título.

CDD - 616.9792

Mariana Furuzawa

Data: 29/11/2018

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Marcelo Gonçalves Cardoso
Universidade de Taubaté

Assinatura

Prof. Carlos Eduardo Dias Colombo
Universidade de Taubaté

Assinatura

Prof. Afonso Celso Souza de Assis
Universidade de Taubaté

Assinatura

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares, em especial, meus pais, pois sem eles nada disso seria possível, aos meus professores e amigos, que de alguma maneira contribuíram para que chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

A DEUS

Pela dádiva da vida e por ter me concedido força, por não ter me deixado fraquejar em nenhum dos momentos de dificuldade, permitindo que eu chegasse até aqui.

AOS MEUS PAIS

Neusa Maria Furuzawa e José Carlos Yoshio Furuzawa, que são meu orgulho, um exemplo de determinação e força, que me ensinaram, desde cedo, que o estudo é a fonte da vida, sem ele, nada somos e é a única coisa que ninguém pode roubar de nós, e, por isso, sempre me deram todo o suporte para que eu apenas estudasse.

AOS MEUS PROFESSORES

Em especial, meu Orientador, Profº Marcelo Gonçalves Cardoso, que me deu todo o suporte com suas correções e incentivo.

AOS MEUS AMIGOS

Que tiveram toda a paciência comigo, neste período acadêmico, que exige todo nosso tempo e energia, aos que começaram comigo e aos que chegaram agora.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
1 INTRODUÇÃO.....	8
2 PROPOSIÇÃO.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	
3.1 DOENÇAS INFECCIOSAS.....	11
3.2 NEOPLASIAS.....	18
3.3 OUTRAS MANIFESTAÇÕES.....	20
4 DISCUSSÃO.....	22
5 CONCLUSÃO.....	28
6 REFERÊNCIAS.....	29

RESUMO

A AIDS é uma doença sistêmica, que ataca o sistema imunológico, tornando-o mais susceptível a infecções oportunistas. Um dos primeiros sinais clínicos e sintomas da doença podem manifestar-se, na cavidade bucal, o que torna importante o diagnóstico inicial precoce pelos cirurgiões-dentistas. Isso evidencia a importância de todos os profissionais da área da saúde trabalharem, no controle da AIDS, assim como na sua prevenção, diagnóstico e terapia da doença, para adequar as condições de saúde bucal dos pacientes, melhorando a qualidade de vida e de conforto. Este trabalho propõe discutir, por revisão de literatura, algumas manifestações bucais que ocorrem em pacientes HIV positivos, e a importância do cirurgião-dentista, como profissional da saúde e integrante de equipes multidisciplinares, para que esteja apto para reconhecê-las.

Palavras-chaves: HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Manifestações Bucais.

1 INTRODUÇÃO

A SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença causada por um retrovírus transmitido por via sexual, drogas injetáveis, transfusão sanguínea ou via placentária, causando imunodeficiência e é capaz de manifestar-se logo após o contágio ou levar um tempo após a primeira manifestação. Considerada uma pandemia humana que teve início, na República Democrática do Congo, na década de 1920, quando cientistas sugerem o aparecimento do ancestral do HIV e somente, em 1981, o vírus HIV foi identificado. Consiste em um problema de saúde com contexto social e abrangência mundial, na medida em que não existe um tratamento que traga cura. Em um primeiro momento, era associada como uma doença que atingia grupos restritos, como: homossexuais, haitianos e hemofílicos. Entretanto, com a disseminação dessa doença, com o passar dos anos, esse perfil se modificou. Atualmente, atinge outros grupos, como mulheres, heterossexuais, idosos e crianças. Sendo assim, o que antes preocupava eram os grupos de risco, hoje, a AIDS está voltada para os comportamentos de risco, como relações sexuais sem o uso de preservativos e o compartilhamento de agulhas.

O diagnóstico precoce da síndrome da imunodeficiência adquirida é de grande importância, pois quanto antes o tratamento com antirretrovirais for iniciado, maior será a qualidade e tempo de vida do portador dessa doença, dando menos abertura para doenças oportunistas, uma vez que um dos primeiros sinais clínicos da doença podem se localizar, na cavidade bucal, evidenciando a preparação do cirurgião- dentista a obter um diagnóstico correto.

Diante do exposto, o trabalho propõe discutir, por revisão de literatura, algumas manifestações bucais que ocorrem em pacientes HIV positivos, e a importância do cirurgião-dentista, como profissional da saúde e integrante de

equipes multidisciplinares, que deverá estar apto para reconhecê-las ou até mesmo encaminhar para um especialista.

2 PROPOSIÇÃO

Revisar, na literatura, as principais manifestações bucais que ocorrem em decorrência do vírus HIV e evidenciar a importância do cirurgião-dentista em reconhecê-las e fazer um diagnóstico correto.

3 REVISÃO DE LITERATURA.

3.1 INFECCIOSAS

Candidose

A candidose ou candidíase é uma infecção fúngica oportunista causada pela *Candida albicans*, é a lesão bucal mais comum entre os pacientes HIV positivo, estando relacionada diretamente à imunidade baixa do paciente. Existem quatro tipos de infecções por cândida: a pseudomembranosa, a eritematosa, a hiperplásica e a queilite angular. A Candidíase pseudomembranosa é a forma mais comum nesses pacientes e é caracterizada por pseudomembranas esbranquiçadas ou amarelada, facilmente removida por raspagem. A queilite angular é muito comum em pacientes debilitados devido à ausência de vitaminas e naqueles que já perderam os molares, o que resulta na perda da dimensão vertical e, assim, formando uma dobra na comissura labial, deixando o local com constante umidade, tornando-o propício para o desenvolvimento da candidíase. É caracterizado por fissuras, na comissão labial, com presença de eritemas e placas esbranquiçadas, sendo frequentemente acompanhada por candidíase intra-oral. Dependendo das condições imunológicas do paciente, a candidíase, além de cometer a cavidade bucal, pode afetar outras áreas do corpo como esôfago, traqueia e faringe. A candidíase eritematosa é caracterizada por pontos ou manchas avermelhadas, e é encontrada em maior frequência, no palato, no dorso da língua e na mucosa jugal e a candidíase hiperplásica é caracterizada por placas brancas ou amarelada, com aspectos clínicos parecidos com a candidíase pseudomembranosa, não removível por raspagem e podem ocorrer em qualquer local da cavidade bucal (PAULIQUE *et al.*, 2017; FELIPE *et al.*, 2016).

Meless *et al.* (2014) examinaram 35 crianças portadoras de HIV, observando um total de 42 lesões bucais entre elas. Diagnosticaram candidíase em 24 dessas lesões, portanto, assim, sendo a mais frequente. Dez lesões foram encontradas, na sua variante pseudomembranosa, oito eritematosa e seis como queilite angular.

Motta *et al.* (2014) verificaram que de 40 pacientes infectados por HIV estudados, 19,23% tinham candidíase pseudomembranosa, sendo assim, a primeira lesão bucal mais frequente. A queilite angular apareceu em 11,54% dos pacientes examinados.

Rosales *et al.* (2016) examinaram 177 pacientes HIV positivos, deles 93,7% havia manifestações bucais e 39,2% estavam associados diretamente ao HIV. A candidíase foi a mais frequente resultando em 14,7% dos pacientes estudados.

Goulart *et al.* (2018) realizaram um estudo e verificaram que, de 197 pacientes HIV positivo analisados, 51,3% foram colonizados por espécies de *Candida*, sendo *C. albicans* a mais frequente (80%), seguido de *C. glabrata*(14%), *C. tropicalis* (4%) e *C. krusei*(2%).

Silva (2018) analisou 101 pacientes HIV positivos por meio da anamnese relatada pelos pacientes e 40,6% relataram candidíase.

Histoplasmose

Histoplasma capsulatum é um fungo dimórfico responsável pela histoplasmose, uma micose sistêmica profunda, transmitida pelo ar através da inalação por conídeos da natureza. Embora sendo geralmente assintomática em pessoas imunocompetentes, passa a ser sintomática em 95% dos infectados por HIV. Seus sintomas são altamente variáveis em portadores de HIV, sendo mais frequente, no sistema respiratório, digestivo e linfadenopatias superficiais, podendo

acometer, às vezes, a cavidade bucal em forma de lesões ulceradas e erosivas. Tem um aspecto de carcinoma e atinge, preferencialmente, mucosa jugal, língua, palato, lábios e gengivas (Chrobaczek *et al.*, 2018; Caceres *et al.*, 2018; Felipe *et al.*, 2016).

Chrobaczek *et al.* (2018) relataram um caso raro de tumor oral, apresentando uma grande ulceração necrótica, na base da língua e na parte anterior dos pilares do palato mole, com um revestimento esbranquiçado. Realizaram uma biópsia da base da língua e das lojas da amígdala. O exame anatomopatológico revelou uma inflamação granulomatosa polimorfa rico em ninhos histiocitários e linfócitos, bem como a presença de leveduras intra-histocíticas de *H. capsulatum* e o exame citológico de esfregaços de cultura de fungos a 25 C confirmou a presença de *H. capsulatum*.

GUN

A gengivite ulcerativa necrosante (GUN) é de etiologia microbiana apresentada por espiroquetas como *Borrelia vincentii* e por bacilos fusiformes como *Bacillus vincentii*, que são combinados essencialmente à resposta do hospedeiro quando está em déficit, como os infectados por HIV. É caracterizado clinicamente por áreas da gengiva interdentária necrosadas, recobertas por pseudomembranas acizentadas, com sangramento e odor fétido. A PUN (periodontite ulcerativa necrosante) se diferencia da GUN pela perda de osso alveolar e inserção clínica (Netto *et al.*, 2018; Paulique *et al.*, 2017).

Motta *et al.* (2014) A GUN é a segunda lesão oral mais frequente em pacientes HIV positivos e, no seu estudo, verificaram que de 40 pacientes HIV positivos, 15, 38% dos pacientes apresentavam GUN.

Gengivite e periodontite associadas ao HIV

As doenças periodontais estão entre as mais frequentes entre os pacientes infectados por HIV e possuem alto índice de prevalência mesmo em indivíduos que estão em tratamento antirretroviral, tendo em vista a relação entre a condição imunológica e a condição periodontal em um indivíduo, a imunossupressão provocada pela infecção pelo HIV e as altas cargas virais podem aumentar a susceptibilidade para esse tipo de doença e potencializar a destruição dos tecidos periodontais provocada por patógenos residentes e oportunistas (ONO *et al.*, 2009; GAPARIN *et al.*, 2009; GAURAV *et al.*, 2011; PEPPE *et al.*, 2013).

Motta *et al.* (2014) examinaram 40 pacientes HIV positivos com lesões bucais, apontando tanto a periodontite úlcero necrosante (PUN) quanto à periodontite em 7.69% dos pacientes.

Barros *et al.* (2018) afirmam que 80% dos indivíduos HIV positivos apresentam alterações provenientes de infecções oportunistas e as doenças periodontais estão entre as mais frequentes. Silva (2018) analisou o fluxo salivar de 95 pacientes HIV positivos diagnosticando gengivite em 61,4% dos pacientes e periodontite em 39,7% dos pacientes.

Herpes Simples

As infecções pelos vírus herpes simples (HSV-1 e HSV-2) representam, entre as doenças sexualmente transmissíveis, as mais comuns em nível global, alcançando uma prevalência de 80% em adultos. Em pacientes HIV positivos, a infecção pelo vírus herpes simples ocorre com mais frequência comparada com indivíduos imunocompetentes, devido à debilidade do sistema imunológico. As lesões são caracterizadas por vesículas que coalescem e ulceram sobre uma base

eritematosa formando uma crosta, que se cicatrizam nas semanas seguintes. Ocorrem principalmente, no palato duro, vermelhidão do lábio, dorso da língua e na gengiva em pacientes infectados por HIV e são lesões altamente contagiosas (Felipe *et al*, 2016).

Rosales *et al.* (2016) examinaram 177 pacientes HIV positivos, 39,2% havia manifestações bucais associadas diretamente ao vírus HIV e apenas 2 pacientes foram diagnosticados com herpes simples.

Passos (2018) analisou, no seu estudo feito com 44 pacientes HIV positivos, que apenas dois pacientes foram diagnosticados com herpes simples.

Herpes Zóster

O vírus Varicela zóster, da família Herpesviridae, com crescimento preferencial, no sistema nervoso, são causadores da catapora (varicela) e da herpes zóster. Os herpes vírus têm a capacidade de induzir uma forma latente, que persiste durante toda a vida pós-infecção dos indivíduos acometidos e, em algum momento de fragilidade imunitária do organismo, o vírus é reativado. No caso da herpes zóster, caracteriza-se por erupções eritema-vesiculares dolorosas ao longo de um trajeto sensitivo (Lobo *et al.*, 2015). As lesões orais do herpes-zóster ocorrem quando há o envolvimento do nervo trigêmeo e podem estar presentes na mucosa móvel ou aderida (PIVORAR *et al.*, 2013).

Silva (2018) por meio de uma anamnese em 101 pacientes infectados por HIV, 29,7% relataram a presença de herpes zóster. Passos (2018) analisou 60 pacientes infectados por HIV e 13 apresentaram herpes zóster. Martins (2018), em seu estudo feito com 228 pacientes infectados por HIV, 4,8% foram diagnosticados com herpes zóster.

Leucoplasia Pilosa Oral

A leucoplasia Pilosa Oral (LPO) é uma infecção oportunista associada à presença do vírus Epsteir- Barr e, nos pacientes infectados por HIV, apresenta-se de modo especial, pois é raramente visto em imunocompetentes negativos. Caracteriza-se clinicamente como uma placa branca, não removível à raspagem, localizada principalmente nas bordas laterais da língua, uni ou bilateralmente e a superfície pode apresentar-se plana, corrugada ou pilosa (PAULIQUE *et al.*, 2017).

Motta *et al.* (2014) verificaram que de 40 pacientes infectados por HIV estudados, 11,54% obtiveram o diagnóstico de leucoplasia pilosa. Moura *et al.* (2017) apresentaram um caso de um paciente de Belo Horizonte, do sexo masculino de 45 anos, com diagnóstico HIV positivo já estabelecido. O paciente queixava-se de uma placa branca, na língua, assintomática. Foi feito um exame extra e intra-bucal, observando uma lesão unilateral, como uma placa branca, não removível quando raspada, mal delimitado, com uma superfície ondulada ou cabeluda, localizada na borda lateral da língua. Sendo assim, foi realizada a citologia esfoliativa, diagnosticando a LOP. O tratamento não foi executado, pois o paciente não tinha queixas de estética e nem de dor.

Martins *et al.* (2018) analisaram 228 pacientes HIV positivos em seu estudo observando como infecções oportunistas a leucoplasia pilosa sendo a lesão mais frequente, aparecendo em 23,7% dos casos avaliados.

Citomegalovírus (CMV)

Citomegalovírus foi, inicialmente, conhecido como vírus da doença de inclusões citomegálicas e é um dos três vírus B-herpes que são responsáveis por infecções em humanos, o HIV e o CMV atuam sinergicamente induzindo a

expressão e a liberação de citocinas pelo CMV e a ativação do DNA do HIV, levando ao aumento da carga viral e à rápida progressão para um estado de imunodeficiência. Na boca, podem se apresentar com lesão ulcerada de bordas elevadas e endurecidas, sem edema (RIBEIRO e BIANCHI 2018; APONTE *et al.*, 2018).

A infecção pelo CMV ocorre em 0,3 a 2% das crianças ao nascimento, aproximadamente 10 a 15% dos natais infectados são sintomáticas e cerca de 15% desenvolverão alguma sequela como deficiência mental e surdez (RIBEIRO, 2018). Segundo Passos (2018), de 60 pacientes HIV positivos examinados, seis pacientes foram diagnosticados com CMV.

Papilomavírus (HPV)

As manifestações orais com papilomavírus podem apresentar diferentes aparências, como lesões verrucóides, podendo se apresentar papilares, sésseis ou pediculadas, podendo ocorrer em qualquer região bucal, sendo mais associadas às lesões genitais. A presença de lesões pelo papilomavírus humano (HPV) não é patognomônico de infecção por HIV, porém é mais frequente nos infectados pela baixa imunidade (FELIPE *et al.*, 2016).

Rosales *et al.* (2016) analisaram que, de 177 pacientes HIV positivos com manifestações bucais, apenas dois pacientes possuíam o HPV. Badial *et al.* (2018) analisaram 40 pacientes infectadas por HIV, recolhendo um total de 80 amostras cervicais, identificando DNA de HPV em 59 amostras, e os HPVs de alto risco foram predominantes com 59,3%.

Molusco contagioso

A doença é causada por um vírus da família Poxviridae, com aspecto nodular, exofídico, cor da mucosa normal ou esbranquiçada, localizado, no lábio, na língua e na mucosa jugal. Pode ser único ou múltiplo e está ou não associado a lesões de pele (GARCIA *et al.*, 2016; FELIPE *et al.*, 2016).

Garcia *et al.* (2016) examinou uma paciente do sexo feminino com 22 anos que relatou o aparecimento de uma “verruga” na região do lábio superior há 3 semanas. Ao exame físico, notou-se uma vegetação, no lábio superior esquerdo, única, esbranquiçada, arredondada, com superfície exibindo diminutas projeções papilares, medindo aproximadamente 2mm de diâmetro, base séssil e consistência fibrosa, e a paciente negou o aparecimento das lesões em outras áreas do corpo. Foi realizada uma biópsia excisional da lesão e o exame microscópico exibiu inclusões virais basofílicas em células grandes com citoplasma abundante, e o diagnóstico final foi de molusco contagioso.

3.2 NEOPLASIAS

Sarcoma de Kaposi (SK)

O Sarcoma de Kaposi é a neoplasia maligna oral mais relacionada ao HIV. A infecção pelo HIV não é um pré-requisito para o desenvolvimento do SK e é predominante em homens jovens. As lesões da cavidade oral ocorrem em aproximadamente um terço dos pacientes com SK associado à AIDS, sendo que as lesões duras do palato são as mais comuns. Essas lesões, focais ou difusas, placas vermelhas ou roxas podem ser completamente assintomáticas e facilmente negligenciáveis. Tais lesões podem interferir com comer e falar, causar perdas dentais, ou comprometer as vias aéreas (SILVA *et al.*, 2018; PAULIQUE *et al.*,

2017). Segundo Silva (2018), em sua análise com 101 pacientes HIV positivos com lesões bucais, apenas com um foi feito o diagnóstico de SK.

Agaimy *et al.* (2018) verificaram que 20% dos indivíduos HIV desenvolvem SK e que 70% dos pacientes desenvolvem manifestações bucais, sendo a primeira manifestação clínica da doença. Em seu estudo feito com onze pacientes com SK de cabeça e pescoço, oito eram HIV positivos e três negativos. Dos oito pacientes infectados por HIV, seis pacientes manifestaram lesões bucais como, na úvula, mucosa jugal, gengiva, palato duro e ângulo reto da mandíbula.

Júnior- Araújo *et al.* (2018) analisaram a prevalência do SK quanto ao sexo, de um total de 201 pacientes, sendo 72 masculinos e 47 femininos, 5 homens foram diagnosticados com SK e nenhuma mulher foi diagnosticada com a doença.

Linfoma

Ocorre predominantemente em gengiva na mucosa bucal. É comum a observação dessas alterações associadas a dentes em mau estado. Ocorre com mais frequência o linfoma não-hodgkin, que pode apresentar um aumento de volume indolor e firme em qualquer lugar da cavidade bucal. O aumento do volume pode ulcerar devido a traumas, ou pode deixar a mucosa intacta, com aparência normal. O Linfoma não-Hodgkin (LNH) é um câncer do tecido linfático causado por mutações nas células linfoides progenitoras B e T causando aumento no tamanho dos gânglios linfáticos e sintomas generalizados. Estudos têm apresentado o LNH como uma das principais complicações em portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), pois a infecção pelo vírus suprime o número de células CD4. Em um estudo realizado, no Maranhão, de 3.512 casos de HIV, houve 817 mortes por LNH (FELIPE *et al.*, 2016; CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Carcinoma epidermoide

Das neoplasias malignas que ocorrem, na cavidade oral, aproximadamente 94% a 96% são de origem epitelial, denominados carcinoma epidermoide espinocelular e/ou de células escamosas, tendo como fatores de risco: o HIV é um fator de risco, não é patognomônico. O carcinoma de células escamosas de língua é o mais comum, na cavidade oral, com características clássicas, como: úlcera persistente com endurecimento e periferia possuindo aspecto exofítico (ORBEN *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Garcia *et al.* (2018) analisaram 170 neoplasias bucais, em seu estudo, sendo a etiologia mais frequente o carcinoma epidermoide com 82,94%.

3.3 OUTRAS MANIFESTAÇÕES

Úlceras atípicas

São lesões de etiologia desconhecida podendo se apresentar como aftas, na mucosa, com diferentes graus de severidade, trazendo desconforto ao paciente (FELIPE *et al.*, 2016). Petroni *et al.* (2012) realizaram um estudo sobre manifestações bucais em 442 pacientes HIV, constando que 5,95% apresentaram úlceras atípicas.

Hiperpigmentação Melânica

Constituem em pequenas máculas isoladas e disseminadas, de coloração acastanhada, que geralmente são observadas, no palato, na mucosa jugal e na língua (FELIPE *et al.*, 2016). Al-Attas (2014) avaliou, em seu estudo feito com 50 pacientes infectados por HIV e 100 pacientes saudáveis, observando que 68% dos indivíduos HIV positivos apresentavam manifestações bucais. Sendo a

hiperpigmentação melânica a mais frequente com a prevalência de 56%. Silva (2018) analisou em seu estudo realizado com 101 pacientes HIV positivos, que 3,9% tinham hiperpigmentação melânica.

Xerostomia

A xerostomia é definida como uma sensação subjetiva de boca seca, podendo ser acompanhada ou não de hipossalivação. A infecção pelo HIV está associada à imunossupressão e à alta carga viral, que contribuem para o aparecimento da xerostomia, (COELHO *et al.*, 2017; TINÓS *et al.*, 2014).

Tem sido observado frequentemente em pacientes HIV devido ao uso de medicamento antirretrovirais (FELIPE *et al.*, 2016). Silva (2018) analisou 101 pacientes HIV positivos, sendo que 29,7% deles desenvolveram xerostomia.

4 DISCUSSÃO

A AIDS é uma doença sistêmica, que ataca o sistema imunológico do organismo, fazendo com que o indivíduo infectado se torne mais susceptível a doenças infecciosas. Os autores pesquisados, nessa revisão de literatura, são unânimes em afirmar que são inúmeras as manifestações bucais que podem surgir nesses pacientes HIV positivos, sendo que, como já foi constatado, um dos primeiros sinais clínicos da doença pode, na cavidade bucal, o que torna importante o diagnóstico inicial precoce pelos cirurgiões-dentistas. Segundo Silva (2018), pelo menos uma manifestação bucal foi encontrada em 42,5% de 101 pacientes HIV avaliados em seu estudo. Meless *et al.* (2014) afirmam que o local mais comum para as lesões da mucosa oral incluiu a língua (36%), os bordos (21%) e a gengiva (19%).

Pesquisas apontam que das infecções fúngicas, a candidíase é a mais relevante, aparecendo com um dos primeiros sinais clínicos da AIDS e acometendo 50% a 95% dos infectados pelo vírus HIV, e que, dentro das espécies de *Candida* do tipo *C. albicans*, foi a mais frequente com 80% seguido da *C. glabrata* mais frequente como tipo não *albicans* (GOULART *et al.*, 2018). A candidíase pode se apresentar de quatro formas clínicas, a pseudomembranosa, a eritematosa, a hiperplásica e a queilite angular, sendo a pseudomembranosa mais comum nos pacientes HIV positivos. Motta *et al.* (2014) afirmaram que 11,54% dos seus pacientes estudados apresentaram queilite angular, que se caracteriza como fissuras, na comissura bucal, apresentando eritema ou não, placas esbranquiçadas e frequentemente acompanhadas de candidíase intra-oral. Para o diagnóstico correto da candidíase, devem ser realizados os exames clínicos e exame de citologia esfoliativa, com identificação definitiva por meio de cultura, e o tratamento inicial da

candidíase é feito com nistatina 200.000 UI, suspensão oral ou pastilha diariamente 4-5 vezes por 10-14 dias e também pode ser indicado o cetoconazol, o fluconazol ou o itraconazol que são de uso sistêmico (PAULIQUE *et al.*, 2016).

Diante do exposto, observa-se que a candidíase bucal pode ser um marcador, na progressão da AIDS, uma vez que ela pode anteceder as manifestações sistêmicas, evidenciando a importância de um diagnóstico precoce correto feito pelo cirurgião-dentista.

Outra infecção fúngica importante que pode se manifestar é a histoplasmose que aparece, na cavidade bucal, em forma de lesões ulceradas e erosivas. Tem um aspecto de carcinoma e atingem preferencialmente a mucosa jugal, a língua, o palato, os lábios e as gengivas (CHROBACZEK *et al.*, 2018; CÁCERES *et al.*, 2018; FELIPE, *et al.* 2016).

Entre as diversas infecções bacterianas, os autores dão uma grande importância à GUN, à gengivite e à periodontite associadas ao HIV, já que aparecem entre as mais frequentes manifestações orais em pacientes HIV e apresentam altos índices de prevalência devido à imunossupressão provocada pela infecção pelo HIV e às altas cargas virais que podem potencializar a destruição dos tecidos periodontais provocada por patógenos residentes e oportunistas, sendo uma evolução mais rápida em pacientes HIV comparada a imunocompetentes (ONO *et al.*, 2009; GASPARIN *et al.*, 2009; GAURAV *et al.*, 2011; PEPPESE *et al.*, 2013). O tratamento periodontal dos pacientes HIV-positivos é de suma importância para evitar que haja uma depressão imunológica em virtude de uma infecção, como a doença periodontal. O controle do acúmulo de biofilme e de cálculo, bem como das bolsas periodontais desses pacientes, segue a mesma orientação da conduta de procedimentos nos pacientes que não possuem AIDS e poderão incluir na terapia

local inicial com o uso de agentes antimicrobianos locais como clorexidina e/ou o uso de antimicrobianos sistêmicos (MOTTA *et al.*, 2014; NEWMAN *et al.*, 2016).

No grupo de infecções virais, estão o herpes simples, o herpes zóster, leucoplasia pilosa, citomegalovírus, papilomavírus e o molusco contagioso. As lesões de herpes simples são vesículas que se unem formando regiões ulceradas, persistentes e muito sintomáticas. Diferentemente das alterações típicas, nos imunodeficientes, ocorrem também em mucosa não queratinizada, podendo sofrer recidiva mais frequente, formando lesões maiores e de maior duração (FELIPE *et al.*, 2016). As lesões do herpes podem ser tratadas com: aciclovir, valaciclovir, penciclovir e famciclovir, os quais não eliminam o vírus, permanecendo latente até ser reativado (PAULIQUE *et al.*, 2017).

Dentre as manifestações bucais mais comuns, na AIDS, podemos relacionar também a leucoplasia pilosa, que raramente é encontrada em pacientes imunocompetentes, com a prevalência em 11,54% dos pacientes HIV. A presença dessas lesões corrobora a literatura, que as considera como marcadores clínicos confiáveis de progressão da infecção pelo HIV e podem ser utilizados com referência indireta do grau de imunossupressão que o paciente apresenta (PAULIQUE *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2014). Já no estudo de Martins *et al.* (2018), houve uma diferença significativa com relação ao autor citado acima, que mostrou uma incidência de (23,7%). O diagnóstico é baseado em aparência e em citologia esfoliativa ou biópsia, e não necessita de tratamento, uma vez que a lesão é assintomática (MOURA *et al.*, 2014).

Nos casos de herpes zóster, o vírus tem a capacidade de induzir uma forma latente, que persiste, durante toda a vida pós-infecção dos indivíduos acometidos, e é altamente contagioso. Caracteriza-se por lesões papulovesiculares, na pele e na mucosa, acompanhadas de sintomas de prurido e dor. O diagnóstico é

eminentemente clínico, mas, algumas vezes, podem ser feitos exames laboratoriais. O tratamento é feito com o aciclovir oral ou intravenoso. (PIVORAR *et al.*, 2013; LOBO *et al.*, 2014).

O citomegalovírus não se mostra prevalente em lesões bucais, quando presentes, na boca, podem-se apresentar com lesão ulcerada de bordas elevadas e endurecidas. O diagnóstico é feito clinicamente, pela biópsia com o achado vírus e tratamento realizado com ganciclovir (FELIPE *et al.*, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2018; APONTE *et al.*, 2018).

As lesões do papiloma vírus não é patognomônico de infecção por HIV, porém é mais frequente nos infectados pela baixa imunidade, são lesões verrucóides, podendo se apresentar papilares, sésseis ou pediculadas. Quando em grande número, pápulas podem ocorrer em qualquer região bucal. O diagnóstico é feito através de exame clínico e laboratorial e o tratamento inclui a remoção cirúrgica, ablação a *laser*, crioterapia, e aplicação tópica de agentes queratinolíticas(FELIPE *et al.*, 2016).

Segundo Garcia *et al.* (2016), o molusco contagioso raramente acomete a boca, as áreas comumente mais atingidas são a face e o pescoço. Possui aspecto nodular, exofídico, cor da mucosa normal ou esbranquiçada. O diagnóstico é realizado através de biópsia e o tratamento é a remoção cirúrgica.

De acordo com os autores, no grupo das neoplasias, encontramos o sarcoma de kaposi (SK), os linfomas e o carcinoma epidermoide. O SK é a neoplasia maligna oral mais relacionada ao HIV. Agaimy *et al.* (2018) afirmam que 95% dos pacientes com SK são HIV positivos e, de acordo com Paulique *et al.* (2017), as lesões da cavidade oral ocorrem em aproximadamente um terço dos pacientes com SK associado à Aids sendo essas lesões, placas vermelhas ou roxas, focais ou difusas, podem ser completamente assintomáticas e mais comuns no palato. O diagnóstico

definitivo é feito através de biópsia e o tratamento inclui radiação, excisão cirúrgica e injeções intra-lesionais com quimioterápico. A maior parte desses tratamentos não traz cura, porém ajudam na redução de tamanho e número.

Já os linfomas ocorrem, na mucosa bucal, preferencialmente em gengiva, e o do tipo não-hodgkin é o mais comum. Pacientes HIV positivos têm o risco de desenvolvimento dessa doença cerca de 60 a 100 vezes superior ao da população soronegativa podendo apresentar um aumento de volume firme e indolor em qualquer lugar da cavidade bucal. O diagnóstico é feito por biópsia e o tratamento com quimioterapia. (FELIPE *et al.*, 2016; CAVALCANTE *et al.*, 2018). Orben *et al.* (2018) afirmam que 94% a 96% das neoplasias malignas orais são de origem epitelial denominados carcinoma epidermoide espinocelular e/ou de células escamosa. A língua é o local mais comumente atingido e a lesão pode se apresentar de quatro formas: como uma lesão endurecida ulcerada que não cicatriza, como uma lesão vermelha, como uma lesão branca e como uma lesão branca e vermelha. Garcia *et al.* (2014) avaliaram, em seus estudos, neoplasias bucais, concluindo que o carcinoma epidermoide teve a prevalência em 82,94% dos casos. O diagnóstico é feito clinicamente com a confirmação através de biópsia e do tratamento cirúrgico, radioterápico, quimioterápico ou ainda combinar esses métodos para a obtenção de um resultado mais satisfatório e eficiente (ORBEN *et al.*, 2018).

As úlceras atípicas, hiperpigmentação entram, no grupo de outras manifestações, que geralmente são de etiologia desconhecidas. Úlceras atípicas se apresentam geralmente em forma de aftas e a hiperpigmentação melânica se apresenta como pequenas máculas isoladas e disseminadas, de coloração acastanhada, que geralmente são observadas, no palato, na mucosa, na jugal e na língua (FELIPE *et al.*, 2016). Segundo Al-Attas (2014), em seus estudos, a hiperpigmentação melânica foi a lesão mais frequente encontrada em pacientes HIV

positivos com a prevalência de 56%. Já Silva (2018) constatou uma significativa diferença em seu estudo, o qual apenas 3,9% dos pacientes HIV positivos foram avaliados e apresentaram a lesão. A xerostomia também se enquadra, no grupo de outras manifestações e é definida como uma sensação subjetiva de boca seca, podendo ser acompanhada ou não de hipossalivação e tem sido observada frequentemente em pacientes HIV devido ao uso de medicamento antirretrovirais (TINÓS *et al.*, 2014; FELIPE *et al.*, 2016).

4 CONCLUSÃO

O estudo das manifestações bucais relacionadas à AIDS permite concluir que entre as principais manifestações bucais destacamos: candidose, gengivite, periodontite, leucoplasia pilosa e sarcoma de kaposi. O cirurgião-dentista tem um papel fundamental, no diagnóstico da doença, uma vez que um dos primeiros sinais clínicos pode manifestar-se, na cavidade bucal, antecedendo os sintomas sistêmicos. Devemos levar em consideração, também, que a AIDS cresce a cada dia, tornando os infectados como pacientes de grande potencial nos consultórios odontológicos. Portanto, é necessário que o cirurgião- dentista esteja apto a reconhecer essas manifestações, podendo fazer o diagnóstico precoce da doença, assim como o tratamento das lesões bucais, dessa maneira, proporcionando uma melhor qualidade de vida e de conforto para esses pacientes.

REFERÊNCIAS

- AGAIMY, A.; MUELLER, S.; HARRER, T.; BAUER, S.; THOMPSON, L. **Cabeça e Pescoço Sarcoma de Kaposi: análise clínico-patológica de 11 casos**. Head and neck patologia, 2018.
- AL-ATTAS, S.A. **Prevalence of oral and Peri-oral lesions among a group of Saudi HIV infected patients**. Saudi Med J, Saudi Arabia, v.35, n.9, p.179-185, 2014.
- ARAÚJO-JÚNIOR, J.; PITA-NETO, I.; FREIRE, J.; DIAS-RIBEIRO, E. **Perfil clínico e epidemiológico das alterações bucais em portadores do HIV**. Arch Health Invest 7(8):339-343, 2018.
- APONTE, J.; VERA, J.; CHAAN, A.; MARTIN, D.; FORERO, Y. **Cytomegalovirus Infection (CMV) and Human Immunodeficiency Vírus: Diagnostic and Therapeutic Challenges in Virology**, 2018.
- BADIAL, R.; DIAS, M.; STUQUI, B.; MELLI, P.; QUINTANA, S.; BONFIM, C.; CORDEIRO, J.; RABACHINI, T.; CALMON, M.; PROVAZZI, P.; RAHAL, P. **Detection and genotyping of human papillomavirus (HPV) in HIV-infected women and its relationship with HPV/HIV co-infection**. 2018.
- BARROS, A, V, M.; BARROS, A, M, I.; SILVA, R, K, S.; CARVALHO, C, V, S.; FILHO, E, S, D, D.; DONATO, L, F, A.; FRIGO, L.; YOUSSEF, M, N. **DOENÇAS PERIODONTAIS EM PACIENTES HIVPOSITIVOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**. Braz J Periodontol ,volume 27 , issue 02 - 27(2):54-60, June 2017.
- Braz J Otorhinolaryngol. **Oral manifestations in AIDS**. 81(2):120-123, 2015.
- CACERES, D, H.; TOBON, A, M.; RESTREPO, A.; CHILLER, T.; GOMÉZ, B,L. **The important role of co-infections in patients with AIDS and progressive disseminated histoplasmosis (PDH): A cohort from Colombia**. Medical Mycology Case Reports 19 45–48, 2018.
- CAVALCANTE, J.; SOUZA, L.; LOPES, D.; CARVALHO, T. **Relação Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/Aids) e mortalidade por Linfoma Não-Hodgkin no Estado do Maranhão entre 2000 e 2015**. Revista uniplac, 2018.
- CHROBACZET, T.; DUFOUR, J.; RENAUX, A.; AZNAR,C.; DEMAR, M.; COUPPIE, P.; ADENIS, A. **Histoplasmosis: An oral malignancy-like clinical picture**. Medical Mycology Case Reports 19 45–48, 2018.
- COELHO, I.; MARTINI, I.; NEISS, L. ALERICO, M.; PORTELA, N. ARGENTA, S. **XEROSTOMIA NA TERCEIRA IDADE: ETIOLOGIA E SUAS COMPLICAÇÕES**. REVISTA SAÚDE INTEGRADA, v. 10, n. 20, Edição Especial – ISSN 2447-7079, 2017.
- FELIPE, L.; MILHOMEM, C.; MORAIS, A.; RONDA, R.; PASSOS, W.; FURUSE, C. **Pacientes com hiv/aids na odontologia e suas manifestações bucais**. J Orofac Invest, 3(1):53-62, 2016.

GAURAV, S; KEERTHILATHA, M.; ARCHNA, N. **Prevalence of oral manifestations and their association with CD4/CD8 Ratio and HIV viral load in South India.** International Journal of Dentistry 2011 Out:8p.

GARCIA, L.; PRÁ, K.; FURUSE, C.; BIASOLI, E.; BERNABÉ, D.; TJIOE, K. **Lesão bucal associada à transmissão sexual.** DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v5i0.1334.2016>.

GASPARIN, B.; FERREIRA, V.; DANESI, C.; MENDOZA-SASSI, A.; SILVEIRA, J; MARTINEZ, B. **Prevalencia e fatores associados as manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira.** Cad. Saude Publica 2009Jun; (6):1307-1315.

GOULART, L.; SOUZA, W.; VIEIRA, C.; LIMA, J.; OLINDA, R.; ARAUJO, C. **Colonização oral por espécies de *Candida* em pacientes HIV positivo: estudo de associação e suscetibilidade antifúngica.** Einstein (São Paulo).16(3):1-6, 2018.

LOBO, I.; SANTOS, A.; JÚNIOR, J.; PASSOS, R.; PEREIRA, C. **Vírus varicela zóster, RBM** ,V 72, N 6, págs.: 231-238, Jun 2015.

MARTINS, M, F.; **Prevalência das infecções oportunistas e coinfeções em indivíduos com AIDS em Palmas - Tocantins.** Maio, 2018.

MELESS, D.; BA, B.; FAYE, M.; DIBY, J.; N'ZORÉ, S.; DATTÉ, S.; DIECKET, L.; N'DIEYE, C.; AKA, E.; KOUAKOU, K.; BA, A.; EKOUÉVI, D.; SHIBOSKI, C.; ELISE, A.; **Oral lesions among hiv- infected children on antiretroviral treatment in west africa.** Trop Med Int Health. 19(3): 246–255, march 2014.

MOTTA, WKS.; NOBREGA, DRM.; SANTOS, MGC.; GOMES, DCC.; GODOY, GP.; PEREIRA, JV. **Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/Aids.** RevOdontol UNESP 2014, Jan-Feb; 43(1):61-67.

NETTO, A, G, S.; SOARES, M, S, M.; BORGES, C, A. **Conceito, microbiologia e tratamento das doenças periodontais necrosantes – uma revisão da literatura.**2018.

NEWMAN, G.; TAKEY, H; KLOKKEVOLD, R.; CARRANZA, F. **CarranzaPeriodontia clinica.**12a ed.Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 880p.

OLIVEIRA, G.; AGNOL, A.; CHUH, W.; ANDRIOLI, R.; TAKEMOTO, M.; TOMAZELI, K. **CARCINOMA EPIDERMÓIDE.** 2018.

ONO, M.; SANTOS, O.; CHAGAS, V. **Manifestacoes bucais de pacientes HIV atendidos na Fundacao de Medicina Tropical do Amazonas (FMTAM).** Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre 2009Mai-Set; 50(3):10-13.

ORBEN, L.; FREITAS, A.; DELIBERALI, E; MATOS, Z.; ABURAD, T.; FRANÇA, C. **CARCINOMA EPIDERMÓIDE ORAL RELATO DE CASO.** Jornada Acadêmica de Odontologia do Univag, 2018.

PASSOS, A, I, M. **Marcadores séricos no diagnóstico de infecções pulmonares em pacientes infectados pelo HIV/AIDS**, Campinas, 2018.

PAULIQUE, N.; CRUZ, M.; SIMONATO, L.; MORETI, L.; FERNANDES, K. **Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV / aids**. Arch Health Invest, 2017.

PEPPES, CP; LEMOS, ASP; ARAUJO, RLF; PORTUGAL, MEG; BUFFON, MCM; RABONI, SM. **Oral lesions frequency in HIV-positive patients at a tertiary hospital, Southern Brazil**. Braz. J. Oral Sci. 2013 Jul-Set;12(3):216-222.

PETRONI, V.; BOHN, J.; CHAIBEN, C.; TOMMASI, M.; FERNANDES, A; GIL, F.; LIMA, A. **Perfil e condição bucal do paciente portador de doenças infectocontagiosas atendidos no Hospital Oswaldo Cruz – Curitiba/PR**. *Extensão em Foco*, Curitiba: Ed. da UFPR, nr.9, jan/jun 2014, p.94-105. ISSN 2358-7180.

PIVORAR, L.; COSSUL, M.; MELO, J.; GIL, F.; LIMA, A. **Herpes-zóster com manifestação bucal em paciente imunossuprimido: relato de caso**. Arch Oral Res. 9(2)135-140, May/Aug, 2013.

RIBEIRO, M. BIANCHI, M. **Toxoplasmose, infecção por citomegalovírus, infecção pelo HIV, rubéola e sífilis congênita**. 23-1, 2018.

ROSALES, R; TORRES, K.; CONEJEROS, P.; TAPIA, E. **Manifestaciones Orales en pacientes VIH/SIDA del Hospital Base de Valdivia en Chile**. Rev. Ces Odont, Medellín, v.29, n.2, p.12-19, 2016.

SILVA, M, F, B. **Manifestações clínicas e orofaciais de pacientes vivendo com HIV na era pós-HAART**. São Paulo, 2018.

TINÓS, A.; SALES-PERES, S.; **Xerostomia relacionada à infecção pelo HIV/AIDS: uma revisão crítica**. Rev Odontol UNESP; 43(3): 214-222, May- June, 2014.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

Mariana Furuzawa

Taubate, novembro de 2018