

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**BÁRBARA STÊNIA MIRANDA ROCHA DE MATOS
LORENA ALVES QUEIROZ**

**LESÕES ORAIS ASSOCIADAS À INFECÇÃO PELO
HIV**

**PATOS DE MINAS
2015**

**BÁRBARA STÊNIA MIRANDA ROCHA DE MATOS
LORENA ALVES QUEIROZ**

**LESÕES ORAIS ASSOCIADAS À INFECÇÃO PELO
HIV**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de.

Orientador: Prof.^a Ms. Mayra Maria Coury França

**PATOS DE MINAS
2015**

LESÕES ORAIS ASSOCIADAS À INFECÇÃO PELO HIV

Bárbara Stênia Miranda Rocha de Matos e Lorena Alves Queiroz*

Mayra Maria Coury França**

RESUMO

O presente estudo tem como finalidade apontar as lesões orais que estão diretamente ligadas com a infecção pelo vírus do HIV, quais são os sinais clínicos e como é realizado o tratamento de cada lesão. Utilizando a revisão de literatura podemos observar o grande crescimento estatístico de pessoas infectadas e também a importância do papel do cirurgião dentista, uma vez que podem encontrar essas lesões, reconhece-las e diagnostica-las como lesões orais associadas ao HIV, possibilitando assim um tratamento prévio sem maiores complicações.

Palavras-chave: HIV. Lesões Orais. AIDS.

ABSTRACT

The present study aims to point out the oral lesions that are directly linked to HIV infection, what are the clinical signs and how the treatment of each lesion is accomplished. Using the literature review we can observe the great statistical growth of infected people and also the importance of the dentist surgeon, once they can find these lesions, recognize and diagnose them as oral lesions associated with HIV, thus enabling a prior treatment without further complications.

Keywords: HIV. Oral Lesions. AIDS.

*Alunas do Curso de odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) 2015.
barbararochams@hotmail.com loh_alves2@hotmail.com

**Professora de radiologia, estomatologia, pacientes especiais, triagem e odontopediatria no curso de odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em estomatologia pela UFU, especialista em radiologia pela ABO Uberlândia e especialista em odontopediatria pela São Leopoldo Mandic.
mayrinhaf@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema e Delimitação do tema

O tema escolhido tem obtido uma grande repercussão mundial, uma vez que o índice de crescimento de indivíduos infectados pelo HIV tem se tornado muito alto. Entre os sinais e sintomas de pessoas infectadas um dos principais é o aparecimento de lesões orais que tem uma relação direta com a infecção e a diminuição da imunidade.

1.2 Formulação do Problema

Quais lesões orais podem ser encontradas em um paciente infectado pelo HIV?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Apontar quais as lesões orais podem estar associadas à infecção pelo vírus do HIV.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Explicar o que é o vírus do HIV;
- Descrever detalhadamente cada lesão oral que está comumente associada à infecção pelo HIV;
- Citar as lesões menos comumente associadas à infecção pelo HIV;
- Apontar quais são as manifestações clínicas;
- Indicar como esse paciente deve receber o tratamento.

1.3 Justificativa

Esse tema foi escolhido devido ao grande número de pessoas que são infectadas pelo vírus do HIV. Somente no Brasil o número de pessoas infectadas é superior a 530.000 e mais de 35,3 milhões de pessoas em todo o mundo. ⁽¹⁾

Essa doença atinge indivíduos de todas as idades, gêneros, etnias, classes sociais e tem uma distribuição mundial. Ela agride o indivíduo fisicamente na forma de imunossupressão debilitando e acarretando outras doenças oportunistas, psicologicamente fazendo com que essa pessoa se sinta diminuída e deprimida emocionalmente, socialmente levando a um sentimento de discriminação pela sociedade, família e amigos de uma maneira geral, intimamente uma vez que o paciente sente receio em ter uma vida normal como homem ou mulher devido dificuldade de encontrar um parceiro (a) que aceite sua condição.

Levando em consideração a abrangência e a totalidade dessa doença, a pesquisa sobre esse tema será de uma importância relevante para a sociedade como um todo, de maneira que estará sendo levado mais conhecimento sobre o assunto abordado tirando assim dúvidas e mitos sobre o modo de contágio. Para os pacientes infectados de modo que eles saberão que eles têm o direito de serem atendidos como qualquer outro paciente. Os acadêmicos de forma que eles obterão a chance de se manterem informados sobre as obrigações para com o paciente HIV-positivo e também de reconhecer a doença clinicamente antes mesmo de terem sua formação acadêmica concluída. Os professores de maneira que eles possam apresentar esse trabalho como um guia de aprendizado para seus alunos, e para os cirurgiões dentistas pelo fato que será descrito nesse artigo como deve ser executado o tratamento odontológico, quais considerações devem ser levadas em relação ao plano de tratamento, como agir frente a uma exposição ocupacional ao HIV, quais são as complicações e diversas manifestações clínicas orais onde eles poderão exercer seu conhecimento e saber diagnosticar se aquela lesão pode ou não estar associada à infecção pelo HIV, encaminhar esse paciente para um médico e assim colaborar para um diagnóstico prévio e dar possibilidade de uma sobrevida maior a esse paciente.

1.5 Metodologia

A pesquisa foi de origem bibliográfica estando relacionada com livros, artigos, revistas e banco de dados e também qualitativa porque visa entender um assunto específico de forma aprofundada, baseando-se em descrições, comparações e interpretações, exploratória, pois, estudou as lesões orais que acometem os

pacientes com HIV, com intuito de diagnosticar e estimular as pessoas a reconhecerem se forem acometidas pela doença.

2 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (HIV)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), que é causada pelo vírus da imunodeficiência humana, é uma doença infecciosa que atinge cerca de 35,3 milhões de pessoas em todo mundo e 530.000 somente no Brasil.⁽⁶⁾

Existem diversas hipóteses sobre a origem do vírus desde o surgimento da doença que foi na década de 80, porém atualmente acredita-se que o vírus originou-se dos chimpanzés selvagens naturais de Camarões.

O HIV faz parte do grupo dos retrovírus tendo como genoma o ácido ribonucleico (RNA). Existem dois tipos desse vírus, HIV-1 e HIV-2, com diferentes propriedades, sendo que o primeiro é mais comum no Brasil e o segundo encontrado na África Ocidental e na Europa. Ao penetrar nas células o vírus se integra ao seu código genético e dá início ao processo de replicação que resulta na destruição ou disfunção dos linfócitos entre outras células do sistema imune, o que faz com que ele se altere qualitativamente e quantitativamente sendo impedido de exercer sua função regular, propiciando assim exposição à doenças oportunistas e neoplasias que são características da Imunodeficiência adquirida (AIDS).⁽⁵⁾

Do momento da contaminação até a instalação da doença propriamente dita ocorrem alguns estágios: infecção primária, HIV assintomático, HIV sintomático e Aids. A infecção primária é caracterizada pelo contato com o vírus e desenvolvimento de anticorpos, onde os sintomas se assemelham com os de uma gripe que duram de 1 a 3 semanas. O estágio HIV assintomático é o denominado ponto de equilíbrio viral, que consiste na tentativa do organismo de eliminar o vírus produzindo anticorpos que se ligam ao HIV livre auxiliando sua remoção, essa fase pode se estender por até anos. O terceiro estágio é caracterizado pela queda na contagem de T CD4+ (entre 200 e 499mm³), nesse momento ocorre as doenças oportunistas. O ultimo estágio denominado de Aids ocorre devido a contagem de T CD4+ ser menor que 200mm³ acarretando uma grave disfunção imunológica e o aparecimento de doenças oportunistas.⁽⁵⁾

A forma de transmissão conhecida é através do contato com líquidos orgânicos, sendo eles sangue, líquido seminal, leite materno, secreção vaginal, e líquido amniótico contaminado com o HIV ou contendo linfócitos T CD4+. A contaminação pode ocorrer através do contato direto com esses líquidos, de forma parenteral: transfusão sanguínea, uso de drogas injetáveis ou compartilhamento de agulhas e seringas, acidentes com perfuro cortantes, e ainda através da mucosa, relação sexual, acidentes, transmissão vertical e através do aleitamento materno. ⁽¹⁾

Algumas doenças estão frequentemente associadas à imunossupressão causada pelo vírus, que serão citadas de acordo com a contagem de células T CD4+. Quando a contagem está acima de 400 mm³ a maioria dos pacientes não apresenta sinais de doenças associadas, quando a contagem varia de 301 a 400mm³ ocorrem infecções bacterianas cutâneas mais comumente por estafilococos. Já com a contagem variando de 201 a 300mm³ surge o aparecimento de Herpes zoster, Candidíase, *Tinea pedis* e leucoplasia pilosa oral, já com os números da contagem entre 101 a 200mm³ ocorre tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, histoplasmose, coccidioidomicose, meningite criptocócica, toxoplasmose, herpes simples, criptosporidiose e sarcoma de kaposi. Com a contagem abaixo de 100mm³ surge o aparecimento da síndrome consumptiva, citomegalovírus, linfoma e complexo *Mycobacterium avium*. ⁽⁷⁾

Para o tratamento da Aids foi desenvolvida a terapia antirretroviral que é a combinação de inibidores de proteases e transcriptase reversa, de forma a ser extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1 para níveis indetectáveis. ⁽⁴⁾

3 MANIFESTAÇÕES ORAIS ASSOCIADAS À INFECÇÃO PELO HIV

Além dos sinais e sintomas sistêmicos causados pela infecção do HIV também são observadas a presença diversas manifestações orais, que variam de acordo com o estágio da doença. ⁽⁹⁾

As manifestações mais comuns são as primeiras a serem apresentadas, seguidas pelas que já não tem uma relação muito comum com a infecção. O número do aparecimento das lesões em pacientes infectados tem sofrido uma queda com o auxílio da terapia antirretroviral, porém outros fatores tendem a proporcionar o

aparecimento das lesões orais, eles incluem xerostomia, deficiência na higiene oral e tabagismo. ⁽¹⁾

A identificação das manifestações orais pode sugerir uma possível infecção pelo vírus HIV, se tornando assim muito importante para o indivíduo que desconhece ser portador dessa doença, e possibilita o adiantamento no início do tratamento para aqueles cujo diagnóstico seja positivo. ⁽¹¹⁾

4 LESÕES ORAIS COMUMENTE ASSOCIADAS À INFECÇÃO PELO HIV

4.1 Candidíase Oral

A candidíase oral é a manifestação intraoral mais comum e que normalmente ao diagnóstico inicial da infecção pelo HIV. Existem várias espécies de *Candida*, porém a mais comum é a *Candida albicans*. Cerca de um terço dos indivíduos infectados pelo HIV e mais de 90% dos pacientes com Aids em algum momento da doença desenvolvem candidíase oral, que podem ser observados em quatro padrões clínicos, sendo eles: Candidíase pseudomembranosa e eritematosa que são encontradas na maioria dos casos, candidíase hiperplásica e queilite angular. ⁽³⁾

A candidíase oral geralmente é dolorosa e pode estar associada a perda do paladar, levando o paciente a um estado de má nutrição e emagrecimento. O seu diagnóstico é bem marcante através da sua apresentação clínica, porém, pode ser obtido através de esfregaço citológico ou biópsia.

O tratamento da candidíase na maioria dos casos é dificultado em pacientes com Aids. Uma vez que com frequência a nistatina não é eficaz, o clotrimazol tópico é o tratamento de escolha para pacientes que estão em terapia antirretroviral efetiva, e os azóis sistêmicos para pacientes que não estão em terapia. ⁽²⁾

Fig 1- Imagem clínica de paciente apresentando candidíase pseudomembranosa em toda cavidade oral.



Fonte (8)

Fig 2- Imagem clínica de paciente apresentando candidíase eritematosa em região de língua.



Fonte (10)

Fig 3- Imagem clínica de paciente apresentando candidíase hiperplásica em região de dorso lingual.



Fonte (10)

Fig 4- Imagem clínica de paciente apresentando queilite angular.



Fonte(10)

4.2 Leucoplasia Pilosa

A leucoplasia pilosa se caracteriza clinicamente como uma placa branca aderida na mucosa e não se destaca com raspagem, identificada como estrias ásperas verticais na margem lateral da língua. ⁽⁸⁾

Em alguns casos ela pode se estender e recobrir a lateral e dorso da língua, e em raríssimos casos acometer a mucosa jugal, palato mole, faringe ou esôfago.

Geralmente as características clínicas são suficientes para um diagnóstico presuntivo em pacientes em tratamento de rotina para o HIV, porém, quando o diagnóstico definitivo é necessário é utilizada a demonstração do vírus Epstein-Barr (EBV) dentro da lesão, que é obtido através da *hibridização in situ*, PCR, imunohistoquímica, *Southern blotting* ou microscopia eletrônica.

Geralmente não é necessário o tratamento para a leucoplasia pilosa, embora aconteça a necessidade em alguns casos por motivos estéticos ou por sensações dolorosas, sendo assim, há indicação de uso de medicamentos anti-herpes vírus sistêmicos, excisões cirúrgicas e crioterapia também tem sido utilizadas. ⁽²⁾

Fig 5 e 6 Imagem clínica de paciente apresentando leucoplasia pilosa em região de dorso lingual. (Imagens cedidas gentilmente pela professora Mayra França de um caso clínico da UFU).



4.3 Doenças Periodontais

Podemos observar três diferentes formas de doença periodontal associadas ao HIV, sendo elas:

4.3.1 Eritema linear gengival

É caracterizado por uma linha eritematosa que se estende de 2 a 3 mm apicalmente envolvendo a gengiva marginal, porém também pode comprometer a gengiva e mucosa alveolar.

Geralmente o diagnóstico pode ser confundido com gengivite devido a semelhança das características, o diferencial é que a quantidade de placa encontrada no eritema linear gengival é pequeno em relação a gengivite.

O tratamento é realizado com administração de antifúngicos como fluconazol e o cetoconazol. ⁽²⁾

Fig 7 Imagem clínica de paciente apresentando eritema linear gengival



Fonte (8)

4.3.2 Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN)

É caracterizada como ulceração e necrose de papilas interdentais sem perda da inserção periodontal. Os pacientes apresentam dor, sangramento espontâneo, e halitose. ⁽²⁾

Fig 8- Imagem clínica de paciente apresentando Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN).



Fonte(10)

4.3.3 Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)

As características da PUN são praticamente as mesmas da GUN, porém ocorre perda acelerada da inserção periodontal, edema, dor e hemorragia ainda mais intensa, podendo também afetar os dentes.

O tratamento é realizado através de debridamento e remoção do tecido necrosado, bochechos com clorexidina, metronidazol. Nesses casos é indispensável o acompanhamento e manutenção a longo prazo. (8)

Fig 9- Imagem clínica de paciente apresentando Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN).



Fonte(8)

4.4 Sarcoma de Kaposi

O Sarcoma de Kaposi é uma neoplasia multifocal de origem de células endoteliais vasculares. Desde o início da epidemia da Aids foi observado que cerca de 15% a 20% dos pacientes infectados desenvolviam o SK.

A manifestação do SK é observada como múltiplas lesões de pele e mucosa oral, tendo preferência por tronco, braço, cabeça e pescoço. Na cavidade oral qualquer região pode ser acometida, porém, é possível notar uma prevalência maior nas regiões do palato duro, gengiva e língua, podendo causar mobilidade dentária, dor, sangramento e necrose, tornando assim o tratamento necessário.

Para diagnóstico é necessária realização de biopsia. Em média de 30% a 50% dos casos ocorre redução da manifestação clínica com a terapia antirretroviral, e nos casos onde a terapia não tem sucesso observa-se eficácia com quimioterapia de agente único.

O tratamento consiste em excisões cirúrgicas ou crioterapias para as lesões mais problemáticas, e a injeção de tetradecil sulfato de sódio em lesões com menos de 2,5cm tem sido efetiva. ⁽⁸⁾

Fig 10 e 11- Imagem clínica de paciente apresentando Sarcoma de Kaposi em região de gengiva. (Imagens cedidas gentilmente pela professora Mayra França de um caso clínico da UFU).





4.5 Herpes vírus Simples

A recorrência da infecção pelo HSV em pacientes com o HIV é igualmente proporcional quando se trata de indivíduos não infectados, o que diferencia é o tempo de duração da lesão que em pacientes infectados pode permanecer até por meses e também a lesão pode sair das suas características habituais estendendo-se pela face, quando se trata de herpes labial. ⁽¹²⁾

O tratamento indicado é a suspensão de aciclovir para bochechar e engolir, pode ser prescrito xarope de difenidramina para o controle da dor, já no caso de pacientes com imunossupressão profunda é indicado administrar comprimidos de aciclovir 200mg 5 vezes ao dia. Para o herpes labial pode ser usado pomada de acilovir ou creme de penciclovir. ⁽⁷⁾

Fig 12- Imagem clínica de paciente apresentado lesões herpéticas em região de palato e rebordo alveolar.



Fonte(8)

4.6 Herpes Zoster

Pacientes com HIV que são infectados pelo vírus varicela-zoster (VZV) ainda no início da doença são acometidos por um dermatomo que tem duração por mais tempo, em pacientes que já estão na fase da Aids ocorre disseminação cutânea das lesões. Quando as lesões se manifestam na região intraoral pode ocorrer comprometimento ósseo levando à perda dentária dentro de trinta dias após a infecção.

Devido a debilidade do paciente é indicado para o tratamento administração intravenosa de aciclovir. ⁽⁷⁾

Fig 13- Imagem clínica de paciente apresentando lesões de herpes zoster em região de mucosa jugal.



Fonte(8)

4.7 Trombocitopenia

A trombocitopenia pode ser o achado clínico de maior importância devido o fato de frequentemente ser a primeira manifestação clínica em pacientes infectados pelo HIV. É apresentada clinicamente na região oral como petéquias e hemorragia gengival espontânea, e frequentemente estão presentes lesões cutâneas.

O tratamento preferencial é a terapia antirretroviral, e o tratamento secundário com corticosteroides, danazol e alcaloides da vinca. ⁽⁸⁾

Fig 14 Imagem clínica de paciente apresentando hemorragia subcutânea em região de palato caracterizando trombocitopenia.



Fonte(8)

5 LESÕES ORAIS MENOS COMUMENTE ASSOCIADAS À INFECÇÃO PELO HIV.

5.1 Infecção Micobacteriana

A infecção micobacteriana mais comum é a tuberculose que é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, porém outras agentes causadores também são responsáveis por essa infecção, como o *M. avium*, *M. intracellulare*, *M. bovis*, *M. scrofulaceum*, *M. africanum* e *M. haemophilum*, que normalmente são encontrados somente em imunocomprometidos.

Nessa infecção é incomum o aparecimento de manifestação na região oral, e quando ocorre acomete a língua com maior frequência, podendo também acometer mucosa jugal, soalho oral, palato, lábios e gengiva. Clinicamente são observados como como ulcerações crônicas, leucoplasias granulares ou aumento de volume exofíticos proliferativos.

O diagnóstico é determinado através de biópsia utilizando coloração de ácido-resistente. Os tratamentos nesses casos se tronam mais difíceis devido a resistência à droga pelo fato de já ter sido exposto a outros tratamentos mais extensos. São utilizadas rifampicina, isoniazida e pirazinamida com ebutenol acrescido quando a resistência a isoniazida é provável. ⁽²⁾

Fig 15- Imagem clínica de paciente apresentando ulceração em região de lábio superior devido a infecção micobacteriana



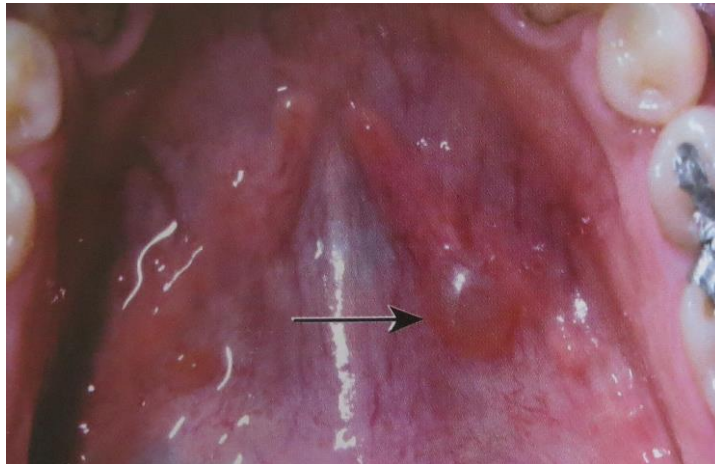
Fonte(8)

5.2 Doença das glândulas salivares

A doença das glândulas salivares também pode estar associada à infecção pelo HIV e ocorre em cerca de 5% a 10% dos casos, podendo aparecer em qualquer momento da doença levando o paciente a desenvolver a síndrome da linfocitose infiltrativa difusa (DILS).

A característica clínica é marcada pelo aumento da glândula salivar e posteriormente surgimento da formação de cisto linfoepitelial na parótida. O tratamento mais indicado para a DILS é a prednisona oral ou terapia antirretroviral.⁽⁷⁾

Fig 16- Imagem clínica de paciente apresentando aumento de glândula salivar.



Fonte(8)

5.3 Papiloma Vírus Humano (HPV)

O HPV causa diversas lesões orais e faciais em pacientes imunodeprimidos, as mais frequentes são a verruga vulgar e papiloma escamoso oral, porém alguns variantes incomuns também são encontrados na cavidade oral, como o HPV-7 e o HPV-32.

A manifestação normalmente ocorre de forma múltipla, mas isso não impede o aparecimento de uma lesão única. As características clínicas variam de projeções semelhantes a espículas brancas, pápulas sésseis ligeiramente elevadas a crescimentos róseos com aspecto de couve-flor. Os locais mais acometidos são língua, mucosa labial, mucosa jugal e gengiva.⁽¹²⁾

A confirmação do diagnóstico pode ser feita através de imuno-histoquímica ou hibridização *in situ* do DNA para confirmar a presença do HPV.

O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica, uma vez que outras opções como podofilina tópica, imiquimod, interferon, criocirurgia, ablação com laser e electrocoagulação devem ser realizados com muito cuidado e preparo da equipe devido a presença do vírus nos aerossóis. ⁽²⁾

Fig 17- Imagem clínica de paciente apresentando pápulas sésseis em região de mucosa jugla caracterizando manifestação oral do HPV.



Fonte(8)

5.4 Linfoma Não-Hodgkin

O Linfoma Não-Hodgkin é a segunda neoplasia maligna mais comum em pacientes com HIV e ocorre em aproximadamente 3% a 5% dos pacientes infectados.

Em pacientes com HIV o LNH geralmente se localiza no SNC, e em apenas 4% dos pacientes que apresentam essa manifestação ocorre na cavidade oral. As regiões acometidas são gengiva, palato, língua, amígdala ou seio maxilar.

O tratamento geralmente é através de quimioterapia combinada e a radiação reservada, porém quando essa lesão é diagnosticada a sobrevida do paciente é medida em meses após a descoberta. ⁽²⁾

Fig 18 Imagem clínica de paciente apresentado hemorragia subcutânea em região de palato caracterizando linfoma não-hodgkin



Fonte(8)

6 OUTRAS LESÕES ORAIS QUE PODEM SER OBSERVADAS EM PACIENTES INFECTADOS PELO HIV.

6.1 Histoplasmose

A histoplasmose é uma infecção fúngica causada pelo *Histoplasma capsulatum*. Em pacientes infectados pelo HIV a histoplasmose se manifesta com o aparecimento de sinais e sintomas inespecíficos como febre, perda de peso, esplenomegalia e infiltrado pulmonar.

As lesões orais são visualizadas como ulcerações crônicas e endurecidas com bordas elevadas, que podem ser únicas ou múltiplas.

O tratamento de escolha é a administração de anfotericina B intravenosa, porém o itraconazol e cetoconazol são aceitáveis. ⁽¹³⁾

Fig 19- Imagem clínica de paciente apresentando ulceração crônica em região de borda de língua caracterizando a histoplasmose.



Fonte(8)

6.2 Ulcerações aftosas

São observadas três formas de ulcerações aftosas em pacientes infectados pelo HIV, sendo elas, menores, maiores e herpetiformes, porém, com maior frequência as maiores e herpetiformes.

Em toda ulceração crônica deve-se realizar biópsia para chegar a um diagnóstico preciso.

Em muitos pacientes, o tratamento com corticosteroides intralesionais ou tópicos potentes tem obtido sucesso. Nem todas as lesões respondem ao tratamento e recidivas são comuns. ⁽⁸⁾

Fig 20- Imagem clínica de paciente apresentando ulceração aftosa



Fonte(8)

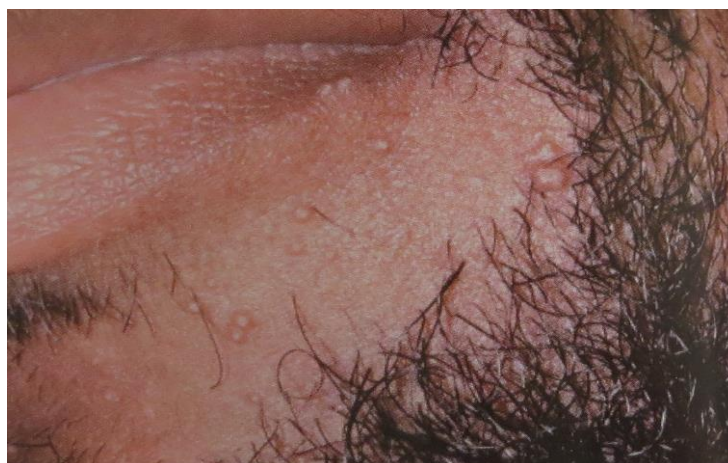
6.3 Molusco Contagioso

É uma infecção causada por um poxvírus, e clinicamente se apresenta como pápulas cerosas, com forma de cúpula com depressão central. ⁽¹⁾

Foram relatados poucos casos de molusco contagioso na região intraoral apresentando-se como pápulas eritematosas envolvendo mucosa ceratinizada e não ceratinizada.

O tratamento pode ser realizado através de curetagem, criocirurgia, terapia fotodinâmica, podofilotoxina. ⁽⁷⁾

Fig 21- Imagem clínica de paciente apresentando micro pápulas em região perioral caracterizando o molusco contagioso



Fonte(8)

6.4 Carcinoma de células escamosas oral

O carcinoma de células escamosas pode ser encontrado na região oral, faringe e laringe de pacientes infectados pelo HIV. Devido o fato do paciente se encontrar em uma situação de imunossupressão ocorre o aceleração no seu desenvolvimento.

O tratamento não é diferenciado entre pacientes infectados ou não infectados, consistindo em ressecção cirúrgica, radioterapia ou rádio e quimioterapia combinados. Em caso de pacientes com linfadenopatia generalizada não é indicado fazer o estadiamento clínico, optando por tomografia computadorizada (TC) em cortes transversais, ou ressonância magnética (RM), na intenção de identificar os

linfonodos aumentados pela doença linfoproliferativa. Uma vez que é diagnosticado o carcinoma de células escamosas em pacientes HIV+, o prognóstico é desfavorável. ⁽⁸⁾

Fig 22- Imagem clínica de paciente apresentando carcinoma de células escamosas em região de soalho bucal.



Fonte(8)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem várias lesões orais que estão associadas à infecção pelo HIV, mas é importante considerar que estas não são específicas desses pacientes.

O conhecimento do cirurgião dentista em relação as lesões de boca é de suma importância para um diagnóstico precoce, possibilitando o tratamento dessas lesões e o tratamento da doença infecciosa.

REFERÊNCIAS

1. Bogliolo L. Bogliolo Patologia. 7^a ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2006. 1291-1319.
2. Carranza FA. Patologia e manejo de problemas periodontais em pacientes com infecção pelo HIV. In: Rees T.D. Carranza Periodontia Clínica. 11^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. 178-198
3. Cavassani VGS, Sobrinho JA, Homem MGN, Rapoport A. Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002; 68(5): 630-4
4. Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(4): 576-81.
5. Costa CPM. O passado no presente: estudos das memórias e representações sociais de profissionais de saúde no contexto da epidemia do HIV/Aids [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
6. Gruffat C, Criar Saúde [homepage na internet]. Estatísticas AIDS [29 ago 2014];Disponível em:<http://www.criasaude.com.br/N4356/doencas/aids/estatisticas-aids.html>
7. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Manejo Odontológico do Paciente Clinicamente Comprometido. 7^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. 271-291
8. Neville BW, Damm DD, Allen, Bouquot. Patologia Oral e Maxilofacial. 3^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 265-282
9. Scully C. Medicina Oral e Maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro. Elsevier; 2009.
10. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de Patologia Bucal. 4^a ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A; 1987.

11. Souza LB, Pinto LP, , Medeiros AMC, Araujo JR.RF, Mesquita OJX. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. *Pesq Odont Bras.*2000; 14(1): 79-85..
12. Topazian RG, Goldberg MH, Hupp JR. *Infecções Orais e Maxilofaciais*. 4^a ed. São Paulo. Livraria Santos Editora; 2006. 243-279
13. Watanuki F. *Manifestações orais associadas ao HIV após 30 anos de epidemia no Brasil [Dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2010.

AGRADECIMENTOS

Eu, Bárbara, agradeço à minha mãe que sempre me incentivou me mostrando a minha capacidade, ao meu marido que com todo seu amor e dedicação me proporcionou a oportunidade de chegar até o fim dessa jornada, a minha amiga e companheira Lorena Queiroz por estar o meu lado dividindo comigo os momentos de luta e de glória, a minha família e amigos por sempre acreditarem que eu conseguiria e por torcerem por minha vitória, a professora Mayra por me orientar e a todos os outros professores por todos os ensinamentos que me foi passado ao longo desses cinco anos, e agradeço principalmente ao meu Deus que me permitiu com sua infinita graça que eu obtivesse essa imensa conquista. A todos meu muito obrigada!

Eu, Lorena Queiroz; Agradeço a Deus por tudo, sou meramente grata a Ele por me abençoar com saúde, capacidade, sabedoria para vivenciar esses cinco anos de muito aprendizado, experiências que serão uteis durante minha vida profissional. Aos meus pais pelo apoio e sustento nesse tempo de faculdade, com carinho, afeto, correções, financeiramente, por serem pais maravilhosos. A minha irmã querida, por estarmos formando juntas e por estar todos os dias ao meu lado, em todos os momentos que precisei, nos permitindo ser grandes profissionais. A Bárbara minha dupla, por ter sido compreensiva e me ajudado nesses anos, pela amizade e carinho. Aos amigos que me ajudaram, cada um de uma forma, estiveram comigo durante meu curso e os amigos que fiz nesse período que vou ter no meu coração. A Mayra minha orientadora, e a todos os professores pelo conhecimento passado que me ajudou a ser uma futura e breve dentista, fica o meu obrigada com muita gratidão.