

JNT-FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL - ISSN: 2526-4281 QUALIS B1



MANIFESTAÇÕES ORAIS E TRATAMENTO EM PACIENTES DECORRENTES DA SÍNDROME IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: REVISÃO DE LITERATURA

ORAL MANIFESTATIONS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME: LITERATURE REVIEW

Marco Antônio Brito GOMES
Faculdade de Ciências do Tocantins FACIT
E-mail: marcoantoniroleite2@gmail.com

Marcus Vinícius Silva SOARES
Faculdade de Ciências do Tocantins FACIT
E-mail: mv623212@gmail.com

Lizandra Coimbra da Silva FELIPE
Faculdade de Ciências do Tocantins FACIT
E-mail: lizandra.coimbra@gmail.com



RESUMO

Introdução: As manifestações orais ocorrem com frequência em pacientes portadores da Síndrome Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sendo crucial no diagnóstico inicial pelo Cirurgião-dentista através da avaliação das primeiras manifestações, e assim, podendo ser marcador da infecção. **Objetivo:** Descrever em síntese, as principais lesões orais que acometem pacientes HIV/AIDS e o tratamento. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura através da leitura sistemática de artigos científicos a partir do ano de 2000 a 2020, acerca das principais lesões orais que acometem pacientes portadores do vírus HIV/AIDS e o tratamento, selecionando artigos de revisão de literatura e relato de caso clínico no idioma português e inglês, utilizando como banco de dados Pubmed, Medline e SciELO. Os termos de busca utilizados foram AIDS, HIV, manifestações orais, plano de tratamento. **Resultados:** A candidíase pseudomembranosa foi a mais frequente nos pacientes com o vírus HIV, em segundo lugar, a leucoplasia pilosa oral. **Conclusões:** O fator de imunossupressão por contagem de células CD4 abaixo de 200 células / mm³, lesões de candidíase oral, leucoplasia pilosa, doença periodontal ulcerativa necrosante e sarcoma kaposi pode ser indicado como indício de progressão para AIDS, necessitando de complementação em estratégias de diagnóstico e intervenção precoce para garantir a melhoria da qualidade de vida desses pacientes com HIV.

88

Palavras-chave: AIDS. Lesões orais. Diagnóstico. Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: The manifestations or occurrences frequently in patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), being crucial in the initial diagnosis by the Dental Surgeon through the evaluation of the first manifestations, and thus, it can be a marker of the infection. **Objective:** To describe in synthetics, as the main oral guidelines that affect HIV / AIDS patients and treatment. **Methods:** A literature review was carried out through the systematic reading of scientific articles from the year 2000 to 2020, about the main oral diseases that affect patients with the HIV / AIDS virus and the treatment, literature review articles and case report clinical in Portuguese and English, using Pubmed, Medline and SciELO as databases. The search terms used were AIDS, HIV, oral manifestations, treatment plan. **Results:** HIV-positive patients are susceptible to developing oral and peribuccal diseases, occurring more frequently when AIDS progresses, than in HIV patients, prevailing diseases of fungal origin, bacterial origin, viral origin, in addition to neoplastic characteristics. **Conclusion:** Considering the immunosuppression factor by

counting CD4 cells below 200 cells / mm³, lesions of oral candidiasis, hairy leukoplakia, necrotizing ulcerative periodontal disease and Kaposi sarcoma can be indicated as progression to AIDS, requiring complementation in the strategies of early diagnosis and intervention to guarantee the improvement of the quality of life of these HIV patients.

Keywords: AIDS; Some oral; Diagnosis; Treatment.

INTRODUÇÃO

**A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre
aquilo que todo mundo vê.**

Arthur Schopenhauer

Parte do século XXI representou um período marcado pela pandemia de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS) que atingiram países industrializados e em desenvolvimento, afetando desde problemas sanitários às questões sociais¹.

O HIV é transmitido através do sangue, instrumentais infectados, relações sexuais (anal, oral e vaginal), além disso, também pode ser passado de mãe para filho durante a gestação, parto e amamentação. Depois de contaminado pelo vírus, o indivíduo percorre meses ou anos sem apresentar sintomas, ou seja, sem depressão do sistema imune e perda de linfócitos TCD4+, correspondendo à fase assintomática e torna-se soropositivo, sendo assim, nem sempre que o paciente contrair o vírus HIV irá desenvolver a doença AIDS².

Em consequência da diminuição do sistema imune, o paciente apresenta-se susceptível as infecções oportunistas e processos neoplásicos, tais condições podem levar a morte³.

De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2010 foram notificados 529.914 casos de HIV no Brasil, nesse sentido, no Brasil em 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de AIDS – notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/ Siclom –, com uma taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes (2018), totalizando, no período de 1980 a junho de 2019, 966.058 casos de AIDS detectados no país. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de AIDS no Brasil, que passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para 17,8/100.000 habitantes em 2018, configurando um decréscimo de 16,8%⁴.

Essa redução deu-se devido ao programa “Tratamento para todos” nos Sistemas Únicos de Saúde, instituído em dezembro do ano de 2013, com ele foi possível adquirir o tratamento antirretroviral (ARV) para todos os casos diagnosticados de HIV, a fim de controlar o crescente número de casos da pandemia⁴.

As manifestações orais são importantes indicativos de infecção por HIV e sua progressão. De acordo com a literatura, 90% dos pacientes com AIDS apresentam pelo menos uma manifestação bucal. As principais são: candidose, doenças periodontais, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi e herpes simples⁵.

Às novas terapias para imunodeficiência tem possibilitado uma melhora na qualidade de vida além da diminuição de manifestações orais e sistêmicas nesses pacientes¹.

No entanto, há desconhecimento de manifestações orais devido à infecção por HIV e evolução para a doença AIDS na área odontológica e ainda existem muitas dúvidas principalmente em acidentes trans-operatório, por isso, devem ser bastante abordadas, a fim de possibilitar o diagnóstico inicial para uma intervenção efetiva⁶.

Este trabalho teve como objetivo identificar a importância do diagnóstico diferencial e tratamento das lesões orais em pacientes portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na clínica odontológica.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa envolvendo artigos científicos a partir do ano de 2000 a 2020 acerca das principais lesões orais que acometem pacientes portadores do vírus HIV/AIDS e o tratamento, selecionando artigos científicos, revisão de literatura, revisão sistemática e relato de caso clínico no idioma português e inglês, utilizando o SciELO, Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde. Na busca dos descritores em Ciência e Saúde e operadores “and” e “or”, os termos utilizados foram AIDS, HIV, manifestações orais, plano de tratamento. Dando ênfase nos planos de tratamento voltados para prevenção e controle das manifestações orais de pacientes com AIDS, Como critério de exclusão, deu-se por artigos que não continha os descritores citados acima e com dados obsoletos.

REVISÃO DE LITERATURA

A infecção por HIV (Human Immunodeficiency Virus) é considerada uma doença infectocontagiosa e está relacionada com a AIDS ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, levando a perda progressiva da imunidade. Caracteriza-se pela queda dos níveis de linfócitos CD4 logo na primeira semana de contágio, uma vez recrutados para replicação viral, tornam-se altamente contagioso⁷. Os linfócitos T auxiliar (células T4) são afetados profundamente, inclusive os macrófagos, monócitos, células de Langerhans, neurônios e células da glia. A replicação viral ocorre nos tecidos linfáticos, baço, células linfoides quando associadas ao intestino e macrófagos. Dessa forma, quanto maior a progressão a doença, maior a dificuldade em defender-se frente às infecções decorrentes⁸.

O HIV não consegue progredir sozinho, por isso, comporta-se como parasita e deprime as células T, causando a resistência contra infecções. Ele infecta qualquer tipo de células que possui o CD4 como receptor celular tendo como afinidade os linfócitos T⁹. O nível de células CD4+ (1.000 a 1.200/mm) sofre queda para menos de 200/mm³ nos estágios mais avançados da doença AIDS. Os níveis de CD4+ e CD8+ (2 para menos de 0,5/mm). E assim, encontra-se incapaz de conter infecções causadas por HIV e aumenta a viremia¹⁰.

Epidemiologia

A literatura demonstra que os primeiros relatos foram na década de 80, relataram inúmeras infecções oportunistas, principalmente na relação de homossexuais. Trinta anos depois, a doença se espalha descontroladamente e chega a dois milhões de casos por ano. A distribuição mundial do HIV apresenta como meio de contaminação na África a relação heterossexual, e assim, um maior número de crianças contaminadas por HIV+. No entanto, na América a relação entre homossexuais é considerada maior, e por isso, se torna a população mais atingida. Enquanto na Ásia Central e Leste Europeu, o contágio se dá pelo uso de drogas injetáveis como instrumental contaminado¹¹.

No Brasil, da década de 80 até nos anos de 2008, foram relatados 506.499 casos, destes, 60% na região sudeste. Na comparação entre gêneros, o sexo masculino apresentou maior percentual de contaminação do que no sexo feminino, sendo a proporção (M/F) de 1,5:1¹².

Lesões Orais Associadas ao HIV

Infecções Fúngicas

Candidíase

É uma das principais infecções oportunistas e acometem comumente pacientes com HIV/AIDS. A *Candida albicans* é o agente etiológico da lesão oral, no qual se relaciona com a queda da imunidade, e frequentemente, acomete no início da infecção do HIV, em paciente assintomáticos ou em 90% dos pacientes com AIDS¹³. Ela se divide em três tipos de apresentações clínicas: pseudomembranosa, eritematosa, hiperplásica e queilite angular¹⁴.

A candidíase pseudomembranosa apresenta superfície branco/amarelada com aspecto aveludado (figura 1) que pode ser removido facilmente com uma espátula ou gaze. Acometem principalmente na superfície da língua, mucosa labial e bucal, e por fim, palato mole. Depois de removida, áreas eritematosas são encontradas e o aspecto da lesão se

assemelha com coalhada de leite. Essa superfície branco/amarelada é composta por um amaranhado de hifas, blastopóros, bactérias, células epiteliais descamadas e inflamatórias¹⁵.



Figura 1- Candidíase oral pseudomembranosa¹⁵.

A candidíase eritematosa é caracterizada pela presença de lesão avermelhada (figura 2) com sensação de ardência na região média posterior do dorso da língua, palato mole, mucosa labial e bucal. Estão fortemente associados com o uso de antibióticos de largo espectro e pacientes imunossuprimidos induzidos pelo HIV¹⁶. Ela apresenta uma perpetuação da candidíase pseudomembranosa aguda persistente. Na zona de dorso de língua, a lesão causa uma área despapilada e uma coloração avermelhada intensa, isso acontece devido à perda das papilas filiformes¹⁷.

92



Figura 2. Candidíase eritematosa na zona medial posterior de dorso lingual²⁷.

Na Hiperplásica (figura 3), ela pode ser chamada também de leucoplasia por *Candida albicans*, a menos comum. É uma lesão oral de aspecto duro e áspero à palpação, causam pequenos nódulos brancos semelhantes com a pseudomembranosa, no entanto, não

pode ser removida com raspagem. Afetam comumente região de comissura labial de fumantes e a língua¹⁷.



Figura 3. Candidíase hiperplásica. Placas brancas e fissura envolvendo a comissura labial esquerda²⁷.

De acordo com Ministério da Saúde¹⁸, a candidíase é considerada como marcador clínico precoce característico da imunodepressão grave, estando associada com o desenvolvimento de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*.

A literatura demonstra que a candidíase oral é a doença fúngica mais prevalente em pacientes imunocompetentes, por ser multifatorial, encontra-se relacionada com a diminuição do fluxo salivar, alteração na qualidade da saliva e uso de próteses removíveis. Dessa forma, o diagnóstico é realizado por meio de citologia esfoliativa com meio de cultura. O tratamento torna-se mais complexo por esses pacientes apresentarem resistência ao tratamento convencional, de tal forma depende da condição imunológica, que pode evoluir a candidíase oral para faringe, tranqueia e esôfago¹⁹.

O tratamento da candidíase oral se dá através de antifúngicos tópicos e sistêmicos. Os tópicos incluem bochechos, pastilhas e géis orais. Em casos que há progressão da candidíase oral para outra região do corpo como supracitado, deve realizar associação da terapia com antifúngicos tópicos e sistêmicos. Na terapia a base de tópico, pode ser utilizada a nistatina (100.000UI/ml) como suspensão oral, nistatina em pastilhas, gel oral base, como 1% clotrimazol e miconazol. E o sistêmico agrupam o fluconazol (150mg) e itraconazol (100mg). Em casos de forte resistência ao fluconazol, pode-se alternar por terbinafina, e tem mostrado bons resultados²⁰.

Queilite Angular

A queilite angular provoca dor devido à formação de fissuras labiais na região de comissura (figura 4), comumente relacionada com estomatite protética¹⁷. Causada por uma

associação de bactérias (*Staphylococcus aureus*) e fungos (*Candida albicans*). Tem como predisposição, pacientes imunossuprimidos jovens infectados por HIV, devido à queda da imunidade, e, ainda, por perda da dimensão vertical, deficiência na higiene oral e deficiências nutricionais¹⁵.



Figura 4. Queilite angular. Fissuras eritematosas nas comissuras labiais¹⁵.

O aparecimento se dá pelo uso de antidepressivos tricíclicos (amitriptilina e clomipramina) utilizados no controle dos sintomas de diarreia e insônia, no entanto, apresenta como efeito adverso o ressecamento da mucosa e propensão para o desenvolvimento de candidíase oral. Por isso, esses medicamentos são eleitos como de segunda escolha. A mais segura desse grupo é a nortriptilina¹⁸.

A queilite angular, assim como a candidíase oral, é tratada com a mesma terapia antifúngica por meio de medicamentos tópicos e sistêmicos, como pomadas nistatina, clotrimazol e miconazol, óxido de zinco (presente no Hipoglós) ou a pomada Omcilon (Orabase), e ainda, a vaselina é considerada uma opção por hidratar essa região de comissura labial. Em alguns casos, podem-se indicar comprimidos de via oral com fluconazol (150mg) para eliminar a lesão fúngica⁴.

Infecções Bacterianas

Doença Periodontal

Dentre as principais lesões decorrentes da infecção por HIV e evolução para AIDS estão a gengivite e periodontite (figura 5) de rápida progressão (figura 6). Isso ocorre devido os pacientes imunossuprimidos terem uma mudança na microbiota bucal e propiciando o aparecimento de lesões gengivas e periodontais²⁰. Logo, acredita-se que a infecção por HIV participa diretamente na patogênese da doença periodontal, ou seja, na gravidade²¹. Os indivíduos infectados pelo HIV exibem lesões bucais frequentemente associadas à imunossupressão, as quais são causadas por patógenos oportunistas²².

As manifestações orais tem-se apresentado como as primeiras manifestações no estante em que o sistema imunológico do indivíduo encontra-se comprometido, dessa forma, o diagnóstico precoce se torna essencial para a melhora de qualidade de vida de pacientes com AIDS. Dentre as apresentações clínicas, a literatura expressa que a periodontite agressiva apresenta maior relevância nesses pacientes do que indivíduos não imunocompetentes, sendo a primeira na incidência de casos quando comparada com a periodontite crônica²³.

Com evolução rápida, apresenta alteração da microbiota bucal com prevalência de bactérias anaeróbicas do tipo gram-negativas subgengivais e descontrole da composição salivar. Em suma, a saliva não consegue controlar os níveis bacterianos, e assim, torna-se propenso para doenças gengivas e periodontais²⁵.



Figura 5. Aspecto clínico de periodontite agressiva¹⁵.

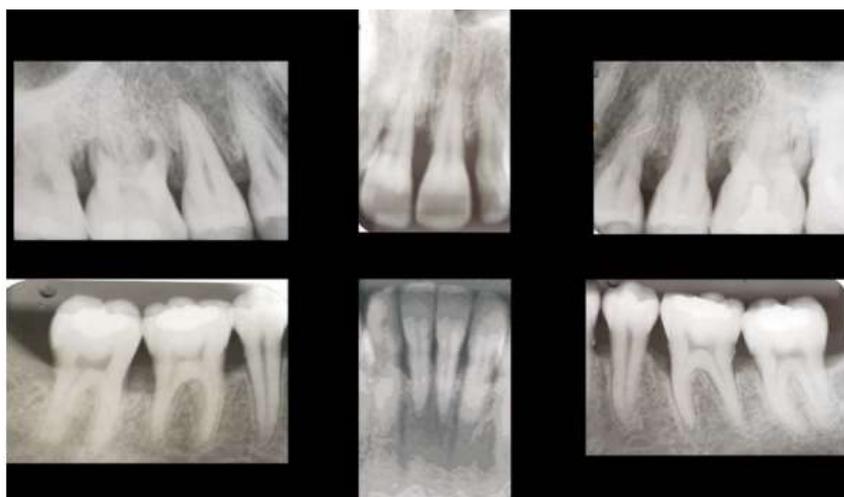


Figura 6. Aspecto radiográfico com diversas reabsorções ósseas localizadas em incisivos e molares¹⁵.

O tratamento para doença periodontal se relaciona com a melhora da higiene oral e tratamento com antirretrovirais (TARV). Os medicamentos antirretrovirais tem a função de

diminuir as células infectadas por retrovírus do HIV, impedindo que esta progrida de HIV assintomática para AIDS, e se estabilize com menos de 40 células. Por isso, o TARV tem sido utilizado para combater infecções oportunistas e suas manifestações orais. Logo, esta controla a taxa de progressão da destruição celular e controle do sistema imunológico²⁴.

Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN)

A GUN (figura 7) é uma inflamação tecidual das papilas gengivais, os pacientes relatam sentir gosto metálico na boca, apresentam halitose, epitélio necrosante pseudomembranoso, sangramento espontâneo e grande sensibilidade dolorosa na área afetada. Têm como fator etiológico patogênico bactérias gram-negativas do tipo anaeróbicas subgengivais, principalmente a *Prevotella intermedia*, fusobactérias e as espiroquetas. Isso ocorre devido à imunossupressão dos indivíduos afetados, em especial, pacientes com AIDS²⁴.



Figura 7. Gengivite Ulcerativa Necrosante, associada ao HIV¹⁵.

O tratamento consiste em limpeza das áreas afetadas com água oxigenada 10 volumes, sabendo que as bactérias da margem gengival são anaeróbicas. Para a remoção do tecido necrosado utiliza-se gaze estéril embebida em clorexidina 0,12% associado com bochecho de clorexidina, prescrição de antibiótico (metronizadol – 400mg) 3 vezes ao dia, durante 7 dias. Podendo associar com amoxicilina 500mg e em casos de alergia, vibramicina 100mg. O Cirurgião-dentista deve orientar na melhora da higiene oral, repouso e dieta mais nutritiva para poder melhorar a imunidade, que seja de consistência branda ou leve²⁴.

Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)

A principal diferença entre PUN e GUN é a perda de inserção clínica e de osso alveolar, com apresentação de áreas ulceradas e necróticas, observa-se exposição do

trabeculado ósseo, conseqüentemente, dor severa e sangramento espontâneo assim como na GUN²⁶.

A PUN (figura 8) apesar de ser uma evolução da GUN, o tratamento se torna mais complexo devido à progressão de perda óssea e dor grave. Além disso, o tratamento é o mesmo para ambas as manifestações, no entanto, na PUN o prognóstico é desfavorável. Ambas as manifestações necessitam de desbridamento de tecidos moles e duros necrosados²⁴.



Figura 8. Periodontite Ulcerativa Necrosante¹⁵.

Infecções Virais

Herpes Simples

Herpes simples é a infecção viral mais comum, sendo dividida em: herpes tipo 1 (HSV-1) e herpes tipo 2 (HSV-2). Em relação ao nível de infectologia, o tipo 2 é o mais comum das doenças sexualmente transmissíveis, enquanto nos pacientes imunocomprometidos o tipo 2 tem maior prevalência, acredita-se estar relacionado com a queda do sistema imunológico²⁷.

Nesses pacientes, as lesões tendem a provocar complicações severas, e possíveis, debilidade do estado imunológico. No herpes tipo 1, as lesões são vesiculares e ulceram em uma base eritematosa, com formação de crosta serosa e sua cicatrização ocorre por volta das primeiras semanas. O meio de transmissão acontece por meio do contato oral. Enquanto no herpes 2, é uma infecção sexualmente transmissível que ocasiona feridas e vesículas bolhosas na região genital. Sendo contagiosas, podem causar além de dores, desconforto e ansiedade ao paciente²⁸.

As lesões causadas pelo HSV-1 apresentam-se na mucosa bucal de pacientes imunocompetentes na região de palato duro, gengiva, dorso de língua e vermelhão do lábio²⁷. Essas lesões são altamente contagiosas, principalmente depois que ulceram, podendo contagiar pacientes próximos, família e profissionais da saúde, assim como os

auxiliares. O herpes simples é causador da maior fonte de dor e desconforto do paciente em tratamento, e o controle torna-se imprescindível²⁹.

A reativação do vírus que estava latente no gânglio trigeminal nos pacientes HIV+ apresentam uma queda nos níveis de CD4 circulantes e acréscimo da carga viral. São característica as vesículas em lábio (figura 9) e mucosa labial e bucal, que posteriormente, resultam em úlceras de formato irregular coalescente e dolorosas, com bordas esbranquiçadas³⁰.



Figura 9. Lesão na comissura labial por herpes recorrente (fase crônica)¹⁵.

Para o tratamento das manifestações orais causadas por herpes, nos casos mais leves são tratadas com medicamentos tópicos e para casos mais avançados, ou seja, pacientes que apresentam queda da imunidade e herpes recorrente, torna necessário o uso de medicamentos antivirais. Os medicamentos antivirais encontrados no tratamento da doença são aciclovir (200 MG), valaciclovir (500 MG), penciclovir (500 MG) e fanciclovir (500 MG). Além disso, tem sido utilizado laser de baixa potência para melhora do quadro das lesões nos primeiros estágios³¹.

Leucoplasia Pilosa

A leucoplasia pilosa oral (LPO) está associada com o vírus Epstein-Barr (EBV), que clinicamente, apresenta estrias verticais hiperqueratóticas que se assemelham com placa branca, não sendo removível com a raspagem, é localizada na região de borda lateral de língua (figura 10), podendo ser uni ou bilateral. Comumente, a superfície é plana com aspecto de rugosidade ou pilosa. Apesar de ser característico, não é considerado sinal patognomônico da doença. Com frequência, tem demonstrado associação com o vírus do HIV, estando relacionado com todos os estágios da doença, principalmente em pacientes com o CD4 abaixo de 200 células/mm³, indicativo de AIDS³⁰. A Leucoplasia pilosa é

considerada fator preditor da evolução para AIDS, assim como a diarreia crônica e febre de origem indeterminada¹⁸.



Figura 10. Leucoplasia Pilosa bucal em paciente HIV positivo¹⁵.

O tratamento para eliminar as pilosidades da borda de língua, pode ser feito por cirurgia e terapia com medicamento antiviral Aciclovir (800 MG) e antifúngicos (nistatina e fluconazol) em casos de infecção secundária de candidíase. Podendo utilizar ainda a Podofilina tópica a 0,25% com aplicação única e retinoide (vitamina A 0,1%) na forma tópica²⁴.

99

Lesões Neoplásicas

Sarcoma de Kaposi

De acordo com a literatura, o Sarcoma de Kaposi (SK) está comumente relacionado com o HIV, ou seja, em paciente imunocompetentes. Ele é um tumor vascular, assintomático e com predisposição pelo sexo masculino. É caracterizado por placas vermelhas ou arroxeadas, de localidades difusas ou focais. Quando no palato (figura 11), pode influenciar diretamente na fonética e mastigação do paciente, podendo causar perda dentária e comprometer as vias respiratórias. O HIV não é um fator predispor para o desenvolvimento do SK, pois em estudos não tem sido encontrado vírus no tecido neoplásico, e assim, não destarte, o HIV não pode desempenhar papel oncogênico na causa direta do SK³².



Figura 11. Sarcoma de Kaposi em paciente com SIDA¹⁵.

O diagnóstico é realizado por meio da biopsia incisional. E o tratamento indicado consiste em radiação, excisão cirúrgica e injeções quimioterápicas dentro da lesão de LK. Com esse tratamento é possível diminuir o tamanho da lesão, mas não a cura definitiva²⁴.

Linfoma Não-Hodgkin

O Linfoma Não-Hodgkin é considerado o segundo mais comum das neoplasias em pacientes infectados por HIV. Ele afeta inicialmente os linfonodos e tendem a crescer cada vez mais. Encontra-se localizado no Sistema Nervoso Central (SNC). Apresenta lesões na gengiva, palato, língua, amígdala e seio maxilar. É comumente confundido com abscesso dentoalveolar e abscesso periodontal, por se localizar na gengiva e estando associado a dentes comprometidos³³.

100



Figura 12. Linfoma Não-Hodgkin¹⁵.

Devido o Linfoma Não-Hodgkin se assemelhar com abscesso dento-alveolar e periodontal, logo, é necessário fazer o diagnóstico diferencial por meio da biopsia incisional. O tratamento é realizado por meio de radiação e quimioterapia com esquema CHOP (ciclofosfamida, doxorrubicina, adriamicina, vincristina e prednisona)²⁴.

DISCUSSÃO

Com advento dos medicamentos antirretrovirais e de terapia de alta potência, o que antes era problema de saúde pública que afetava a expectativa de vida do paciente portador de HIV, hoje representa um avanço na área da saúde médica e odontológica^{33,36}. No que tange, atualmente, a distribuição entre os sexos, onde antes abordava maior população de homens afetados, hoje distribui entre mulheres em idade reprodutiva, heterossexuais e pessoas de condição financeira mais baixa. No entanto, para Barbosa et al³⁴ (2003), hoje uma interiorização da doença, e que não representa mais uma doença de grandes cidades. Estudos demonstram que as manifestações orais são marcadores de evolução do HIV, onde as lesões mais comuns encontradas, segundo Rosendo et al³⁷ (2011), são candidíase oral e suas diferentes formas, gengivites, gengivo-estomatite herpética aguda, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi³⁵.

A pesquisa de Sousa et al.⁴⁰ (2000), demonstra que de 100 pacientes examinados no Hospital Giselda Trigueiro em relação às manifestações orais, a mais frequente foi a candidíase, em segundo a gengivite e periodontite, leucoplasia pilosa e sarcoma de Kaposi. Em relação à candidíase, 15 pacientes apresentaram a forma pseudomembranosa, seguido da queilite angular.

Em consonância com o estudo de Rosendo et al.³⁷ (2011) e Motta et al.³⁸ (2014) concordam que a prevalência maior foi de candidíase pseudomembranosa no sexo feminino (52,5%), em sequência a periodontite ulcerativa necrosante (15,38%), leucoplasia pilosa e queilite angular revelou menor prevalência (11,54%).

Para Paulique et al.¹⁴ (2017), através da terapia antirretroviral é possível controlar a apresentação de manifestações orais devido à diminuição da carga viral resultante da medicação. Sabendo que a candidíase pseudomembranosa na maioria dos estudos revelou maior apresentação, nota-se que em relação à evolução da doença HIV para AIDS, esta apresentou maior prevalência nos casos. Da mesma forma que o controle da severidade da doença periodontal está correlacionado com a utilização dos antirretrovirais, incluindo as formas ulcerativas e necrosante.

Assim sendo, as manifestações orais representaram grande indicativo de infecção por HIV, sendo importante o conhecimento e diagnóstico precoce para garantir eficiência do tratamento desse paciente, além de diminuir a prevalência de lesões orais. A candidíase sendo a manifestação mais comum, seguida da leucoplasia pilosa e sarcoma de Kaposi. Não obstante, manifestações orais como a candidíase indicam que o paciente está em fase de imunodepressão e possível falha na terapia com antirretrovirais³⁹.

CONCLUSÃO

Levando em consideração as lesões orais citadas, podemos concluir que a candidíase pseudomembranosa foi a mais frequente em pacientes portadores do vírus HIV, e em segundo, a leucoplasia pilosa oral. Considerando o fator de imunossupressão através da contagem de células CD4 abaixo de 200 células/mm³, podem-se indicar as lesões de candidíase oral, leucoplasia pilosa, doença periodontal ulcerativa necrosante e sarcoma de kaposi como indicativo de progressão para AIDS, exigindo complementação nas estratégias de diagnóstico precoce e intervenção para garantir a melhora da qualidade de vida desses portadores de HIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*¹

1. Souza IPR, Castro GF. Abordagem odontológica da criança infectada pelo HIV. 1 ed. Rio de Janeiro: Santos Livraria Editora, p. 166, 2008.
2. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Doenças da imunidade. In: Robbins SL. Patologia estrutural e funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. Cap. 7, p.168-232.
3. Urizar JMA, Goicouría, MA, Valle AE del. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9: 148-57.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/Aids, 2019. Número especial. 2019. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/29/Boletim-Ist-Aids-2019-especial-web.pdf>.
5. Villaça JH, Machado AA. A Aids e suas manifestações orais e periodontais: revisão bibliográfica. Rev Assoc Paul Cir Dent 2004; 58(3): 228-30.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Controle de infecções e a prática Odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 118p.
7. Carranza et al., Periodontia Clínica. v.2, n.11, p. 414-426, 2012
8. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Doenças da imunidade. In: Robbins SL. Patologia estrutural e funcional. Edição. 6. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; Cap. 7, p.211-223, 2000.
9. Corrêa EMC, Andrade ED. Tratamento Odontológico em Pacientes HIV/AIDS. Revista Odonto Ciência, Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 49, jul./set. 2005.
10. Harrison TR. Medicina interna. 13. ed. Rio de Janeiro: McGrawn; 1995. p. 1641-93.
11. UNAIDS. AIDS epidemic update: December 2007. Disponível em: https://data.unaids.org/pub/epislides/2007/2007_epiupdate_en.pdf

¹ *De acordo com as normas de Trabalho de Conclusão de Curso da FACIT, baseada nas normas Vancouver. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

12. Moniaci D, Greco D, Flecchia G, Raiteri R, Sinicco A. Epidemiology, clinical features and prognostic value of HIV-1 related oral lesions. *J Oral Patlhol Med.* 1990; 19: 477-81.
13. Miziara ID, Weber R. Oral candidosis and oral hairy leukoplakia a predictors of HAART failure in Brazilian HIV-infected patients. *Oral Dis.*2006;12:402-7.
14. Paulique NC, Cruz MC, et al., Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. *Archives of Health Investigation* v.6, n. 6, p. 240-244, 2017.
15. Jin L, Leung W, Samaranayake L. Oral mucosal fungal infections. *Periodontology.* 2000; 49:39-59.
16. Miziara ID, Weber R. Oral candidosis and oral hairy leukoplakia a predictors of HAART failure in Brazilian HIV-infected patients. *Oral Dis.*2006;12:402-7.
17. Huber M, Terézhalmy G. Oropharyngeal candidiasis: etiology, epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and treatment. *Crest Oral-B.* (2011).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
19. Patton LL. HIV Disease. *Dent Clin North Am.* 2003;3:92-467.
20. Sanjar FA, Queiroz BEUP, Miziara ID. Otolaryngologic manifestations in HIV disease - clinical aspects and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011;77(3):391-400.
21. Gasparin AB, Ferreira FV, Danesi CC, Sassi RA, Silveira J, Martinez AMB, et al. Fatores e prevalências associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidades sul-brasileiras. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(6):1307-15.
22. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunford RG, Matchei EE et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *J Periodontol.* 1994; 65(3):260-7.
23. Glick M, Holmstrup P. HIV infection and periodontal disease. In: Rose LF, Genco RJ, Cohen DW, Mealey BL, editors. *Periodontal Medicine.* London: BC Decker Inc; 2000. p.183-93.
24. Silva BB, Costa LMR. Manifestações orais em pacientes HIV positivos. [trabalho de conclusão de curso]. Roraima: Porto Velho. 2019.
25. Reichart PA, Gelderblom HR, Becker J. AIDS and the oral cavity. The HIV-infection: virology, etiology, origin, immunology, precautions and clinical observations in 110 patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997; (16):129-53.
26. Axell T, Baert S, Brocheriou C, Challa CS, Greenspan D; Ten KRW, et al. Revised classification of HIV - associated oral lesions. *Brit den J,* v. 170, n. 8, p. 305-6, April 1991.
27. Neville BW, et al. *Patologia oral e maxilofacial.* Elsevier. 2008; 3:153-209.

28. Ribeiro MP, et al., Odontogeriatrics: AIDS in the elderly population of Brazil and the lack of prevention programs. *Rev Portal Divulg.* 2015; 1: 1-7.
29. Reggiori MG, et al. Laser therapy in the treatment of herpes simplex in HIV patients: a case report. *Revista Instituto Ciência Saúde.* 2008;26(3):357-361.
30. Consolaro A, Consolaro MF. Diagnostic and treatment of recurrent herpes simplex peribuccal and intra-buccal in orthodontic practice. *R Dent Press Ortodon Ortop Facial.* 2009; 14(3):16-24.
31. Reggiori MG, Allegretti CE, Scabar LF, Armonia PL, Giovani EM. Laser therapy in the treatment of herpes simplex in HIV patients: a case report. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2008;26(3):357-61.
32. Reznik DA. Oral manifestations of HIV disease. *Top HIV Med.* 2005- 2006;13(5):143-8.
33. Dias EP, Spyrides KS, et al. Oral leukoplakia: histopathological aspects of the subclinical phase. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, v. 15, n. 2, p. 104-111, abr./jun. 2001.
34. Barbosa LM, Sawyer DO. AIDS: social vulnerability and the evolution of the epidemic in municipalities of the Northeast and Southeast of Brazil. *Rev Bras Est Pop.* 2003; 20(2):241-57.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Controle de infecções e a prática Odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
36. Silva SFR, Pereira MRP, Motta Neto R, Ponte MF, Ribeiro IF, Costa PFTF, Silva SL. Aids in Brazil: an epidemic in transformation. *RBAC.* 2010; 42(3): 209-212.
37. Rosendo IA, Ferreira SMS, Pugliesi DM. Evaluation of oral conditions in children infected with HIV treated in a municipal health center in Maceió-AL. Longitudinal study. *Revista Semente* 2011; 6(6):53-61
38. Motta WKS, Nóbrega DRM, et al. Demographic aspects and clinical manifestations of buccal lesions in HIV/AIDS patients. *Revista Odontologia UNESP/Online.* 2014; 43(1): 61-67.
39. Cavassani VGS, et al. Oral candidiasis as a prognostic marker in HIV carriers. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologista.* 2002; 68(5): 630-4.
40. Souza LB, Pinto LP, et al. Oral manifestations in HIV/AIDS patients in a Brazilian population. *Pesq Odont Bras/Online.* 2000; 14(1): 79-85.