

# MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA AIDS

## AIDS ORAL MANIFESTATIONS

**Giselli Nascimento Neves**

**Marcelo Gonçalves Cardoso**

Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté

### RESUMO

A AIDS é uma doença sistêmica, que ataca o sistema imunológico do indivíduo, tornando-o mais susceptível a infecções oportunistas. As manifestações bucais são consideradas os primeiros sinais e sintomas da doença, e estas podem ser reconhecidas pelo cirurgião-dentista. Isso evidencia a importância do profissional da área da saúde no controle da AIDS, levando-o a refletir sobre o seu papel na prevenção, diagnóstico e terapia da doença, para adequar as condições de saúde bucal dos pacientes, melhorando a eficiência mastigatória, contribuindo para uma melhor nutrição, melhorando assim a qualidade de vida destes. Este trabalho tem por objetivo discutir, por revisão de literatura, algumas das manifestações bucais que ocorrem em pacientes HIV positivos, e que o cirurgião-dentista, como profissional da saúde e integrante de equipes multidisciplinares, deve estar apto a reconhecê-las.

PALAVRAS-CHAVE: AIDS; manifestações bucais

### INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma infecção viral crônica, persistente e fatal que infecta principalmente os linfócitos T CD4 que comandam a resposta imune do organismo, levando a uma redução progressiva dessas células, o que acarreta grave imunodeficiência e uma série de infecções oportunistas graves. É transmitida pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que é encontrado no sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno.

O período de incubação da doença é variável, de poucos meses a 3 anos em infecção perinatal, e de 7 a 11 anos em adolescentes e adultos. Para que o indivíduo infectado passe para a fase de doença, alguns fatores têm sido sugeridos, como por exemplo, um aumento da carga viral por reexposição freqüente ao vírus, desnutrição, presença de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes portadores de hepatite B, usuários de drogas e promiscuidade. Estes fatores podem determinar uma diminuição do período de incubação e o aparecimento de doenças oportunistas que caracterizam a AIDS (ZANETTINI; ZANETTINI, 2002).

É importante enfatizar que a microbiota bucal de indivíduos imunocompetentes é diferente da microbiota bucal de pacientes HIV positivo. Estes últimos apresentam um aumento de leveduras de várias espécies, que, associando-se à queda de resistência do paciente, leva ao aparecimento de manifestações bucais (NEVES, 2002). Muitas vezes os problemas e achados bucais são os primeiros sinais ou sintomas de infecção pelo HIV, ou até mesmo da AIDS, e interferem no bem estar do indivíduo exigindo tratamento. O cirurgião-dentista tem papel muito importante no tratamento desses doentes, pois é necessário adequar suas condições de saúde bucal, melhorando a eficiência mastigatória, contribuindo para uma melhor nutrição desses pacientes.

O objetivo do presente trabalho é discutir, por revisão de literatura, algumas das manifestações bucais que ocorrem em pacientes HIV positivos, e que o cirurgião-dentista, como profissional da saúde e integrante de equipes multidisciplinares, deve estar apto a reconhecê-las.

### REVISÃO DE LITERATURA

As manifestações bucais da infecção pelo HIV são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, por vezes antecedendo as manifestações sistêmicas. As manifestações mais freqüentes podem ser classificadas em infecciosas, cânceres e outras.

## INFECCIOSAS

### INFEÇÕES FÚNGICAS

#### • Candidose

Candidose ou candidíase é uma infecção fúngica produzida por *Candida albicans*. É a manifestação mais freqüentemente observada em portadores do HIV, devido às profundas alterações que ocorrem na função imunológica mediada por linfócitos T, sendo um importante indicador do comprometimento imunológico. Clinicamente a candidíase é variável e pode aparecer em diferentes regiões da boca, mas em pacientes infectados pelo HIV, normalmente ocorrem no palato duro e mole. A mucosa pode adquirir vários aspectos de acordo com o tipo: pseudomembranosa, eritematosa, hiperplásica e queilite angular. A candidíase pseudomembranosa caracteriza-se pela presença de pseudomembranas esbranquiçadas ou amareladas, facilmente removíveis por meio de raspagem, deixando uma superfície eritematosa, ocorrendo com maior freqüência no palato, dorso da língua, mucosa jugal e labial. A do tipo eritematosa aparece como pontos ou manchas avermelhadas com maior freqüência no palato, dorso de língua, e mucosa jugal, sendo o tipo mais comumente encontrado característico de pacientes portadores do HIV. A do tipo hiperplásica caracteriza-se por placas brancas que não se destacam, semelhantes à leucoplasia. A queilite angular apresenta-se como fissuras radiais partindo da comissura labial, estando freqüentemente associada à eritema ou a placas esbranquiçadas, e costuma estar associada a alguma manifestação intrabucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Souza et al. (2000) observaram que a candidíase bucal estava presente em 78 dos 100 pacientes examinados, sendo que 44 apresentavam candidíase do tipo pseudomembranosa, 30 queilite angular, 16 candidíase eritematosa e 4 hiperplásica. Quanto à localização anatômica estas lesões foram encontradas no dorso e borda lateral da língua, mucosa jugal e labial e palato.

Guimarães (2000) realizou um estudo e verificou que, de 100 pacientes HIV positivo analisados, 59,2% apresentavam candidíase bucal, e que a maioria destes era do sexo masculino.

Em um estudo realizado por Magalhães et al. (2001), foi constatado que 52,63% das 38 crianças portadoras do HIV examinadas apresentavam pelo menos uma manifestação relacionada com HIV/AIDS. Queilite angular ocorreu em 28,94% e candidíase pseudomembranosa e eritematosa ocorreram em 18,43% dos casos.

Khongkuntian et al. (2001) examinaram 45 crianças infectadas por HIV e verificaram que 48,9% apresentavam lesões bucais. Candidíase eritematosa era a lesão mais comum, observada em 17,8% dos casos examinados.

Lim et al. (2001) observaram que um total de nove lesões diferente foi encontrado em 56% dos 81 pacientes examinados, e a candidíase bucal foi encontrada em 36% dos casos.

Bendick et al. (2002) observaram que, de 101 pacientes HIV positivo examinados, as manifestações bucais ocorreram em 17,8% dos pacientes. e entre estes, 52,5% apresentaram candidíase do tipo pseudomembranosa.

#### • Histoplasmose

A histoplasmose é uma micose profunda causada pela inalação do fungo *Histoplasma capsulatum*, passando despercebida ou com sintomas de infecção viral, do tipo resfriado comum e que, às vezes, se manifesta na cavidade bucal. A principal característica do *Histoplasma capsulatum* é ser um parasita quase exclusivo do sistema reticuloendotelial. As manifestações bucais são variadas e incluem ulcerações dolorosas, nódulos ou processos vegetativos na orofaringe, mucosa jugal, língua e palato e o aspecto clínico é semelhante ao carcinoma espinocelular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 2001).

## INFEÇÕES BACTERIANAS

### • GUN

Segundo Souza et al. (2000), a gengivite ulcerativa necrosante (GUN) é uma infecção causada por bactérias fusiformes e espiroquetas, tendo descrito a presença de *Borrelia vincentii* (espiroqueta) e *Bacillus vincentii* (fusiforme), e verificaram que em 100 pacientes, 4 apresentavam quadro de GUN.

É uma rápida e progressiva infecção que causa grande destruição aos tecidos bucais, resultando na retração gengival sem a concomitante formação de bolsa periodontal (SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 2001).

Bendick et al. (2002) observaram que, de 101 pacientes portadores do HIV examinados, 27,7% apresentavam GUN.

### • Gengivite e Periodontite associadas ao HIV

De acordo com os estudos de SOUZA et al. (2000), entre as lesões de origem bacteriana associadas à infecção pelo HIV estão a gengivite e a periodontite de evolução rápida, e verificaram que, dos 100 pacientes com AIDS analisados, 78 apresentavam gengivite e periodontite. Há uma diminuição da capacidade da saliva em controlar a microbiota e a placa bacteriana propiciando o desenvolvimento de lesões gengivais e periodontais.

A gengivite associada ao HIV caracteriza-se por severo eritema gengival. Há sangramento gengival à sondagem na ausência de fatores locais. A periodontite associada com necrose é uma manifestação clínica extremamente aguda com rápida, irregular e generalizada destruição do periodonto de inserção e osso alveolar. Ocorre exposição do tecido ósseo, podendo ocorrer até seqüestros do mesmo (SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 2001). Segundo o estudo realizado por Magalhães et al. (2001), de cada 38 crianças infectadas pelo HIV, 13,5% apresentavam gengivite.

Lim et al (2001) observaram que de 81 pacientes HIV positivo, 16% apresentavam doença periodontal, incluindo gengivite e periodontite.

## INFEÇÕES VIRAIS

### • Herpes Simples

É o tipo de infecção viral que mais ocorre em pacientes portadores do HIV. Esses agentes oportunistas, devido à imunodeficiência do paciente, facilitam a disseminação e expressividade do HIV, que após multiplicar-se no local de entrada, o vírus dissemina-se por via hematogênica ou neurogênica, prejudicando ainda mais a resposta imunológica.

As lesões do herpes aparecem clinicamente como vesículas que se coalescem e se rompem, formando úlceras muito sensíveis, severas, duradouras e que se recidivam com maior frequência nos indivíduos infectados por HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Souza et al. (2000) observaram que em 100 pacientes portadores do HIV/AIDS, 13% apresentavam herpes labial.

Segundo Guimarães (2000), dos 100 pacientes com AIDS analisados, 15% apresentaram herpes.

Segundo Birman et al. (2000), 15 pacientes dos 144 examinados apresentavam herpes simples, e destes 6 manifestava-se exclusivamente na boca.

Magalhães et al. (2001) verificaram que em 38 crianças analisadas em seu estudo, 5,26% apresentavam herpes.

- **Herpes Zóster**

A doença é a resposta do indivíduo parcialmente imunizado a uma reativação do vírus *Varicela zóster* presente na forma latente, e é caracterizado pela presença de vesículas que se rompem deixando úlceras dolorosas ao longo do trajeto de um nervo sensitivo. Em crianças submetidas a terapia imunossupressora e em adultos que sofrem infecção primária, podem ocorrer complicações de pneumonia ou encefalite (JORGE, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

- **Leucoplasia Pilosa**

É uma das manifestações bucais mais comuns na AIDS. Está relacionada ao vírus *Epstein-Barr* (EBV) e clinicamente apresenta-se como placa branca, plana ou rugosa, bem delimitada, de dimensão variável, não infiltrada e que não regride espontaneamente. Ocorre principalmente nas bordas laterais da língua, uni ou bilateralmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Segundo Souza et al. (2000), dos 100 pacientes HIV+/AIDS analisados, 10,5% apresentavam leucoplasia pilosa, e consideraram essa lesão como um marcador clínico importante.

De acordo com Dias et al. (2001), a leucoplasia pilosa é a única lesão bucal nova, reconhecida a partir da epidemia da AIDS. Os pacientes soropositivos para HIV constituem o grupo de predileção, sendo rara em crianças e adolescentes, geralmente é observada em imunossuprimidos, porém existem alguns relatos em pacientes sem qualquer alteração imunológica. Trata-se de uma infecção permissiva, em que o EBV pode estar presente na saliva ou em células adjacentes infectadas.

Das 38 crianças examinadas no estudo de Magalhães et al. (2001), apenas 2,63% apresentavam leucoplasia pilosa.

Khongkuntian et al. (2001) examinaram 45 crianças e constataram que a leucoplasia pilosa foi analisada em 6,7% dos casos.

De acordo com os estudos de Lim et al. (2001), observando 81 pacientes, verificou-se que somente 5% apresentavam leucoplasia pilosa.

Bendick et al. (2002) observaram que 27,7% dos pacientes examinados em seu estudo apresentavam leucoplasia pilosa, e esta estava localizada na borda lateral da língua bilateralmente.

- **Citomegalovírus (CMV)**

O CMV, embora isolado da saliva de pacientes portadores do HIV, não se mostra muito prevalente em lesões bucais. Na boca, pode ocorrer como lesão ulcerada de bordas elevadas e endurecidas, sem edema.

Segundo o estudo de Birman et al. (2000), foram encontrados 6 casos de citomegalovírus entre 144 pesquisados.

- **Papilomavírus (HPV)**

As infecções pelo vírus do papiloma humano (HPV) são comuns na população em geral. Nos pacientes imunossuprimidos elas se tornam mais frequentes e com aspecto clínico exacerbado.

Clinicamente são lesões verrucóides que podem aparecer em qualquer superfície da mucosa. Aparecem sob formas papilares, sésseis ou pediculadas, e quando em grande número formam pápulas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 2001).

- **Molusco contagioso**

Segundo o Ministério da Saúde (2000), é uma lesão comum de pele semelhante à verruga, pequena e disseminada, a qual raramente afeta os tecidos bucais. Recentemente relatam-se inúmeros casos de molusco contagioso associados à infecção pelo HIV, em boca.

Clinicamente tem aspecto nodular, exofítico, com coloração da mucosa normal ou esbranquiçado, localizado no lábio, língua e mucosa jugal. Pode ser único ou múltiplo e estar ou não associado a lesões de pele.

Segundo Birman et al. (2000), foi encontrado apenas um caso de molusco contagioso em 144 casos analisados.

## **NEOPLASIAS**

### **• Sarcoma de Kaposi (SK)**

É o tumor mais comum em pacientes com AIDS. Há uma forte predileção pelo sexo masculino com uma relação homem/ mulher de 20/1 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Segundo Souza et al. (2000), o vírus do herpes humano (HHV8) é atualmente reconhecido como co-fator infeccioso na patogênese do SK, embora não se saiba claramente como ele causa esta lesão, sendo encontrado em 6,7% dos 74 pacientes analisados.

Birman et al. (2000) verificaram que dos 144 pacientes examinados apresentando sarcoma de Kaposi, 11,1% apresentavam o caso isolado, e perceberam ainda que, na boca, as lesões podiam se apresentar como manchas isoladas ou múltiplas, de cor vermelha ou violácea, ou também se manifestar como lesões nódulo – tumorais, variando de tamanho e coloração, mais comumente em palato e gengiva. A consistência variava de acordo com a lesão, apresentando-se fibrosa ou com a consistência do local de origem no caso das lesões maculares.

Guimarães (2000) realizou um estudo estimando as incidências de condições associadas a 100 casos de AIDS. O sarcoma de Kaposi esteve presente em 5 pacientes analisados neste estudo.

### **• Linfomas**

Representam a segunda neoplasia em incidência entre os pacientes infectados pelo HIV. Em mucosa bucal tem ocorrido preferencialmente em gengiva. Esse aspecto tem merecido grande atenção, pois devido à precária situação da saúde bucal dos pacientes, via de regra, tem-se observado essas alterações associadas a dentes em mau estado, levando à hipótese inicial de abscesso dento-alveolar ou doença periodontal.

Lim et al. (2001) realizaram um estudo com 81 pacientes e verificaram que o linfoma apareceu com uma incidência de 1%.

### **• Carcinoma epidermóide**

Caracteriza-se por um tumor maligno de origem epitelial, comum na cavidade bucal, ocorrendo em qualquer parte dela. Os carcinomas epidermóide intrabucais apresentam considerável variação histológica, mas geralmente evidenciam ceratinização. São lesões que podem aparecer em indivíduos jovens com AIDS. O diagnóstico é estabelecido por biópsia e o tratamento é cirúrgico e/ou radioterápico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

## **OUTRAS MANIFESTAÇÕES**

### **• Úlceras atípicas**

São lesões de etiologia desconhecida, podendo apresentar-se com diferentes graus de severidade e desconforto ao paciente. Em indivíduos portadores do HIV, parece haver um aumento do aparecimento de aftas recorrentes, e estas estão mais agressivas, maiores e múltiplas. As lesões aparecem como úlceras circunscritas por margens eritematosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Segundo Lim et al. (2001), 5% dos 45 pacientes analisados em seu estudo apresentavam aftas, lesões ulceradas de contorno circunscrito, com margem eritematosa, de causa desconhecida.

## • Hiperpigmentação melânica

Trata-se de uma manifestação bucal menos freqüente. O aparecimento dessas máculas pode estar relacionado ao uso de certas medicações, por infecções oportunistas ou pelo próprio HIV.

A manifestação clínica da lesão consiste em pequenas máculas isoladas ou disseminadas de coloração acastanhada. Geralmente as máculas são observadas na mucosa jugal, palato e língua. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com lesões como melanoma e sarcoma de Kaposi (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

## DISCUSSÃO

A AIDS é uma infecção que debilita o sistema que comanda a defesa do organismo de maneira que o indivíduo infectado se torne mais susceptível às infecções oportunistas. Os autores pesquisados neste trabalho são unânimes em afirmar que são inúmeras as manifestações bucais que podem acometer os pacientes com AIDS, sendo que algumas destas manifestações bucais podem aparecer até mesmo antes do surgimento das manifestações sistêmicas, e cabe ao cirurgião-dentista diagnosticá-las, para que possa melhorar as condições da saúde bucal dos pacientes. As manifestações mais freqüentes podem ser classificadas em infecciosas, neoplasias e outras.

Pesquisas apontam que dentro do grupo das infecções, estão as fúngicas, bacterianas e virais. Entre as infecções fúngicas a candidíase é a mais relevante, sendo a manifestação mais comum entre portadores do HIV, e pode ser a manifestação clínica inicial da AIDS (GUIMARÃES, 2000; SOUZA et al., 2000; LIM et al., 2001), prevalecendo geralmente no palato duro e mole. A presença de candidíase que não regride com o tratamento, em indivíduos saudáveis, e ausência de fatores predisponentes, como por exemplo, diabetes, uso de corticóide, antibióticos, quimioterapia, e outros, deve ser considerada a possibilidade de infecção pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 2001; NEVES, 2002).

A candidíase bucal pode apresentar formas clínicas diversas, o tipo eritematoso e pseudomembranoso, foram os mais freqüentes em pacientes HIV+ (MAGALHÃES et al., 2001; KHONGKUNTHIAN et al., 2001; BENDICK et al., 2002).

Segundo Souza et al. (2000), 30% dos pacientes examinados em seu estudo apresentavam queilite angular, um tipo peculiar de candidíase, que acomete bilateralmente a comissura labial, indo de acordo com os estudos de Magalhães et al. (2001), que obtiveram resultados muito próximos nas pesquisas.

Para um correto diagnóstico das candidíases, devem ser realizados os exames clínicos, laboratoriais e citológicos ou por biópsia da lesão. O tratamento pode ser local ou sistêmico, utilizando a nistatina e o miconazol no tratamento tópico, e o ketoconazol no sistêmico. Uma boa higienização bucal é fundamental para o sucesso do tratamento, removendo as pseudomembranas quando presentes e realizando bochechos com gluconato de clorexidina a 0,2% e outros enxagüatórios bucais. Após o tratamento efetivo, os pacientes devem ser acompanhados periodicamente com manutenções profiláticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Diante do exposto, observa-se que a candidíase bucal pode anteceder as manifestações sistêmicas. Este fato aponta o importante papel do cirurgião dentista como profissional da saúde, podendo o mesmo suspeitar dessa alteração, diagnosticá-la e tratá-la.

Outra infecção fúngica importante que pode se manifestar na boca é a histoplasmose, que se manifesta como lesão ulcerada, lembrando o carcinoma espinocelular, doloroso, geralmente ocorrendo na mucosa jugal, língua e palato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 2001).

Entre as diversas infecções bacterianas, os autores dão importância significativa à GUN, gengivite e periodontite associadas ao HIV, sendo prevalente o aparecimento destas lesões em pacientes soropositivos, em que o curso clínico é rápido, destrutivo, causando danos para o tecido mole e ósseo (SOUZA et al., 2000; MAGALHÃES et al.; LIM et al., 2001; BENDICK et al., 2002). O aparecimento da doença periodontal associada à infecção pelo HIV, pode ter princípio repentino, em que a gengiva aparece muito inflamada, com sangramento à escovação, dor e halitose, estando a gengiva recoberta por tecido necrótico, sendo esta uma condição freqüente, mas deve ser feita uma ressalva, que a presença da doença periodontal de avanço rápido na boca de uma pessoa suspeita para a AIDS, não deve se constituir em diagnóstico conclusivo.

A importância do correto diagnóstico se deve a duas razões: primeiro que esta lesão pode representar um dos primeiros sinais de infecção pelo HIV, e porque a gengivite associada ao HIV pode evoluir para uma

periodontite associada ao HIV resultando uma perda de tecido do periodonto de proteção e inserção (SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 2001).

No grupo da infecções virais estão o herpes simples, herpes zoster, leucoplasia pilosa, citomegalovírus, papilomavírus e o molusco contagioso. As lesões do herpes simples recidivam com maior frequência e formam lesões maiores, mais duradouras, severas e persistentes, na presença da infecção do HIV, em que o processo é acelerado, tornando-se úlceras grandes e atípicas na localização, aparência, duração e morbidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 2001). De acordo com os autores, a incidência de pacientes soropositivos com herpes labial é em torno de 15% a 20% em adultos, e em crianças 6% (SOUZA et al.; GUIMARÃES, 2000; BIRMAN et al., 2000; MAGALHÃES et al., 2001). As lesões do herpes podem ser tratadas com Aciclovir, topicamente de 5 a 6 vezes ao dia, mas o vírus não é eliminado, permanecendo latente até ser reativado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 2001).

Dentre as manifestações bucais mais comuns na AIDS, podemos relacionar também a leucoplasia pilosa, com incidência de 5% a 10% em adultos, e em torno de 2,5% nas crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SOUZA et al., 2000; KHONGKUNTHIAN et al.; MAGALHÃES et al., 2001; LIM et al., 2002). Já no estudo de Bendick et al. (2001), foi observada uma diferença significativa em relação aos autores acima, que mostrou uma incidência de 27,7%. A leucoplasia pilosa associada à AIDS é um achado bucal, podendo ser considerada sinal precursor. Relatos preliminares indicam que 80% dos diagnósticos desta leucoplasia, estão associados à síndrome. O diagnóstico é feito pela biópsia da lesão e não necessita tratamento, por se tratar de uma lesão assintomática. É também relatado o emprego do aciclovir no tratamento, como agente antiviral, na diminuição da carga (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Nos casos de herpes zóster, o vírus *Varicela zóster* se mantém latente na inervação, e quando reativado por algum fator local ou sistêmico, surgem vesículas cutâneas extremamente dolorosas (JORGE, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). O diagnóstico é clínico e laboratorial e o tratamento pode ser feito com aciclovir via oral ou endovenosa (SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 2001).

O citomegalovírus não se mostra prevalente em lesões bucais, com diagnóstico clínico, pela biópsia com achado do vírus, e o tratamento realizado com ganciclovir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; BIRMAN et al., 2000).

As lesões do papilomavírus são mais frequentes e com aspecto clínico exacerbado, causando papiloma bucal, verruga, condiloma e hiperplasia epitelial focal, em pacientes infectados pelo HIV. O diagnóstico é clínico e laboratorial, e o tratamento consiste na remoção cirúrgica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SILVA et al., 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), o molusco contagioso raramente afeta os tecidos bucais, e quando o faz, é normalmente nos lábios, mucosa bucal e palato. O diagnóstico é feito através de biópsia e o tratamento consiste na remoção cirúrgica.

De acordo com os autores, no grupo das neoplasias encontramos o sarcoma de Kaposi (SK), linfomas e o carcinoma epidermóide. O SK é o tumor mais comum em pacientes com AIDS, com incidência entre 5% e 11%. Clinicamente pode se apresentar como uma mancha púrpura, azulada ou ainda como nódulo ou pápula, sendo mais frequente no palato, podendo ser encontrado também na mucosa bucal, gengiva e língua. Nos estágios iniciais são difíceis de serem reconhecidos, podendo ser confundidos com hemangioma, resultado de trauma. O diagnóstico é feito através dos aspectos clínicos e biópsia da lesão. O tratamento consiste em quimioterapia, cirurgia e radioterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE; CERRI et al., 2000; SOUZA et al., 2000; GUIMARÃES, 2000; BIRMAN et al., 2000).

Já os linfomas representam a segunda neoplasia em incidência em pacientes HIV positivo, principalmente em gengiva. Esta lesão aparece com incidência de 1%, sendo este número relativamente baixo, mas que vem aumentando nos últimos anos. O diagnóstico é feito através de biópsia da lesão e o tratamento com quimioterapia (LIM et al., 2001). O carcinoma epidermóide prevalece em pacientes jovens com HIV, e a incidência desse tumor tem aumentado em pacientes infectados, tendo um comportamento agressivo e diagnóstico sombrio. O diagnóstico é estabelecido por biópsia e o tratamento é cirúrgico e radioterápico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

As úlceras atípicas e a hiperpigmentação melânica entram no grupo das outras manifestações e geralmente são de origem desconhecida, mais agressivas e com maior frequência, sendo a observação clínica importante para estabelecer o tratamento (LIM et al., 2001). Fatores hormonais e possivelmente defeitos locais e sistêmicos do hospedeiro na infecção pelo HIV, podem estar relacionados ao aparecimento das úlceras. No caso da hiperpigmentação melânica deve ser considerado importante o diagnóstico diferencial de lesões como melanoma e sarcoma de Kaposi. O diagnóstico baseia-se no aspecto clínico, anamnese e biópsia, e as manifestações não precisam de tratamento, devido ao seu caráter inócuo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Baseados na revisão da literatura podemos afirmar que é extremamente importante ao cirurgião-dentista o conhecimento das manifestações bucais em pacientes portadores do vírus HIV, no sentido de permitir o diagnóstico precoce destas, e o estabelecimento de um plano de tratamento adequado.

## CONCLUSÃO

O estudo das manifestações bucais relacionadas com a AIDS, permite concluir que o cirurgião-dentista tem papel fundamental no diagnóstico da doença, pois o paciente com esta enfermidade é um cliente em potencial dos consultórios odontológicos, sendo que na boca podem surgir as primeiras manifestações, e o profissional por meio do diagnóstico e tratamento, pode proporcionar uma melhor qualidade de vida no que tange a saúde bucal.

## ABSTRACT

AIDS is a systemic disease, which attacks the people immune system, making them more susceptible to opportunistic infections. Oral manifestations are considered the first signs and symptoms of the disease and they can be recognized by the dentist. This emphasizes the importance of the health area professional in regard to AIDS control, making him reflect about his role on prevention, diagnosis and therapy of the disease, to adequate the buccal health conditions of his patients, improving masticatory efficiency, contributing for better nutrition, consequently improving his patients quality of life. This paper objective is to show, through literature review, some of the buccal manifestations that occur in HIV positive patients, and that the dentist must be able to recognize, as a health professional and member of multidisciplinary teams.

KEY-WORDS: AIDS; oral manifestations

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENDICK, C. et al. Oral manifestations in Cambodians with HIV and AIDS. *J. Oral Pathol. Med.* v. 31, n. 1, p. 1-4, Jan. 2002.

BIRMAN, E. G. et al. Kaposi's Sarcoma in Brazilian AIDS patients: a study of 144 cases. *Pesqui Odontol. Bras.*, v. 14, n. 4, p. 362-366, out./dez. 2000.

CERRI, A. et al. Sarcoma de kaposi e AIDS. *Revista Paulista de Odontologia.* n. 4, p. 18-22, jul./ago. 2000.

DIAS, E. P. et al. Leucoplasia pilosa oral: aspectos histopatológicos da fase subclínica. *Pesqui. Odontol. Bras.*, v. 15, n. 2, p. 104-111, abr./jun. 2001.

GUIMARÃES, M. D. C. Estudo temporal das doenças associadas à AIDS no Brasil, 1980-1999. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 16 supl. 1, 2000.

JORGE, A. O. C. Princípios de Biossegurança no Consultório Odontológico: apostila de microbiologia. UNITAU, 1998.

KHONGKUNTHIAN, P. et al. Oral manifestations in 45 HIV positive children from Northern Thailand. *J. Oral Pathol. Med.* v. 39, n. 1, p. 549-552, Oct. 2001.

LIM, A. A. et al. Oral manifestations of human immunodeficiency virus (HIV) – infected patients in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* v. 30, n. 6, p.600-606, nov. 2001.

MAGALHÃES, M. G. et al. Oral manifestations of HIV positive children. *J. Clin. Pediatr. Dent.* v. 25, n. 2, p. 103-106, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. *Hepatite, AIDS e Herpes na Prática Odontológica.* Brasília, 2000. 56 p.



NEVES, M. I. R. Candidíase oral x AIDS. Disponível em: <[www.odontologia.com.br](http://www.odontologia.com.br)>. Acesso em: 28 abr. 2002.

SILVA, A. C. L.; TREVISAN, A. P.; FRIEDMAN, M. T. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Manifestações orais e biossegurança no consultório odontológico. Disponível em: <[www.odontologia.com.br](http://www.odontologia.com.br)>. Acesso em: 28 abr. 2002.

SOUZA, L. B.; et al. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. *Pesq. Odont. Bras.*, v. 14, n. 1, p. 79-85, jan./mar. 2000.

ZANETTINI, I.; ZANETTINI, U. M. Aids em odontologia. Disponível em: <[www.odontologia.com.br](http://www.odontologia.com.br)>. Acesso em: 28 abr. 2002.