

Pacientes com HIV/AIDS na Odontologia e suas Manifestações Bucais

Patients with HIV / AIDS in Dentistry and its Oral Manifestations

Lizandra Coimbra da Silva Felipe¹, Cristiane Nogueira Roguigues Milhomem¹,
Ângela Maria Dias Morais¹, Rosemeire Honda¹, William Gilvander Passos¹,
Cristiane Furuse²

¹ Faculty of Science of Tocantins – FACIT. Araguaína, TO. Brazil

² Faculty of Dentistry, São Leopoldo Mandic. Campinas, SP. Brazil.

Resumo

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um vírus que não possui capacidade de se reproduzir por si mesmo, pois age como um parasita invadindo e aproveitando a essência energética de células do sistema imunológico humano. O objetivo desta revisão é oferecer conhecimentos acerca dos pacientes com HIV/AIDS na odontologia e suas manifestações bucais. Dessa forma, os cirurgiões-dentistas poderão estar informados sobre HIV/AIDS, sua etiologia, suas fases, como diagnosticar para poder se prevenir e assim proteger a pacientes, a sua equipe e a si próprio.

Palavras-chave: HIV; manifestações bucais; odontologia

Abstract

The Human Immunodeficiency Virus is a virus incapable of reproducing itself, therefore it acts as a parasite by taking over and invading the human immune system cell's energy essence. The purpose of this literature review is to offer knowledge about HIV/ AIDS, oral manifestations and symptoms. Dental surgeons must be informed about HIV/AIDS, its etiology, its phases, as well as to diagnose and methods of prevention in order to protect patients, stadd and themselves.

Keywords: HIV; oral manifestations; dentistry

INTRODUÇÃO

O surgimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) veio reforçar aos profissionais da área de saúde assim como cirurgião-dentista e sua equipe a necessidade de estarem informados sobre a prevenção, tratamento odontológico e de como identificar precocemente as manifestações bucais.

Sabe-se sobre HIV/AIDS, as formas de transmissão, os meios de prevenção, diagnóstico, e seu tratamento. A grande maioria dos cirurgiões-dentistas não está suficientemente preparada para atender pacientes com complicações clínicas relacionadas à HIV/AIDS. Este fato, somado à insegurança sentida pelo profissional desinformado, faz com que o dentista muitas vezes prefira evitar o atendimento de portadores de HIV/AIDS.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera, desde 1988, que: os cirurgiões-dentistas têm a obrigação humana e profissional de tratar e atender as pessoas infectadas com o HIV. Deste modo, a classe odontológica pode, conjuntamente com outros trabalhadores de saúde, tais como: psicólogo e assistentes sociais, apoiar os infectados e enfermos. A AIDS e os problemas relacionados a ela não desaparecerão em um futuro próximo, assim, é a hora de os cirurgiões-dentistas aceitarem desempenhar suas funções para combater e prevenir a enfermidade, especialmente nos países onde a infecção pelo HIV representa um problema de saúde pública muito sério.

Este trabalho teve como objetivo responder algumas dúvidas relacionadas ao atendimento do paciente que possui HIV/AIDS, pois as manifestações bucais representam os primeiros sinais da doença.

REVISÃO DA LITERATURA

Definição de HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

(AIDS), cujo agente etiológico é o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), pertence à família do retrovírus. Caracteriza-se por imunodepressão que resulta principalmente da infecção e destruição de linfócitos T-CD4, que são as células que comandam a resposta imune do organismo.

Existem quatro fases até o desenvolvimento da doença, seu período de incubação pode durar mais de 15 anos. Embora clinicamente assintomáticos, os indivíduos portadores do HIV podem transmitir a infecção em qualquer um dos estágios da doença: Fase I: Infecção aguda; fase II: Infecção assintomática; fase III: Linfadenopatia persistente generalizada; fase IV: Doença manifesta ¹.

As principais formas de transmissão do HIV são: sexual, sanguínea e perinatal (transmissão da mãe para o filho durante a gestação, parto ou por aleitamento materno). Além dessas formas mais frequentes, podem ocorrer também a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV ¹.

Janela imunológica é o tempo compreendido entre a aquisição da infecção e a soroconversão (também chamada de janela biológica), varia de seis a doze semanas (1 mês e meio a 3 meses) após a aquisição do vírus, com o período médio de aproximadamente 2 meses. Os testes utilizados são capazes de identificar as amostras de soroconversão em até 95% dos casos 5,8 meses após a transmissão. Soroconversão é a positividade da sorologia para o HIV ².

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é caracterizada por uma grave imunossupressão do hospedeiro, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, apresenta manifestações clínicas com uma grande variedade de sintomas e sinais clínicos, muitos deles tendo a boca como sítio ³.

Segundo Marins ⁴(2004), não há transmissão pelo contato social, beijo, suor, saliva ou ainda pelos insetos. O HIV é um agente de fácil destruição

ção, sendo suficiente para inativá-lo o calor úmido a 120° C, durante 20 minutos, além de outros processos físico-químicos bastante comuns, que podem ser encontrados descritos nos manuais de biossegurança.

Para Silva et al.⁵ (2007) a infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases como: **fase aguda**: é um quadro autodelimitado que acomete 50 – 90% dos pacientes. É freqüentemente assintomática, com pouca realização de diagnóstico por baixo índice de suspeição. O tempo médio entre a infecção e o aparecimento dos sintomas desta fase é de 2 a 3 semanas. Ocorre um aumento da viremia com intensa resposta imune e diminuição da contagem de T-CD4+. Quando a viremia se estabiliza, o número de linfócitos aumenta, mas não atinge os níveis anteriores à infecção; **fase assintomática**: ocorre após a fase aguda e tem duração variável. O paciente tem um quadro sintomatológico muito brando ou inexistente, podendo apresentar linfadenopatia persistente e indolor; **fase sintomática**: nesta fase, são observadas manifestações relacionadas com a presença de imunodeficiência pela infecção do HIV, como aumento da carga viral e diminuição do número de linfócitos T-CD4+. O paciente apresentará sudorese noturna, fadiga, emagrecimento, diarreia, sinusopatia, candidíase oral e/ou vaginal, leucoplasia pilosa oral, gengivite, úlceras aftosas, herpes simples recorrente, herpes zoster e trombocitopenia; **AIDS**: é um quadro mais avançado da infecção pelo HIV, que se caracteriza pelo aparecimento de doenças oportunistas graves relacionados com a contagem de linfócitos T-CD4+.

A infecção pelo HIV merece atenção especial dentre as doenças crônicas, pois os pacientes convivem com problemas sistêmicos bem como com manifestações bucais da infecção, os quais determinam um impacto de grande importância em sua vida, visto que sua qualidade de vida é afetada sistematicamente. Dessa forma, tornam-se cada vez mais necessários instrumentos que auxiliem o cirurgião-dentista e demais profissionais

responsáveis por estes pacientes, em especial as crianças, para avaliar não só a presença da enfermidade, como também sua qualidade de vida ⁶.

Testes e Diagnósticos do HIV/AIDS

Existem vários tipos de testes para diagnosticar a infecção pelo HIV podendo ser divididos em quatro grupos: testes de detecção de anticorpos, testes de detecção de antígenos, técnicas de cultura viral e testes de amplificação do genoma do vírus, cada teste realizado de uma forma diferente.

Os testes de detecção de anticorpos são mais utilizados: A técnica **ELISA (ensaio imunoenzimático)**, vem sendo amplamente utilizada na triagem de anticorpos contra o vírus, devido à sua facilidade de automação, custo relativamente baixo e elevada sensibilidade e especificidade. **Western-blot** teste é considerado “padrão ouro”, para confirmação do resultado reagente na etapa de triagem. Trata-se de um ensaio de execução simples, mais de custo elevado, e que permite discriminar os anticorpos detectados para diferentes proteínas virais ^{1,2}.

Prevenção do HIV/AIDS

Para que ocorra a prevenção, devem-se adotar as normas de biossegurança na clínica odontológica como:

Procedimento no início do tratamento:

a) lavar as mãos; b) colocar gorro, máscaras, óculos de proteção e jaleco; c) limpar e desinfetar as pontas de alta rotação e baixa rotação, seringa triplice, pontas de aparelho fotopolimerizador, bem como todas as partes do equipo de toque frequente; d) colocar a caneta em movimento, por 30 segundos; e) enrolar as pontas e as áreas de toque frequente com coberturas descartáveis; f) colocar um saco plástico individual no porta – dedito; g) colocar instrumentos estéreis na bandeja esterilizada; h) colocar instrumentos termo-sensíveis

veis em solução esterilizantes- deixar por tempo estabelecido pelo fabricante, e enxaguar com álcool ou soro fisiológico estéreis; i) instrumentos esterilizados devem ser mantidos em caixas fechadas, até serem usadas; j) lavar novamente as mãos; k) colocar luvas de látex descartáveis ou estéreis escolhidas de acordo com o procedimento a ser realizado; l) durante o atendimento, evitar tocar outras superfícies com a luva contaminada. Caso haja necessidade, usar sobreluvas de plástico descartáveis: **Procedimentos entre Pacientes:** a) retirar e descartar as luvas; b) lavar as mãos; c) colocar a luva de limpeza; d) colocar a caneta de alta rotação em movimento, por 15 segundos; e) retirar as coberturas descartáveis; f) retirar o saquinho de lixo do porta-detrítos; g) remover os instrumentos cortantes e colocá-los em um recipiente próprio; h) limpar e desinfetar a cuspeira - retirar o sugador e colocar substância desinfetante no sistema de sucção; i) desinfetar as superfícies - lavar e secar os instrumentos e colocá-los para esterelizar; j) retirar as luvas de limpeza; k) colocar novas coberturas – na bandeja de instrumentos estéreis; l) lavar as mãos e colocar outro par de luvas.

Procedimento no final do dia: a) repetir os procedimentos de etapa “entre pacientes”; b) colocar a caneta de alta rotação em movimento por 30 segundos; c) desinfetar as pontas; d) lavar as bandejas e os instrumentais – colocar para esterilizar; e) desinfetar cuspeira e sugador; f) retirar o avental; g) retirar as luvas e descartá-las sempre e logo após o procedimento; h) lavar as mãos; i) não preencher as fichas, abrir portas ou tocar em qualquer superfície contaminada estando de luvas; j) lembrar que a máscara esta contaminada, após o atendimento. Não tocar na parte frontal da máscara com as mãos desprotegidas, nem deixá-la pendurada no pescoço após o atendimento ou no final do dia; k) colocar luvas grossas de borrachas antes de iniciar os procedimentos de limpeza e desinfecção³.

Segundo Rodrigues et al.⁷ (2005) e Silva et

al.⁵ (2007) como medidas preventivas básicas e fundamentais tem-se o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como: gorro, máscara, óculos de proteção, avental, luvas e calçados fechados. A utilização de técnicas corretas de desinfecção e esterilização, a observância de processos apropriados de isolamento, gerenciamento dos resíduos, constante higiene das mãos, vacinação, entre outras.

O Atendimento Odontológico a Pacientes com HIV/AIDS

O crescente número de indivíduos HIV infectados em todo mundo também promoveu uma série de mudanças na prática odontológica. Órgãos internacionais reconhecidos mundialmente como a American Dental Association (ADA), já vinham recomendando medidas para o controle de infecções cruzadas nos atendimentos odontológicos. Porém foi a emergência da AIDS, no início da década de 80, que alertou a comunidade de saúde para o real perigo da transmissão ocupacional de doenças infecciosas, iniciando-se um forte movimento para adoção de um programa para controle de infecção cruzada nos serviços de saúde, visando reduzir os riscos tanto para profissionais quanto para pacientes Discacciati et al.⁸ (1999).

O tratamento odontológico de rotina do portador do HIV ou doente de AIDS, assumindo-se que ele já possua um diagnóstico e que esteja sendo acompanhado pelo médico, deve respeitar a seguinte sequência de procedimentos, antes do tratamento do paciente: perguntar como ele está se sentindo; revisar história médica; deixar procedimentos invasivos quando houver uma queixa médica não esclarecida e realizar os exames clínicos extra-bucal e intra-bucal, onde todos os achados devem ser anotados e planejar o procedimento antecipadamente evitando qualquer manipulação do prontuário até o final do tratamento. De modo geral o tratamento seguirá a mesma sequên-

ência: alívio da dor; restauração da forma e função; e atendimento das necessidades estéticas³.

Segundo Corrêa & Andrade⁹ (2005) o desconhecimento inicial da doença e de seus aspectos clínicos, promoveu o preconceito em torno da AIDS nos consultórios odontológicos. Os autores relataram que grande parte dos cirurgiões-dentistas acredita não estarem prontos para tratar esses pacientes, especialmente daqueles que já apresentam complicações clínicas.

Para minimizar estas questões relativas, principalmente ao medo e o preconceito de prestar assistência, os princípios para a manutenção da saúde bucal devem ser os mesmos para indivíduos infectados e não infectados. Não existem exigências que justifiquem alterações nos cuidados com a higiene bucal, pelo fato do HIV estar presente ou não⁴.

A qualidade de vida do paciente soropositivo melhora substancialmente quando são disponibilizados cuidados em saúde bucal durante a progressão do HIV, principalmente em relação à identificação e tratamento de lesões orais que aumentam em quantidade e gravidade durante a evolução da doença. As lesões bucais podem indicar a deterioração imunológica e progressão da doença. E por isso precisam ser comunicadas imediatamente ao médico responsável pelo atendimento do paciente¹⁰.

Tratamentos Odontológicos

Preventivo: Instituir métodos de higiene bucal para todos os pacientes: devemos ter em mente que vários dos problemas encontrados na cavidade bucal de portadores de HIV e pacientes de AIDS ocorrem devido ao seu estado de imunodeficiência. A impossibilidade de controle pode tornar os problemas bucais crônicos. Sendo assim, a prevenção é um fator importante para a manutenção da saúde bucal dos pacientes.

Tratamento Odontológico Periodontal: pode ser feito da mesma forma que para o indiví-

duo imunocompetente. Embora raspagem, curetagem e aplainamento da raiz possam causar bacteremia, efeitos sistêmicos como febre e calafrios, estes não foram observados após o tratamento periodontal de portadores de HIV. Enxágues com solução antibacteriana antes do tratamento e a sua manutenção de 2 a 3 dias após o mesmo, parecem reduzir o risco de complicações sistêmicas.

Tratamento Endodôntico: se ocorrer sintomatologia pós-operatória pode ser controlada com antiinflamatórios e antibióticos. A instrumentação meticulosa do canal radicular, respeitando os limites do forame apical pode reduzir ainda mais a sintomatologia pós-operatória. **Procedimento Cirúrgico:** uma preocupação constante com a manipulação cirúrgica de tecidos de portadores de HIV e doentes com AIDS diz respeito à habilidade de reparação tecidual. De acordo com vários estudos, parece não existir diminuição da capacidade de reparação ou aumento significativo da ocorrência de alveolite. Procedimentos cirúrgicos devem ser realizados tentando-se minimizar a possibilidade de contaminação dos tecidos por agentes patogênicos. Raspagem e polimento coronário e radicular, antes do tratamento cirúrgico, podem auxiliar nesse sentido. Antes da realização de procedimentos cirúrgicos extensos, deve-se avaliar o paciente quanto à tendência ao sangramento, anemia, leucopenia, por meio da leitura do prontuário ou consulta médica. Testes laboratoriais incluem: contagem de plaquetas; tempo de protrombina; tempo parcial de tromboplastina; taxa de hemoglobina; hemograma completo com contagem diferencial. Se necessário, a profilaxia antibiótica para endocardite bacteriana seguirá as mesmas indicações preconizadas pela Associação Americana de Cardiologia (2 gramas de Amoxicilina, uma hora antes do procedimento). **Procedimentos Restauradores:** devem ser executados de acordo com as técnicas usuais. Opções de tratamento devem ser discutidas com o paciente, incluindo vantagens e desvantagens de cada procedimento. Todos os procedimentos

podem ser executados, incluindo: restauração com amálgama; restauração com resina composta; restauração com o ionômero de vidro; coroas, aparelhos protéticos e outros.

Consulta de Retorno: nas consultas de retorno, a história do paciente deve ser revista. É avaliada a utilização de equipamentos e procedimentos de higiene oral³.P

Procedimentos Recomendados pelo Ministério da Saúde em caso de Exposição Ocupacional a Material Biológico

Conduta pós-exposição recomendadas para lesões percutâneas:

a) Interromper o atendimento, remover a luva e localizar a lesão; b) imediatamente lavar a lesão com água corrente e sabão; c) perguntar ao paciente se ele é portador de HIV/AIDS, hepatite B/C ou outra doença sexualmente transmissível e se ele é usuário de drogas injetáveis; d) perguntar ao paciente se ele aceita fornecer uma amostra de sangue para testar a presença de patógenos de transmissão sanguínea; e) procurar atendimento médico – avaliação: do tipo de material biológico envolvido, da gravidade e do tipo de exposição; da identificação ou não do paciente-fonte e de sua condição sorológica anti-HIV;

Se o paciente-fonte for soropositivo, é altamente recomendado iniciar a profilaxia pós-exposição, e se o resultado for negativo, não se recomenda profilaxia¹¹.

As Manifestações Bucais

A Candidíase bucal é a manifestação clínica observada com mais frequência e um indicador relevante de que o sistema imunológico está comprometido. O fungo mais encontrado é a *Cândida albicans*, embora outras espécies possam estar relacionadas³.

A classificação das manifestações bucais pode ser assim descrita: **fase inicial** ou fase de

maior produção de vírus, **a fase intermediária** que compreende um período de maior contenção imune do vírus e a **fase final**, caracterizada por uma ruptura da resposta imune do hospedeiro¹².

São manifestações bucais relacionadas à fase inicial: Candidíase Pseudomembranosa, Candidíase Eritematosa, Queilite Angular, Candidíase Hiperplásica¹³.

As lesões mais fortemente associadas com a infecção pelo HIV são: Candidíase Oral (Eritematosa e Pseudomembranosa), Leucoplasia Pilosa, Sarcoma de Kaposi, Linfoma não-Hodgkin, Eritema Gengival Linear, Gengivite Ulcerativa Necrozante e Periodontite Ulcerativa Necrozante. Aproximadamente 60% dos indivíduos infectados pelo HIV e 80% daqueles com AIDS apresentam manifestações orais¹⁴.

As lesões bucais podem ser de grande importância na indicação da deterioração do sistema imunológico e também da progressão da doença, sendo relevante comunicar ao médico responsável pela assistência ao paciente. Os pacientes soropositivos não requerem modificação na estrutura física do consultório odontológico e, os casos mais complexos devem ser encaminhados aos serviços de referência para atendimento odontológico especializado¹⁰.

As principais manifestações bucais em crianças com infecção pelo HIV de acordo com suas frequências em ordem decrescente: Candidíase, Gengivite, Hipertrofia de Parótidas, Úlceras Aftosas, Estomatite Herpética e Abscessos Dentários. Manifestações bucais raras incluem Leucoplasia Oral Pilosa, Neoplasias Malignas e Ulcerações relacionadas à Citomegalovirose, Varicela Zoster e ao Vírus Cocksackie¹⁵.

A infecção pelo vírus compromete o sistema imune de maneira sistêmica, o que ocasiona também depressão na função imunológica da mucosa bucal, tornando-a suscetível a diversas alterações, tais como: Candidíase, Leucoplasia pilosa, Sarcoma de Kaposi, Linfoma não – Hodgkin, Gengivite ulcerativa necrozante aguda e Perio-

dontite ⁷.

O alargamento da parótida tem sido relatado em crianças infectadas e é um indicativo de um estágio avançado do HIV. A leucoplásia pilosa oral e sarcoma de Kaposi dificilmente são encontrados em crianças, estes sinais são vistos principalmente em adultos ¹⁷.

Infecções Fúngicas

Candidíase Pseudomembranosa: caracteriza-se pela presença de pseudomembranas esbranquiçadas ou amareladas, facilmente removidas por meio de raspagem, deixando uma superfície eritematosa ou ligeiramente hemorrágica. Ocorre em qualquer região da mucosa bucal, sendo mais frequente na mucosa jugal, palato, lábios e dorso da língua ³.

Candidíase Eritematosa: observa-se com pontos ou manchas avermelhadas, são encontradas em maior frequência no palato, dorso da língua e mucosa jugal ³.

Histoplasmose: São representadas por úlceras de aspectos variados, sendo algumas nodulares outras vegetantes, podendo simular carcinomas. Atingem preferencialmente a mucosa jugal, língua, palato, lábios e gengivas ³.

Queilite Angular: apresenta-se com fissuras radiais partindo da comissura labial, estando associada ao eritema e às vezes por placas esbranquiçadas ³.

Candidíase Hiperplásica: apresentam-se como placas brancas ou amareladas, com aspectos clínicos como a candidíase pseudomembranosa; a diferença fundamental é que nessa forma as placas não conseguem ser removidas com raspagem. Usualmente vista com bordas na lateral da língua, uni ou bilateralmente mais pode ocorrer em qualquer local na cavidade bucal ¹⁸.

Infecções Bacterianas

Periodontite Ulcerativa Necrosante aguda:

é uma lesão severamente destrutiva e de rápida evolução, caracterizada por ulcerações do tecido mole, dor intensa, sangramento espontâneo, necrose, hálito podre-adocicado havendo perdas do ligamento periodontal e do osso alveolar ³.

Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda: a inflamação pode envolver a gengiva livre, inserida e as mucosas vestibulares e jugal. Severo edema, eritema, sangramento espontâneo, com pseudo-membrana e necrose. Odor fétido, dor, destruição da papila interdental e evolução rápida ^{3,18}.

Eritema Gengival Linear: apresenta-se como uma banda eritematosa e edemaciada, na gengiva marginal, a 2 ou 3 mm de distância da gengiva livre, podendo-se estender-se até a gengiva inserida e mucosa alveolar ¹⁸.

Infecções Virais

Herpes Simples: são vesículas que se unem formando regiões ulceradas, muito sintomáticas, persistentes. Diferentemente das alterações típicas, nos imunodeficientes ocorrem também em mucosas não queratinizada, podendo sofrer reativação mais freqüente, formando lesões maiores e de maior duração ¹⁸.

Leucoplasia Pilosa: trata-se de lesão branca, não removível à raspagem, localizada principalmente em bordas laterais da língua, uni ou bilateralmente ¹⁹.

Papiloma Vírus Humano (HPV): são lesões verrucóides, podendo se apresentar papilares, sésseis ou pediculadas. Quando em grande número, pápulas podendo ocorrer em qualquer região bucal, está frequentemente associado a lesões genitais ¹⁹.

Molusco Contagioso: aspecto nodular, exófico, cor da mucosa normal ou esbranquiçada; localizado no lábio, língua e mucosa jugal. Pode ser único ou múltiplo e está ou não associado a lesões de pele ¹⁸.

Citomegalovírus (CMV): na boca podem-se apresentar com lesão ulcerada de bordas eleva-

das e endurecidas, sem edema ³.

Herpes Zoster: lesões vesiculares no palato características da varicela são, geralmente, indolores. As lesões do herpes zoster são extremamente dolorosas, porém localizadas ^{3,18}.

Neoplasias

Sarcoma de Kaposi: na boca, as lesões podem se apresentar como manchas isoladas ou múltiplas, de cor vermelha ou violácea. Podem, também, manifestarem como lesões, nódulo-tumorais, variando de tamanho e de coloração do vermelho ao acastanhado ³.

Linfoma: em mucosa bucal tem ocorrido preferencialmente em gengivas. 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 firme e indolor em qualquer lugar da cavidade bucal. O aumento do volume pode ulcerar devido a traumas, ou pode deixar a mucosa intacta, com aparência normal ^{3,20}.

Outras Manifestações

Hiperpigmentação Melânica: consistem em pequenas máculas isoladas e disseminadas, de coloração acastanhada. Geralmente, essas máculas são observadas na mucosa jugal, palato e língua ³.

Tuberculose: as manifestações bucais não são comuns, e podem se apresentar com lesões nodulares, granulares, ulceradas ou mais raramente, com leucoplasia. A maioria das lesões bu-

cais representa infecções secundárias das lesões pulmonares primárias. Frequentemente, as lesões secundárias na mucosa bucal se manifestam na língua, palato e lábios, e as lesões primárias na gengiva, fundo do vestibulo e locais de extração dentária ¹⁹.

Úlceras Idiopáticas: são lesões de etiologia desconhecida podendo se apresentar com diferentes graus de severidade e desconforto para o paciente ³.

Xerostomia: tem sido frequentemente observado em indivíduos infectados pelo HIV podendo ser decorrente do uso dos medicamentos ²⁰.

Petequias: alterações hematológicas são freqüentes e observadas em crianças infectadas pelo HIV ¹⁸.

CONCLUSÃO

O presente trabalho de revisão pode-se concluir que com o conhecimento das manifestações bucais causadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o cirurgião-dentista, poderá fazer o diagnóstico precoce da doença, assim como o tratamento das manifestações. O trabalho junto com a equipe médica ajudará na preservação da saúde do paciente.

A prevenção da transmissão é a chave para a diminuição da discriminação do atendimento de pacientes portadores de HIV, assim, todos paciente deverão ser considerados como potencialmente portadores de alguma doença infecto-contagiosa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil MS. Hepatites, AIDS e Herpes na Prática Odontológica. Brasília: Ministério da Saúde. 1994.
2. Brasil MS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde. 1999.
3. Brasil, MS. Controle de Infecções e a Prática Odontológica em Tempos de AIDS: Manual de Condutas. Brasília; Ministério da Saúde. 2000.
4. Marins JRP. Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2004
5. Silva LN, Filho DLG, Ferreira DC. Infecção pelo HIV e a Atividade Laboral do Portador: uma relação ética e legal na visão na odontologia do trabalho. DST J Bras Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2007;19(1):35-44.
6. Buczynski AK, Castro GF, Souza IPR. O Impacto da Saúde Bucal da Qualidade de vida de Crianças Infectadas pelo HIV: Revisão de Literatura. Ciênc Saúde Col. 2008;13(6):1797-805.
7. Rodrigues MP, Sobrinho MD, Silva EM. Os Cirurgiões-Dentistas e as Representações Sociais da AIDS. Cienc Saúde Colet. 2005;10(2):463-72.
8. Discacciati JAC, Neves AD, Pordeus IA. AIDS e o Controle de Infecção Cruzada na Prática Odontológica: Percepção e Atitudes dos Pacientes. Rev Odontol Univ São Paulo. 1999;13(1):75-82
9. Corrêa EMC, Andrade ED. Tratamento Odontológico em Pacientes com HIV/AIDS. Rev Odonto Cienc. 2005;20(49):281-9.
10. Cavalcante CAT, Gonçalves DHA, Maia DKA, Sá EMO, Souza E, Sousa JG et al. A atenção a Saúde Bucal para DST/HIV/AIDS na Rede Municipal de Belo Horizonte – Diagnostico loco – Regional. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
11. Garcia LP, Blank VLG. Condutas pós-exposição Ocupacional a Material Biológico na Odontologia. Rev Saúde Pub. 2008;42(2):279-86
12. Volkweis MR, Rocha RS, Leonardo LNL, Wagner JCB. Lesões Bucais em Pacientes Aidéticos e Tuberculosos, Relacionados com a contagem celular cd4+/cd8+. Rev Fac Odontol São Jose dos Campos. 2001;4(3):74-82.
13. Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. 3a ed. São Paulo: Pancart; 2002.
14. Miziara ID, Lima AS, La Cortina RAC. Candidíase Oral e Leucoplasia Pilosa como Marcadores de Progressão da Infecção pelo HIV em Pacientes Brasileiros. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004;70(3):310-4.
15. Guerra LM, Pereira AC, Hebling E, Meneghim MC. Manifestações Bucais da AIDS em Crianças: implicações clínicas para o cirurgião-dentista. Rev Odontol Univ Cidade São Paulo. 2007;19(1):77-83
16. Gasparin AB, Ferreira FV, Danesi CC, Mendoza-Sassi RA, Silveira J, Martinez AMB et al. Prevalência e Fatores Associados às Manifestações Bucais em Pacientes HIV positivos Atendidos em cidade Sul-Brasileira. Cad Saúde Pub. 2009;25(6):1307-15.
17. Gonzales CB, Smith S, Galvan A, Mabry J. The differences between providing oral health care to HIV-infected children and HIV- infected adults : a general dentist' s guid. Gen Dent. 2010;58(5):424-32.
18. Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. 3a ed. São Paulo: Pancart; 2002.
19. Laskaris G. Doenças da Boca: texto e Atlas. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
20. Scully C, Flint SR, Porter SR. Atlas Colorido de doenças da boca: Diagnóstico e Tratamento. 2a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.

Corresponding author:

Professor: Cristiane Furuse

Affiliation: Faculdade de Odontologia São Leopoldo

Mandic-, Campinas, SP, Brasil

Adress: Rua Dr. José Rocha Junqueira, 13-Swift-Campinas
-SP

Phone number: (19) 3211-3691

Email: tatiane@pacientespecial.com.br