

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

LORENA BATISTA BORGES

**PROPEDÊUTICA ODONTOLÓGICA EM PACIENTES
COM SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA
ADQUIRIDA (AIDS)**

**PATOS DE MINAS
2015**

LORENA BATISTA BORGES

**PROPEDÊUTICA ODONTOLÓGICA EM PACIENTES
COM SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA
ADQUIRIDA (AIDS)**

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

Orientador: Prof.º Ms. Helvécio
Marangon Júnior.

**PATOS DE MINAS
2015**

PROPEDÊUTICA ODONTOLÓGICA EM PACIENTES COM SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

Lorena Batista Borges*

Helvécio Marangon Júnior**

RESUMO

O presente trabalho tem como finalidade esclarecer ao leitor sobre os sinais e sintomas bucais característicos de AIDS, elucidar quanto às complicações bucais que podem ocorrer no paciente portador da síndrome, listar formas de contágio e esclarecer quanto à conduta do cirurgião dentista em caso de acidentes com materiais perfuro cortantes. Para a elaboração do mesmo foram utilizados textos, artigos científicos, websites, livros e periódicos. Esse trabalho reafirma e expõe os motivos pelos quais o cirurgião dentista pode ter papel fundamental desde o diagnóstico até a melhora da sobrevida do paciente imuno comprometido e que é de total importância o conhecimento do profissional sobre o tema para que as medidas adequadas possam ser tomadas evitando desgaste do paciente e do profissional e complicações futuras. Também foi elucidado que se todas as normas de biossegurança são seguidas, o risco de contágio para o profissional e sua equipe é mínimo, além de ter sido observado através de leis e código de ética as penalizações que podem ocorrer devido a atos de negligência e discriminação por parte do profissional e sua equipe.

Palavras-chave: AIDS. Dentista. Risco Ocupacional. HIV. Conduta.

ABSTRACT

This paper aims to clarify the reader about the AIDS characteristic signs and oral symptoms, elucidate the oral complications that may occur to patients with the syndrome, list forms of contagion and clear as to the conduct of dentists in the event of accidents sharps. For the drafting of this text was used, scientific articles, websites, books and periodicals. This work confirms and exposes the reasons why the dentist can have key role from diagnosis to improved survival of immunocompromised patients and is all-important knowledge of the professional on the subject so that appropriate action can be taken to avoid wear the patient and the professional and future complications. It was also enlightened that all biosecurity standards are followed, the risk of contagion for the professional and his team is minimal, and has been observed through laws and code of ethics penalties that may occur due to acts of neglect and discrimination by the professional and his team.

Keywords: AIDS. Dentists. Occupational Hazard. HIV. Conduct.

*Aluna do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) 2015. lorennabborges@hotmail.com

**Professor de Estomatologia no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Mestre em Clínicas Odontológicas pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais –PUC Minas helveciomarangonjr@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema e Delimitação do tema

A presente revisão de literatura tem como objetivo distinguir e explicar sinais e sintomas patognomônicos que o paciente soro positivo pode apresentar em relação à cavidade bucal, além de indicar condutas apropriadas para o tratamento odontológico do paciente, visto que podem ocorrer complicações devido à AIDS e a conduta inapropriada por parte do cirurgião dentista pode agravar o quadro sistêmico do paciente.

Existe também, a preocupação em esclarecer ao profissional quanto aos cuidados individuais e coletivos para evitar a disseminação do vírus, seja através de material contaminado ou devido á acidentes de trabalho.

1.2 Formulação do Problema

Qual o papel do cirurgião dentista no diagnóstico tratamento e inclusão social do paciente contaminado pelo vírus HIV?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar propedêuticas odontológicas associadas ao contágio do vírus HIV.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Distinguir sinais e sintomas patognomônicos.
- Indicar condutas apropriadas para o tratamento de complicações bucais decorrentes da doença AIDS.
- Listar formas de contágio.
- Definir conduta terapêutica em casos de acidentes com perfuro cortantes.

1.4 Justificativa

A saúde bucal de um indivíduo está ligada a sua saúde geral; no caso da AIDS não é diferente. A AIDS é uma doença que afeta a imunidade do seu hospedeiro; deixando-o a mercê de parasitas oportunistas. As manifestações são diversas e incluem alterações bucais e maxilofaciais que podem ser identificadas pelo cirurgião-dentista e associadas ao contágio com o vírus HIV. O Cirurgião Dentista, portanto, pode ter papel fundamental no diagnóstico precoce da AIDS ou de sua evolução; pode atuar também, em conjunto com o médico, no tratamento desses pacientes devido às manifestações odontológicas que são frequentes. Diversas vezes o indivíduo ainda não sabe sua condição sorológica e a presença de alterações características identificadas pelo Cirurgião Dentista pode sugerir tal diagnóstico que, quando confirmado precocemente dá aos pacientes condições de vida mais digna, pois favorece o controle e o tratamento da doença, visto que a cura ainda não existe. A AIDS é uma realidade cruel para uma grande parcela da população brasileira que além de sofrer com manifestações sistêmicas e locais que variam de leves a severas, sofrem ainda com o preconceito enraizado na sociedade que teme a severidade da doença e o fato de ainda não haver cura. Apesar de campanhas e esforços governamentais ainda falta informação e conhecimento no geral. Cabe aos profissionais da área da saúde a responsabilidade ética e social de agirem como orientadores tanto para o doente em relação às maneiras de obter uma melhor sobrevida, seus direitos e deveres como cidadão; quanto para a população em relação às maneiras de prevenção da doença. Por ser detentor de conhecimento, tem o dever de elucidar a todos, quando possível, o que se trata de verdades ou mitos em relação a AIDS, seu contágio, manifestações, tratamento e índice de sobrevida do paciente.

1.4 Metodologia

Este trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa e visa abordar os objetivos de forma exploratória, tendo em vista que se pretende esclarecer a propedêutica odontológica em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. O procedimento técnico para pesquisa foi a pesquisa bibliográfica. As informações foram colhidas de livros, artigos e sites relacionados e obtidos através de

empréstimos em biblioteca; acesso a base de dados e acesso a sites como o do ministério da saúde.

As palavras-chave utilizadas na busca de materiais foram: AIDS. Dentista. Risco Ocupacional. HIV. Conduta.

. O material pesquisado foi encontrado em língua Inglesa e Portuguesa.

O trabalho tem como período de realização Agosto de 2014 até Maio de 2015.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para que a saúde bucal seja tratada adequadamente deve-se levar em conta a saúde geral do indivíduo, que está ligada a fatores do dia-a-dia como qualidade de alimentação e moradia, condições de trabalho, renda, meio ambiente, acesso á transporte e lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde e à informação. (1)

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), assim como outras doenças, reforçam a necessidade de atualização constante do cirurgião-dentista e sua equipe na prevenção e tratamento de doenças, bem como na promoção e manutenção da saúde bucal dos indivíduos portadores do HIV/AIDS, já que está comprovado que a AIDS tem diversas manifestações bucais características. (1)

O cirurgião dentista deve estar apto a analisar e compreender os sinais e sintomas patognomônicos, bem como indicar condutas para o tratamento de complicações bucais decorrentes da AIDS, compreender as formas de contágio e principalmente definir as melhores condutas em cada manifestação oral e em casos de acidentes com perfuro cortantes. (1,2)

A síndrome de imunodeficiência adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome-AIDS) foi reconhecida oficialmente como uma patologia em 1981 pelo “Center for Disease Control and Prevention” – órgão dos Estados Unidos que regulariza e normatiza as ações relacionadas a doenças. (2)

HIV é a sigla em inglês para o vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS, esse vírus tem capacidade de atacar o sistema imunológico, responsável por defender o organismo contra doenças. As células de defesa mais atingidas são os linfócitos T CD4+; é alterando o DNA dessa célula que o HIV é capaz de fazer

cópias de si mesmo. Após se multiplicar, ele rompe os linfócitos em busca de outras células para continuar a infecção. (3)

Ter o vírus HIV não significa ter a doença AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas ou desenvolver a doença porém, isso não impede que esses portadores façam a propagação do vírus. (3)

A AIDS hoje é uma das principais causas de morte na África onde estima-se que 80% da população (40 milhões de pessoas), é portadora do vírus.. (4)

O vírus HIV tem como forma de propagação: a relação sexual tanto vaginal; anal ou oral sem preservativo; compartilhamento de agulhas e seringas através do contato direto com o sangue; e a forma vertical que é quando a mãe portadora do vírus transmite a doença para o filho durante o parto ou amamentação. (4,5,6)

Quando a pessoa contrai o vírus este pode ou não permanecer latente no organismo; em casos de latência a pessoa pode viver anos sem que ocorram manifestações que caracterizem a doença AIDS. (1)

2.1 Etiopatogenia

O vírus HIV não tem capacidade de se reproduzir por si próprio, precisando assim de um hospedeiro. Ao encontrar um hospedeiro, o vírus invade e danifica suas células. Ele pode infectar qualquer célula do organismo principalmente as que expressam em sua superfície o receptor CD4, tendo, porém, uma maior afinidade pelos linfócitos T, do sistema imunológico. Desse modo, à medida que o vírus HIV se replica, causa maior dano às células T, reduzindo a capacidade de defesa e consequentemente reduzindo a resistência orgânica contra infecções. (6)

O vírus HIV invade e utiliza a essência energética de células do sistema imunológico normal do ser humano. Pode-se dizer que o HIV utiliza as células como local de reprodução. A estimativa de reprodução diária é de um bilhão de vírus. (1,6)

A infecção pelo HIV tem início com a ligação da proteína do envelope viral GP 120, ao receptor CD4 da célula. Após essa ligação, ocorre o processo de fusão do envelope viral com a membrana celular. Desse modo o material genético viral entra na célula. Uma vez no interior da célula, o genoma RNA do vírus é transformado pela ação da transcriptase reversa, numa cópia de DNA. Temos assim uma cópia do genoma viral RNA transformado em DNA, que se liga ao cromossomo hospedeiro, através da enzima integrase, sendo a seguir transcrito em RNA, que será traduzido

em precursores. Esses, por meio da enzima protease, formam partículas virais maduras, que podem sair desta célula invadindo e infectando outras. Esse processo é o motivo pelo qual o hospedeiro pode se sentir enfraquecido em tão pouco tempo, já que sua reserva energética se encontrará debilitada. (1)

2.2 Diagnóstico da infecção pelo HIV

A detecção do vírus HIV é feita através de exames que consistem na detecção de anticorpos denominados anti-HIV que são uma espécie de tentativa que o próprio corpo produz de eliminar o vírus que entrou em contato com o hospedeiro. Esses anticorpos aparecem em exames sanguíneos após 3 a 12 semanas do contágio; esse período é denominado janela imunológica. (1)

Testes que podem ser realizados para detecção do vírus HIV:

- ELISA (Enzyme–LinkedImmunosorbentAssay) este é o teste padrão e, portanto o primeiro a ser realizado devido a sua elevada sensibilidade, custo relativamente baixo e facilidade de execução. (1)
- Western Blot (WB): é considerado o padrão de referência internacional para confirmação de resultados. A técnica é relativamente simples, mas o custo para a sua realização é alto e por esse motivo não é o teste de primeira escolha. (1)
- Testes rápidos: dispensam equipamentos para execução. São fáceis de executar e interpretar e são realizados em até 30 minutos. São feitos em casos de acidentes ocupacionais, quando é necessária obtenção rápida da sorologia do paciente. (6)
- Imunofluorescência Indireta (IFI): é um teste utilizado para confirmação sorológica, sendo de execução simples e de baixo custo. (6)
- Quimioluminescência: são testes que se assemelham ao teste *ELISA* em relação à sensibilidade e especificidade; porém, lançam mão de diferentes recursos para a detecção de anticorpos. (6)
- Radioimunoensaios: os antígenos são marcados com material radioativo. Sua execução é complexa, o custo elevado, não sendo comumente conhecido já que seu uso até então é restrito a pesquisas científicas. (1)
- Teste por meio de fluidos orais: O SUS (sistema único de saúde) oferece, desde Março de 2015, um novo teste para detecção do vírus HIV. Trata-se

de um autoexame, de rápida execução e resultado, porém, ainda é preciso de confirmação com um dos outros exames já citados. (7)

Inicialmente, apenas as ONGs com vinculação ao departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde utilizarão o teste, e pessoas que se enquadrem no quadro de comportamento de risco serão o público alvo. (7)

No grupo de “comportamento de risco” temos: relação sexual (homo ou heterossexual) com pessoa infectada sem o uso de preservativos; compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente, no uso de drogas injetáveis; reutilização de objetos perfurocortantes com presença de sangue ou fluidos contaminados pelo HIV, múltiplos parceiros sexuais. (7)

Acredita-se que no segundo semestre de 2015 o teste esteja disponível para a maior parte da população de forma gratuita no SUS. (7)

O teste vem acompanhado de uma bula que contém a maneira correta e detalhada da execução. O fluido deve ser extraído da gengiva e do começo da mucosa jugal com o auxílio de uma haste coletora que já vem no teste. (7)

2.3 Testes para contagem de linfócitos T CD4+/CD8+

A quantidade de linfócitos TCD4+ e TCD8+ em sangue periférico tem envolvimento na evolução da infecção, pois grandes alterações no número de linfócitos reduz o sistema de defesa imunológico e pode permitir e facilitar o surgimento de infecções oportunistas. (1)

Vale lembrar que o exame é custeado pelo governo, assim como o tratamento; sendo realizado de forma gratuita para a população através do SUS. (1).

2.4 Curso da Doença

O vírus HIV se manifesta em etapas: (6)

- Fase de infecção aguda inicial: desenvolve-se de 3 a 6 semanas após a infecção, com presença de febre, dor de garganta, mialgias, exantema transitório e fadiga. Os sinais e sintomas regredem espontaneamente, devido à resposta imune do indivíduo até então não abalada. A remissão dos sintomas faz com que a pessoa não procure ajuda, já que estes podem ser confundidos com os de um resfriado. (6)

- Fase assintomática: neste período o vírus permanece em replicação ativa, especialmente nos tecidos linfóides. Há redução progressiva dos linfócitos T devido à afinidade do vírus por essas células. Esta fase pode durar até 10 anos (podendo caracterizar a latência). (6)

- Fase crônica: caracteriza-se pela desintegração da defesa do hospedeiro, ou seja; a deficiência imunológica; inicia-se com sinais e sintomas constitucionais (fadiga, perda de peso, diarreia) seguidos de infecções oportunistas, alterações neurológicas, podendo ocorrer inclusive neoplasias. Nessa fase diz-se que o indivíduo desenvolveu AIDS. (6)

2.5 Tratamento medicamentoso

O vírus HIV, pertencente à classe dos retrovírus, por isso se replica de forma muito rápida e possui um alto grau de mutação, o que explica a dificuldade de se desenvolver vacinas que sejam eficazes no combate dessa infecção. Embora a cura e as vacinas para prevenção da AIDS ainda não tenham sido descobertas, foram desenvolvidos os antirretrovirais que são drogas usadas para inibir ou reduzir a replicação do HIV no organismo humano, resultando em carga viral mais baixa e consequente melhora do sistema imunológico. (1,6)

A partir desse princípio os chamados “coquetéis” são utilizados em ampla escala e regularmente pelos portadores do vírus; esse coquetel nada mais é que uma associação de antirretrovirais que agem inibindo a replicação do vírus em diferentes etapas.

Não é incomum que os pacientes portadores de AIDS façam uso de outros medicamentos além dos antirretrovirais devido às complicações que a doença pode trazer aos seus portadores. As classes mais utilizadas são: antidepressivos, ansiolíticos e medicamentos para combater infecções oportunistas. (1,6)

Medicamentos Utilizados: Terapia antirretroviral (Coquetel)

NOME GENÉRICO DO MEDICAMENTO	RELEVÂNCIA EM ODONTOLOGIA	INTERAÇÃO COM MEDICAMENTOS DE USO ODONTOLÓGICO
-------------------------------------	----------------------------------	---

Inibidores de transcriptase reversa nucleosídeos		
Didanosina (ddl)	Neuropatia periférica; xerostomia.	Metronidazol; Cetoconazol; Dapsona; Intraconazol
Lamivudina (3TC)	-	Sulfametoxazol + Trimetropina
Estavudina (d4T)	Neuropatia periférica	-
Zalcitabina (ddC)	Neuropatia periférica; ulcerações bucais.	-
Zidovudina (AZT)	Anemia e neutropenia	-

Inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos		
Nevirapina (NVP)	Dor de cabeça; febre; diarréia; enjoô e rash cutâneo.	-
Delavirdina (DLV)	-	-

Inibidores de protease		
Indinavir (IDV)	Nefrolitíase; hematúria; cefaléia; vômito; astenia; distúrbios de paladar; pele seca; aumento de triglicérides; dor abdominal e insônia.	Piroxicam; Claritromicina; Propoxifeno

Ritonavir (RTV)	Diarréia; náuseas; vômito; dor abdominal; flatulência; dispepsia; alteração do paladar; anorexia; cefaléia; tontura; insônia; parestesiaperioral e periférica; astenia; mialgia; exantema; aumento das transaminases, triglicerídeos e creatinina.	Rifanpicim; Propoxifeno; Piroxicam; Claritromicina
Saquinavir (SQV)	Diarréia; náuseas; dor abdominal; astenia e dor músculo esquelética.	Dexametasona; Cetoconazol; Clindamicina e Dapsona

Quadro 1- Medicamentos utilizados na terapia antirretroviral.

Fonte: (1)

Outros medicamentos utilizados:

Toxoplasmose:
Pirimetamina - Sulfadiazina - Azitromicina - Clindamicina

Criptosporidiose:
Paromomicina

Quadro 2- Outros medicamentos utilizados no tratamento de pacientes com vírus

HIV.

Fonte: (1)

Infecções fúngicas

Candidíase:
Cetoconazol - Fluconazol - Itraconazol - Anfotericina B

Pneumonia por Pneumocystis carinii:
Sulfametoxazol + Trimetoprim - Pentamidina (inalação por aerossol) - Dapsona - Primaquina – Clindamicina

Criptococose, histoplasmose, aspergilose:
Fluconazol - Anfotericina B – Itraconazol

Quadro 3- Medicamentos comumente utilizados no tratamento de pacientes com vírus HIV e infecções fúngicas.

Fonte: (1)

Infecções bacterianas

Micobacteriose atípica:
Claritromicina - Clofamizina - Azitromicina - Amicacin - Ciprofloxacino

Tuberculose:
Rifampicina - Isoniazida - Etambutol – Pirazinamida

Quadro 4- Medicamentos comumente utilizados no tratamento de pacientes com vírus HIV e infecções bacterianas.

Fonte: (1)

Infecções virais

Citomegalovirus:
Ganciclovir – Foscarnet

Herpes simples, herpes zoster, Epstein-Barr:
Aciclovir - Valaciclovir - Fanciclovir - Foscarnet

Quadro 5- Medicamentos comumente utilizados no tratamento de pacientes com vírus HIV e infecções virais.

Fonte: (1)

2.6 Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes infectadas pelo HIV

Para crianças e adolescentes, qualidade de vida pode significar [...] o quanto seus desejos e esperanças se aproximam do que realmente está acontecendo. Também reflete sua prospecção, tanto para si, quanto para os outros e [...] é muito sujeita a alterações sendo influenciada por eventos cotidianos e problemas crônicos. (8)

Em relação às manifestações bucais que podem acometer pacientes pediátricos, são comuns candidíase, hipertrofia de parótida, estomatite herpética, leucoplasia pilosa, estomatite aftosa, eritema linear gengival e linfadenopatia cervical. Essas manifestações podem servir como marcadores da infecção ou como alerta de que houve progresso para o desenvolvimento da AIDS. (8,9)

A utilização de terapia medicamentosa em crianças infectadas pelo HIV tem reduzido a prevalência de manifestações bucais em tecidos moles ao longo dos anos, porém, observa-se uma alta prevalência de cárie e problemas gengivais devido ao uso prolongado de medicamentos açucarados e que causam alterações no fluxo salivar, à dieta que esse pacientes necessitam fazer que é rica em carboidratos, e repetidos episódios de internação e higiene oral deficiente. (8)

A transição da infância para a adolescência é algo que pode trazer problemas para todos, mas os pacientes HIV positivos sentem mais essa época da vida. (8)

Para essas crianças e adolescentes, o simples fato de ir à escola; igreja; se relacionar com colegas e fazer novas amizades, que são coisas simples do dia-a-dia, podem representar um grande desafio. (8)

O medo do preconceito e da rejeição afeta a autoestima, o convívio social e o desenvolvimento do paciente pediátrico. Não é raro encontrarmos crianças e adolescentes portadores do vírus HIV que precisam de auxílio psicológico e medicamentoso para enfrentar seus monstros e medos. (8)

2.7 Implicações e responsabilidade do cirurgião dentista no atendimento de pacientes infectados pelo vírus HIV

É importante que o cirurgião dentista saiba identificar lesões que possam supor um diagnóstico de AIDS. Pode ocorrer de o paciente não saber da sua

condição sorológica e o dentista ao notar essas manifestações tem dever ético de questionar o paciente e sugerir que este procure uma unidade de saúde e solicite os testes para confirmação do diagnóstico. (1,6,10)

Em casos onde o paciente está ciente da sua condição soro positiva; essas manifestações podem sugerir um progresso da doença no organismo. (10)

No Brasil existe o Código de ética odontológica; que é um regimento onde são citados deveres e direitos tanto do cirurgião dentista; como dos pacientes e toda equipe envolvida. A conduta irregular e desrespeitosa desse código de ética pode acarretar desde multa até a perda do direito de exercer a profissão. (11)

CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA Aprovado pela Resolução CFO-118/2012

CAPÍTULO I

Art.2º. A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto.

CAPÍTULO II

Art.5º. Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:

II- guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções;

CAPÍTULO V

SEÇÃO I

Art.11. Constitui infração ética:

I- discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto

VIII- desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente;

CAPÍTULO VI

I- Art.14. Constitui infração ética: revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão. (11)

O profissional deve respeitar os princípios éticos e legais a fim de evitar constrangimento e complicações para ambas as partes. (11)

2.9 Lesões orais fortemente associadas ao HIV

Entre as lesões encontradas no paciente soropositivo existem algumas que são consideradas um forte indício dessa condição do paciente. Descreveremos sobre elas a seguir. (10)

2.9.1 Candidose

A candidose bucal é a manifestação mais comum e é essa manifestação que geralmente leva ao diagnóstico inicial. O fungo mais comumente encontrado na boca do paciente é o *Candida albicans*. (10)

Os quatro padrões clínicos são: candidose pseudomembranosa; candidose eritematosa; candidose hiperplásica e queilite angular. (10)

A candidose pseudomembranosa se caracteriza pela presença de falsas membranas de coloração esbranquiçadas ou amareladas, que podem ser removidas por meio de raspagem, deixando uma superfície eritematosa. (1)

Candidose eritematosa é aquela onde se pode encontrar pontos ou manchas avermelhadas. É frequente no palato, dorso de língua e mucosa jugal. (1)

Candidose hiperplásica se manifesta sob o formato de placas ou nódulos esbranquiçados, firmemente aderidos às áreas eritematosas; ou seja; não se soltam quando raspadas e o local mais acometido é a língua. (12)

Queilite angular são fissuras que abrangem a comissura labial, está associada a eritemas e, por vezes, à placas esbranquiçadas que não saem quando raspadas. (1)

Candidose pseudomembranosa e candidose eritematosa são manifestações raras em pacientes imunocompetentes, mas em pacientes infectados pelo HIV são manifestações bastante comuns. (10)

Ao serem comparados pacientes imunodeprimidos pelo HIV e pacientes imunodeprimidos por outros motivos, foi constatado que pacientes portadores do vírus HIV tem maior predisposição a desenvolver candidose oral. Estudos também revelam que a manifestação da candidose pode estar relacionada mais com a quantidade da carga viral do que com as deficiências dos linfócitos de defesa CD4. (10)

A candidose pode ser dolorosa e causa diminuição de paladar e olfato, fazendo com que a pessoa consuma menos alimentos levando a perda de peso.

O diagnóstico pode ser clínico ou laboratorial através de esfregaço citológico para coleta de material e biópsia. (5,10)

O tratamento em pacientes com HIV é de grande dificuldade, pois apenas a Nistatina, que seria prescrita para um paciente imunocompetente, não supre as necessidades de um paciente portador do vírus HIV.

Normalmente são prescritas Nistatina associada ao Clotrimazol ou Miconazol para uso tópico, que produz uma resposta melhor, mas ainda assim, não são raras as recidivas. Os pacientes que não responderem à terapia de escolha inicial fazem uso de injeção intravenosa de Anfotericina B. (1,10)

É importante ressaltar que esses medicamentos podem trazer interações com outros medicamentos, os quais são usados pelos pacientes no controle da infecção; portanto a dosagem deve ser efetiva, porém cuidadosa. (10)

A presença de candidose oral em paciente portador do vírus HIV não é diagnóstico da doença AIDS; mas é preditiva para seu desenvolvimento. (10)

2.9.2 Leucoplasia Pilosa Oral

Essa doença se apresenta como uma ou mais lesões brancas e seu aspecto pode variar de estrias brancas até áreas verrucosas e ásperas, não podendo ser removidas quando raspadas. Podem estar localizadas principalmente nas bordas laterais da língua uni ou bilateralmente, não sendo excluída a possibilidade de ser encontrada em outras partes da língua, o que é raro. (6,10)

Ao se realizar um exame minucioso, notam-se células dispersas com núcleo claro; esse tipo de manifestação é denominado "núcleo em colar de pérolas". (10)

Um fator que pode colaborar em grande escala para o diagnóstico de AIDS é a presença do vírus Epstein-Barr dentro das células epiteliais; esse vírus associado a leucoplasia pilosa é amplamente encontrado em pacientes HIV positivos. (6,10)

O tratamento não é exatamente necessário; porém devido a fatores estéticos ou ao incômodo gerado no paciente não é incomum que este seja realizado. O tratamento pode ser medicamentoso com anti-herpesvírus onde as recidivas ocorrem em grande número. Existe também o tratamento tópico com retinóides ou podofilina resinosa, que resultaram em controle temporário da doença, a outra opção é intervenção cirúrgica ou crioterapia. (10)

A leucoplasia pilosa oral está associada a pessoas imunocomprometidas sendo também comum em pacientes transplantados. Quando não há relato de nada que possa remeter a algum comprometimento já conhecido, é um indício para se suspeitar que o paciente possa ser portador do vírus HIV e solicitar que o mesmo faça exames a fim de comprovar o diagnóstico. Em casos onde o paciente já está ciente de sua condição; pode ser considerado um progresso da doença. (6,10)

2.9.3 Sarcoma de Kaposi

É uma neoplasia multifocal que tem origem nas células endoteliais vasculares; é o tumor mais comum em pacientes soro positivos. (6,10, 12,13)

O herpesvírus humano tipo 8 que está associado a essa neoplasia é o principal responsável por seu desenvolvimento. (6,10,12)

O vírus pode ser facilmente encontrado em saliva, plasma, esfregaço da garganta e fluidos bronco alveolares. (10)

As lesões orais podem apresentar-se como manchas únicas ou diversas, planas e lisas ou elevações repletas de úlceras, de cores avermelhadas, violetas ou castanhas. Os locais mais acometidos são palato duro, língua e gengiva. Quando a gengiva ou o palato são acometidos, existe o risco de que a neoplasia possa invadir e danificar o osso, causando assim mobilidade e consequente perda dentária. As lesões inicialmente podem ser assintomáticas, porém, nos casos mais severos os pacientes relatam dor e ao exame clínico nota-se sangramento e locais necrosados; necessitando de intervenções. (6,10)

O diagnóstico definitivo só deve ser dado mediante biópsia excisional. (6)

Antes do uso HAART; que deriva do inglês “Highly Active Anti- Retroviral Therapy”, que nada mais é que a terapia antirretroviral altamente ativa (coquetel) o Sarcoma de Kaposi era considerado uma neoplasia maligna progressiva. Após o uso constante do coquetel, lesões desse tipo, apresentaram satisfatória regressão. (10)

Em casos de o paciente não responder satisfatoriamente a HAART, pode-se realizar a quimioterapia. (10)

No início da epidemia de AIDS, a maioria dos infectados apresentavam essa neoplasia, hoje, não é mais o caso, devido ao avanço das terapias antirretrovirais. (6)

2.9.4 Linfadenopatia Generalizada Persistente

Quando o tratamento com os antirretrovirais é iniciado, a AIDS normalmente não apresenta grandes manifestações clínicas, a não ser em casos onde os pacientes desenvolvem a Linfadenopatia Generalizada Persistente que, como o próprio nome diz, pode durar meses a fio.(10)

Os locais mais acometidos são nodos cervicais anterior e posterior, submandibulares, occipital e axilares. (10)

Embora não seja tão sugestivo quanto candidíase oral ou leucoplasia pilosa, a Linfadenopatia Generalizada Persistente pode indicar progressão da doença. (10)

A biópsia pode ser indicada para auxílio de confirmação de diagnóstico. (10)

2.9.5 Linfoma Não-Hodgkin

O linfoma não-Hodgkin tem uma forte relação com a infecção pelo HIV e desenvolvimento da doença AIDS. Trata-se da segunda neoplasia mais comum em portadores do vírus HIV, sendo liderado apenas pelo Sarcoma de Kaposi. (10, 13)

Geralmente sua manifestação oral ocorre na gengiva próxima a dentes em mal estado, palato, língua, amígdala ou até mesmo no seio maxilar. O linfoma pode também atingir o osso, degenerando o ligamento periodontal e causando severas mobilidades que podem resultar em perda dentária. (6, 10)

O Linfoma Não-Hodgkin se apresenta como uma doença bastante agressiva que e sua associação ao HIV faz com que esse linfoma se torne ainda mais agressivo. Sua manifestação geralmente é marcada por um tempo curto de sobrevida do paciente. (10)

O tratamento é através de quimioterapia, porém, trata-se de uma neoplasia muito agressiva e, após o diagnóstico inicial, o prognóstico é bastante sombrio. (10)

2.9.6 Doenças Periodontais Associadas ao HIV

O Eritema Linear gengival era conhecido como “gengivite associada ao HIV”, mas não se usa mais esse termo, pois ele foi associado a outras doenças. (10)

Caracteriza-se por um padrão incomum de gengivite onde uma faixa linear eritematosa abrange a gengiva marginal livre e até 2 a 3 mm apicalmente. O

diagnóstico de Eritema Linear é dado em casos que a gengiva não responde positivamente ao controle rígido de placa. No tratamento são utilizados os antifúngicos Fluconazol e Cetoconazol. (10)

A GUN (gengivite ulcerativa necrosante) que é comumente encontrada em pacientes portadores de AIDS e com manifestação de Sarcoma de Kaposi é caracterizada por ulceração e necrose na região da gengiva interdental (papila interdental) e causa dor, sangramento e halitose. (6,10)

A PUN (periodontite ulcerativa necrosante) é uma evolução da GUN, onde também existem ulceração e necrose da gengiva, porém, está associada a uma perda rápida e progressiva da inserção periodontal. É comum encontrarmos defeitos ósseos isolados. Os sintomas e sinais mais comuns são: edema; dor intensa; hemorragia espontânea e ausência de bolsas periodontais, pois a necrose gengival costuma coincidir com a perda de osso alveolar adjacente. (6,10)

Em pacientes com necrose gengival severa pode ocorrer comprometimento de cristas alveolares e resultar em grandes áreas afetadas, recebendo a denominação de estomatite necrosante. (10)

O tratamento da GUN e PUN é: debridamento; terapia antimicrobiana e acompanhamento rígido e prolongado, além de remoção do tecido necrosado. (10)

Além dessas manifestações mais severas da doença periodontal os pacientes podem apresentar gengivite convencional, periodontite não-necrosante progressiva e periodontite crônica, que são as mais encontradas de forma geral. (6,10,14)

2.9.7 Lesões orais menos frequentes associadas ao HIV

Em relação às manifestações orais em pacientes portadores do HIV existem aquelas que se manifestam regularmente, porém, não estão tão ligadas a doença AIDS como as citadas anteriormente. Descreveremos sobre elas a seguir. (1,10)

2.9.8 Tuberculose

É uma infecção micobacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis*. (10)

No ano de 2009, a tuberculose era responsável por cerca de 2 milhões de mortes no mundo e os portadores do vírus HIV correspondiam a 15% dessas. (10)

No ano de 2012 estudos mostraram que pessoas infectadas pelo HIV têm maiores chances de ao longo da vida contrair tuberculose apresentando também um fator de risco para evolução da doença maior que em outros casos. (2)

As lesões bucais raramente são observadas e acredita-se que quando ocorrem é devido à saliva contaminada entrar em contato com áreas traumatizadas. (2,10)

Os locais atingidos são língua, mucosa jugal, gengiva e soalho bucal e a lesão se caracteriza como úlcera de forma irregular, dolorosa que tende a aumentar de tamanho e de difícil cicatrização. (2,10)

O tratamento é difícil devido à resistência à droga e geralmente são utilizados Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida associada ao Etambutol. (10)

2.9.9 Doença das glândulas salivares associadas ao HIV

Cerca de 5 a 10% dos pacientes portadores de HIV apresentarão em algum momento da vida alguma doença das glândulas salivares. (10)

A Síndrome da Linfocitose Infiltrativa Difusa (DILS) é semelhante à Síndrome Sjögren (SS) e está associada à um prognóstico favorável, mas, em contra partida favorece as chances de surgimento de linfomas. (10,15)

Os sinais são xeroftalmia devido a alterações nas glândulas lacrimais, xerostomia devido alterações nas glândulas salivares, além de manifestações sistêmicas no fígado, rins, pulmão, músculos e nervos. (15)

O tratamento quando necessário é feito com prednisona, mas o tratamento antirretroviral em geral é efetivo para controle dos sintomas. (10,15)

2.9.10 Trombocitopenia

Cerca de 40 % dos pacientes soro positivos apresentam trombocitopenia. (10)

Na maioria dos casos as lesões são cutâneas, mas podem atingir também a cavidade bucal. Nesses casos as lesões se apresentam como petéquias, equimoses ou hemorragias gengivais espontâneas. (10)

Pacientes portadores de HIV e com quadro de trombocitopenia podem apresentar diminuição significativa no tempo de sobrevivência. (10)

O tratamento é feito com esplenectomia, imunoglobulina intravenosa e transfusão de plaquetas. (10)

2.9.11 Herpesvírus simples

O contágio com herpesvírus simples não é aumentado devido à condição sorológica do paciente, porém, pacientes que são HIV positivos apresentam uma maior facilidade de disseminação da doença e uma persistência prolongada, podendo durar meses a fio. (10)

Em paciente soro positivo a duração de lesões por mais de mês é aceita. (10)

O controle das lesões é possível com o uso de Aciclovir. (16)

2.9.12 Vírus varicela-zoster

A infecção com o herpes-zoster em pacientes imunocomprometidos é comum e seu curso pode gerar graves consequências como morbidade e mortalidade. (10)

Essa doença geralmente acomete pessoas idosas; mas no caso de portadores de HIV, muitos podem ter menos de 40 anos de idade. (10)

As manifestações mais aparentes são dérmicas e cutâneas, mas existem manifestações orais. Quando essas manifestações orais ocorrem há comprometimento ósseo causando até perda dentária a curto prazo, cerca de um mês. Os pacientes relatam dor intensa. (10)

O tratamento é feito com antirretrovirais e o Aciclovir intravenoso. (10)

2.9.13 Papilomavírus humano

O papilomavírus humano (HPV) causa lesões bucais e faciais. As mais encontradas são verruga vulgar e papiloma escamoso oral. Nos pacientes portadores de HIV as lesões são disseminadas mais facilmente. (10)

As manifestações orais mais comuns são em mucosa labial, língua, mucosa jugal e a gengiva. (10)

As lesões ficam agrupadas, sésseis e se assemelham à couve-flor. (10)

O tratamento de escolha é remoção cirúrgica, e recidivas são comuns. (10)

2.9.14 Histoplasmosose

Trata-se de uma doença fúngica que afeta o sistema respiratório, sendo a doença fúngica mais comum a afetar pacientes portadores de HIV. (10)

Os sinais e sintomas sistêmicos são febre, perda de peso, esplenomegalia e infiltrado pulmonar. Os sinais e sintomas bucais são frequentes e são caracterizados por ulcerações crônicas e endurecidas com bordas elevadas podendo atingir qualquer área mucosa, podendo ser lesões únicas ou múltiplas. (10)

O tratamento de escolha é Anfotericina B. (10)

2.9.15 Ulcerações aftosas

Com frequência nota-se a presença de úlceras em pacientes com AIDS. Essas úlceras podem ser classificadas em três tipos: menor, maior e herpetiforme. (10)

Quando a imunidade se torna mais comprometidas as úlceras tendem a progredir tanto em tamanho quanto em quantidade. (10)

O tratamento de escolha é o uso de corticoides. (10)

2.9.16 Carcinoma de células escamosas

Essa neoplasia tende a ocorrer em pacientes jovens e a infecção pelo HIV pode acelerar sua disseminação. (10)

Os locais mais afetados são cavidade oral, faringe e laringe. (10)

Entre os tratamentos de escolha estão: ressecção cirúrgica com margem de segurança, radioterapia ou associação de radio e quimioterapia. (10)

Os pacientes infectados pelo HIV e com diagnóstico de carcinoma de células escamosas costumam descobrir a doença já em fase avançada e por esse motivo o prognóstico tende a ser menos favorável. (10)

2.10 Biossegurança e ergonomia do cirurgião dentista e sua equipe

A biossegurança é definida pelo conjunto de condutas e medidas técnicas que devem ser tomadas pelo profissional da área de saúde e sua equipe a fim de prevenir acidentes e contaminação cruzada. (17)

A Ergonomia por sua vez é definida como uma ciência que estuda as leis do trabalho humano e a interação do homem ao ambiente, visando a melhor forma de posicionamento e utilização dos equipamentos. (18)

O cirurgião dentista e sua equipe se expõem constantemente ao contato com micro-organismos, apresentando maior susceptibilidade em contrair doenças, desde uma simples gripe, até a tão temida AIDS. (19)

Para que esse risco seja reduzido, é indispensável o seguimento rigoroso das técnicas de biossegurança e ergonomia. (17, 18, 19)

As medidas de biossegurança se iniciam com correta e minuciosa lavagem de mãos e rigoroso uso de EPI para o cirurgião dentista e toda sua equipe. (19)

O preparo do material utilizado também deve ser criterioso desde a pré-lavagem (remoção manual do material orgânico que adere ao instrumental), lavagem, secagem, embalagem até a desinfecção, esterilização e armazenamento. (19, 20)

O descarte adequado de materiais pérfuro-cortantes também é um cuidado que deve ser tomado a fim de evitar acidentes. (21)

2.11 Conduta em caso de acidentes com perfuro cortante

Em caso de acidentes em que o profissional se corte com instrumental, os cuidados devem começar imediatamente com lavagem do local com água e sabão neutro ou soro fisiológico, sem aumentar o corte ou fazer pressão. (22)

O próximo passo é entrar em contato com o paciente e solicitar que o mesmo o acompanhe até uma unidade de saúde para realizar exames que detectam o vírus do HIV que deverá ser realizado em paciente e profissional; caso não seja possível obter o resultado dos exames na hora ou o paciente se recuse a realizar o mesmo, o médico deverá fazer a chamada quimioprofilaxia que é a medida que deve ser tomada para evitar propagação de doenças, que, no caso da AIDS, consiste em fazer uso de alguns dos medicamentos do coquetel antirretroviral durante 28 dias ou até o resultado dos exames saírem, em caso do paciente se recusar a fazer o

exame os medicamentos devem ser tomados durante todo o período da quimioprofilaxia e os exames devem ser repetidos. (22)

É importante ter sempre em mente que a segurança do cirurgião-dentista, da sua equipe e do paciente deve ser sempre preservada e que é responsabilidade do cirurgião-dentista a fiscalização para que os devidos cuidados sejam tomados. (1, 11, 19)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As manifestações bucais causadas pela AIDS dão ao cirurgião dentista um importante papel no diagnóstico e prognóstico da doença e ressaltam a necessidade de estudo e aprimoramento dos conhecimentos para exercer com maestria o dever de diagnosticar precocemente a doença a fim de que o paciente tenha condições de ter uma vida com mais conforto e dignidade e também tratar adequadamente as manifestações relacionadas, proporcionando conforto e alívio ao paciente.

O cirurgião dentista deve, em todos os atendimentos, adotar medidas de biossegurança e considerar todo paciente como portador de doença infectocontagiosa, tenha esse paciente relatado ou não ser portador.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS; Área Técnica de Saúde Bucal. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Ministério da saúde; 2000.
- 2- Bastos BLA. Manifestações bucais de pacientes com tuberculose e AIDS e a biossegurança para o cirurgião dentista: revisão de literatura. 2012: 9-12.
- 3- Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais [<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>] Governo do Brasil [acesso em 27 set 2014]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>.
- 4- Taiwo OO. Dental Practice, Human Immunodeficiency Virus Transmission and Occupational Risks: Views from a Teaching Hospital in Nigeria. Annals of Medical and Health Sciences Research; Jul-Aug 2014. Nigeria: Department of Basic Sciences and Research, Regional Centre for Oral Health Research and Training Initiatives for Africa,; 2014; (4 Supl 2): 94-98.

- 5- Johnson NW. The mouth in HIV/AIDS: markers of disease status and management challenges for the dental profession. In: Australian Dental Journal; 09-03-10; Australian. Australian: Australian dental association inc.; 2010. p. 85-102.
- 6- Corrêa EMC, Andrade ED; 2005. Tratamento odontológico em pacientes HIV/AIDS. 2005: 281-286.
- 7- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca [periódico na internet]. Novo teste de HIV disponível no SUS e em farmácias [acesso em 27 fev 2015]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/novo-teste-de-hiv-disponivel-no-sus-e-em-farmacias>.
- 8- Buczynski AK, Castro GF, Souza IPR. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. 2008: 1797-1803.
- 9- Aggarwal A, Panat SR. Knowledge, Attitude, and Behavior in Managing Patients with HIV/AIDS Among a Group of Indian Dental Students. In: Journal of Dental Education; 10-05-11; Uttar Pradesh, India. Uttar Pradesh: Journal of Dental Education; 2013. P. 1209-1217.
- 10- Damm DD, Bouquot JE, Neville B, Allen CM; Infecções virais. In: Patologia oral e maxilofacial. 3ª Ed. São Paulo: Elsevier; 2009. p. 265-280.
- 11- Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológico Aprovado Pela Resolução CFO-118/2012. Goiás 2012; 1-20p.
- 12- Cavassani VGS, Andrade Sobrinho J, Homem MGN, Rapoport A. Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002; 68 (5): 630-634.
- 13- Bakhshae M, Sarvghad MR, Khazaeni k, Movahed R, Hoseinpour AM. HIV: An Epidemiologic study on Head and Neck Involvement in 50 Patients. In: Iranian Journal of Otorhinolaryngology; 27 Oct 2013; Iran: Iranian Journal of Otorhinolaryngology; 2014. p. 97-103.
- 14- Gemaque K, Nascimento GG, Junqueira JLC, Araújo VC, Furuse C. Prevalence of Oral Lesions in Hospitalized Patients with Infectious Diseases in Northern Brazil. In: The Scientific World Journal; 13 August 2013; Araçatuba; BR. Araçatubaa: Hindawi Publishing Corporation; 2014. P. 1-5.
- 15- Sociedade Catarinense de Reumatologia [home Page na internet]. Orientações ao Paciente: Manifestações Reumáticas Associadas ao HIV [acesso em 24 abril de 2015]. Disponível em: http://www.screumatologia.com.br/?engine=site.orientacoes.paciente&method=detail&und_id=14.

- 16- Regezi J, Sciubba J, Jordan R; Doenças vesiculobolhosas. In: Patologia oral: correlações clínico patológicas. 6ª Ed. São Paulo: Elsevier; 2013. p. 108.
- 17-Pinelli C, Garcia PPNS, Campos JADB, Dotta EAV, Rabello AP. Biossegurança e Odontologia: crenças e atitudes de graduandos sobre o controle da infecção cruzada. 2011; 20(2): 449-459.
- 18-Naressi WG. Ergonomia em odontologia: O consultório: sua instalação, o ambiente físico de trabalho, o equipamento e a distribuição na sala clínica. 2005:1-32.
- 19-Freitas RR. Biossegurança em odontologia [TCC]. Corinto: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
- 20-Razaboni AM [home Page na internet]. Esterilização: eliminação de todas as formas de vida [acesso em 8 maio 2010]. Disponível em: http://www.forp.usp.br/restauradora/biosseguranca/temas/temas_files/esterilizacao.pdf.
- 21- Lopes MHBM, Moromizato SS, Veiga JFFS. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência. 1999; 7(4): 83-88.
- 22- Rapparini C. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. 2004.

AGRADECIMENTOS

Hoje o sentimento que me domina chama-se gratidão!

Agradeço a Deus pela oportunidade de realizar um sonho.

Aos meus pais que nunca mediram esforços para que hoje eu pudesse estar aqui diante de vocês, e a minha família de modo geral que sempre foi meu refúgio.

Agradeço ao professor Helvécio à paciência, o carinho, a atenção e a dedicação que teve comigo durante a realização deste trabalho, se mostrando diversas vezes incansável.

Agradeço aos professores com os quais tive oportunidade de conviver. Com cada um aprendi lições e valores que levarei por toda vida e em especial aos professores constituintes da banca examinadora.