



Faculdade de Pindamonhangaba



**Camila Silva Pereira Rezende
Tatiane Oliveira**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES COM AIDS:
Candidose e Herpes Simples**

**Pindamonhangaba – SP
2014**



Faculdade de Pindamonhangaba



**Camila Silva Pereira Rezende
Tatiane Oliveira**

MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES COM AIDS: Candidose e Herpes Simples

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Profa. Dra. Susana Ungaro Amadei

**Pindamonhangaba – SP
2014**

Rezende, Camila Silva Pereira; Oliveira, Tatiane
Manifestações Bucais em Pacientes com Aids: Candidose e Herpes Simples /
Camila Silva Pereira Rezende; Tatiane Oliveira / Pindamonhangaba-SP: FAPI
Faculdade de Pindamonhangaba, 2014.

24f.

Monografia (Graduação em Odontologia) FAPI-SP.

Orientadora: Profª Dra. Susana Ungaro Amadei

1 Aids 2 Candidose. 3 Herpes Simples. 4 Bucal I Manifestações Bucais em
Pacientes com Aids: Candidose e Herpes Simples II Camila Silva Pereira Rezende;
Tatiane Oliveira



Faculdade de Pindamonhangaba



**CAMILA SILVA PEREIRA REZENDE
TATIANE OLIVEIRA
MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES COM AIDS: Candidose e Herpes
Simples**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Data: 10/12/2014

Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA

Prof . Dra. Susana Ungaro Amadei

Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura_____

Prof .Dra Juliana Madureira de Souza Lima Afonso

Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura_____

Prof . Dra Daniela Martins de Souza

Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura_____

DEDICATÓRIA

A Deus

Quero agradecer, pela dádiva da vida, por ter ajudado a manter a fé nos momentos mais difíceis e iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Aos Familiares

E especialmente minha mãe Elisabete, meu padastro André, meus irmãos Luis Felipe e Rodrigo, meu marido Pedro e minha querida filha Lívia que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida, e por sempre acreditarem em mim, vocês foram à peça fundamental para a concretização deste sonho.

Tatiane Oliveira

A Deus que me criou. Seu fôlego de vida em mim, me foi sustento e me capacitou para alcançar meus objetivos. O que seria de mim sem a fé que eu tenho nele?

Aos meus pais e irmão, sempre presentes, pela determinação e luta na minha formação, sonhando o meu sonho e pagando um preço alto por ele, me sustentando em orações. Sendo força nos meus momentos de fraqueza, coragem nos meus momentos de fracasso e ânimo nos meus momentos maus.

Ao meu esposo que foi paciente e benigno, durante toda minha trajetória acadêmica.

A minha amada filha Mariana. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias. Hoje estamos colhendo, juntas, os frutos desse empenho. Esta vitória é muito mais sua do que minha!!!

Camila Rezende

AGRADECIMENTOS

A esta Instituição, seu corpo docente, direção, coordenação e administração, que oportunizaram a janela que hoje vislumbramos um horizonte superior; pela amizade, convívio, mérito e ética aqui presente.

A Professora Dra. Susana Ungaro Amadei, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos professores da banca examinadora que tão diligentemente,despenderam seus preciosos tempos, a fim de nos acompanhar nesse processo de finalização do curso. É uma honra para nós, sermos avaliadas por tão nobres profissionais competentes.

RESUMO

A Síndrome de Imunodeficiência adquirida (SIDA) é uma doença causada pelo retrovírus da imunodeficiência humana (HIV), que afeta a imunidade celular, com a depressão de células T (CD4+). Desta forma, o paciente fica mais susceptível a adquirir doenças oportunistas. Este vírus é transmitido por meio dos comportamentos de risco, como: relações sexuais sem o uso de preservativos e o compartilhamento de agulhas, aleitamento materno, transfusão sanguínea e transplante de órgãos. O herpes simples e a candidose, são doenças oportunistas, comuns em pacientes com AIDS, sendo que por muitas vezes, essas manifestações são os primeiros sinais desta doença. Desta forma, o conhecimento detalhado do cirurgião dentista, no que se diz respeito as alterações bucais decorrentes da AIDS, são de suma importância, a fim de identificar e tratar o mais precocemente possível, estas manifestações. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura de duas das principais manifestações bucais em pacientes com a AIDS, sendo estas a herpes simples e a candidose. Foi possível concluir que em pacientes imunodeprimidos estas doenças se apresentavam com mais severidade e maior índice de recidivas, quando comparado a pacientes imunocompetentes. E geralmente o tratamento tópico para o herpes simples e a candidose em pacientes com HIV é ineficiente, sendo necessário o tratamento sistêmico ou até mesmo em casos mais severos de candidose, o intravenoso.

Palavras-chave: Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). Vírus da imunodeficiência humana (HIV). Herpes simples. Candidose.

ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a disease caused by a retrovirus human immunodeficiency virus (HIV), which affects cellular immunity, T cells with depression (CD4 +). Thus, the patient is more likely to acquire opportunistic. Este virus disease is transmitted through risky behavior, such as sex without condom use and needle sharing, breastfeeding, blood transfusion and organ transplantation. Herpes simplex and candidiasis are opportunistic infections, common in patients with AIDS, and many times, these manifestations are the first signs of this disease. Thus, detailed knowledge of the dentist, as regards the oral abnormalities arising from AIDS, are extremely important in order to identify and treat as early as possible, these demonstrations. Thus, the objective of this study was to review the literature two main oral manifestations in patients with AIDS, which are the herpes simplex and candidiasis. It was concluded that these diseases in immunosuppressed patients presented with more severe and more recurrences compared to immunocompetent patients. And usually the topical treatment for herpes simplex and candidiasis in patients with HIV is inefficient, requiring systemic treatment or even in more severe cases of candidiasis, intravenous.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Human immunodeficiency virus (HIV). Herpes simplex. Candidiasis.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	MÉTODO.....	09
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1	Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS).....	10
3.2	Herpes Simples em pacientes com AIDS.....	11
3.2.1	DIAGNÓSTICO.....	12
3.2.2	TRATAMENTO.....	13
3.3	Candidose em pacientes com AIDS.....	14
3.3.1	DIAGNÓSTICO.....	15
3.3.2	TRATAMENTO.....	15
4	DISCUSSÃO	17
5	CONCLUSÃO.....	19
	REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência adquirida (SIDA) é uma doença grave, que vem se disseminando desde a década de 80, sendo causada pelo retrovírus HIV (vírus da imunodeficiência humana)¹.

A AIDS é um dos maiores problemas da atualidade em saúde pública no Brasil e no mundo. Quando foi descrita pela primeira vez em 1981, foi considerada como uma doença que atingia grupos restritos, como: homossexuais, haitianos, hemofílicos². Entretanto, com a disseminação desta doença com o passar dos anos, o perfil etiológico modificou-se. Atualmente atinge outros grupos, como mulheres³, heterossexuais, idosos⁴ e crianças. Sendo assim, o que antes preocupava eram os grupos de risco, hoje, a AIDS está voltada para os comportamentos de risco, como relações sexuais sem o uso de preservativos e o compartilhamento de agulhas^{1,2}.

Os portadores do vírus HIV ou os pacientes que já apresentam a doença AIDS, necessitam de cuidados multidisciplinares, que também envolvem o cirurgião dentista, pois a imunossupressão causada pelo vírus HIV acarreta no aparecimento de infecções oportunistas que afetam a cavidade bucal^{5,6}.

O herpes simples e a candidose bucais são doenças oportunistas comuns em pacientes com AIDS, sendo que por muitas vezes, essas manifestações são os primeiros sinais desta doença. Desta forma, o conhecimento detalhado do cirurgião dentista, no que se diz respeito a herpes e a candidose, são de suma importância, a fim de identificar o mais precocemente possível, os casos de pacientes com AIDS, em suas atividades clínicas⁷.

O diagnóstico precoce da síndrome da imunodeficiência adquirida é de grande importância, pois quanto antes o tratamento com anti-retrovirais for iniciado, maior será a qualidade e tempo de vida do portador desta doença⁸.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura de duas das primeiras manifestações bucais em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida, sendo estas a herpes simples e a candidose.

2 MÉTODO

Este trabalho foi realizado por meio de revisão bibliográfica, abordando os artigos científicos nacionais e internacionais mais pertinentes sobre o tema. Foram consultados livros, bancos de dados da internet (como Scielo, Bireme), revistas nacionais e internacionais que abordaram o tema em questão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Sem a pretensão de esgotar a discussão sobre o tema abordado, a fim de facilitar o entendimento do assunto, este capítulo foi dividido em tópicos, abordando artigos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida, herpes simples e candidose associadas a pacientes com AIDS ou HIV positivo.

3.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

Os primeiros casos registrados do vírus HIV surgiram entre os anos 1981 e 1983, com o aparecimento de casos raros de Sarcoma de Kaposi em oito jovens homossexuais, em Nova York⁹.

De acordo com Neville et al.⁵ o Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia multifocal originado das células endoteliais. Este se apresenta como uma ou frequentemente, como múltiplas lesões na pele ou na mucosa.

Concomitantemente com os casos raros de SK, cinco casos de jovens, também homossexuais, apresentaram um quadro de pneumonia causada pelo *Pneumocystis carinii*, em Los Angeles. Então, os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta (EUA), criaram um grupo de pesquisas, para observar os pacientes que apresentavam essa enfermidade, que ainda era desconhecida e afetava o sistema imunológico destes indivíduos tornando-os susceptíveis a estas enfermidades, como o sarcoma de Kaposi e a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, e até mesmo incapazes de combater infecções simples. Logo, os pesquisadores conseguiram isolar o vírus responsável por esta imunodeficiência, batizando-o em 1983 como HTLV-III (*Human T-Leukemia Vírus*), e em 1984, como *Lymphadenopathy Associated Vírus*, e por fim, em 1985 com a conclusão de que se tratava de um retrovírus, denominaram-lhe como HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)⁹.

Apresentando-se como um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos T CD4¹⁰, o vírus HIV, pode ser transmitida por meio da relação sexual sem o uso de preservativos, transfusão sanguínea, compartilhamento de agulhas, transplantes de órgãos, aleitamento materno e inseminação artificial. Quando um organismo é infectado pelo vírus HIV, pode haver a possibilidade de ocorrer o período de incubação ou a janela imunológica. Este período de incubação consiste no momento da infecção pelo vírus HIV até o aparecimento dos primeiros sinais da sintomatologia da doença, e dura por volta de três a seis semanas. Contudo, a janela

imunológica é o tempo que o organismo leva a partir da infecção pelo vírus do HIV até a produção de uma quantidade de anticorpos anti-HIV possíveis de ser detectados em exames de sangue, período que pode durar de duas a oito semanas⁸.

Atualmente, o tratamento para a AIDS é com a terapia com anti-retrovirais, com a finalidade de reconstituição imunológica e diminuição do número de vírus do organismo. O objetivo deste tipo de tratamento é preservar a vida dos pacientes infectados e prevenir agravos de saúde, melhorando a qualidade de vida¹¹.

Quando a síndrome da imunodeficiência adquirida foi descrita pela primeira vez, em 1981, foi considerada como uma doença que atingia grupos restritos, como: homossexuais, hemofílicos, haitianos². Com o decorrer dos anos, a contaminação pelo vírus HIV, e por consequência a AIDS, tornou-se uma epidemia, que se caracteriza pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização¹².

No Brasil, o número de idosos portadores do vírus HIV, supera o de jovens entre 15 e 19 anos. Este aumento de casos de HIV em pessoas com mais de 50 anos, está associado ao envelhecimento da população brasileira, ao aumento da sobrevivência das pessoas com HIV/AIDS e a acessibilidade a medicamentos para distúrbios eréteis, fator que tem prolongado a atividade sexual de idosos, tornando-os mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Também, é crescente o índice de gestantes jovens adultas e adolescentes, de baixo nível socioeconômico, com AIDS, o que é um grande problema para a saúde materno-infantil, pois requer atenção especial no período pré-natal, a fim de evitar a transmissão vertical¹⁴.

3.2 Herpes Simples em Pacientes com AIDS

O vírus HIV tem como principal característica a diminuição progressiva da imunidade celular, o que acarreta no aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias malignas. Como esta infecção compromete o sistema imune de maneira sistêmica, a mucosa bucal torna-se susceptível a alterações como candidose, herpes, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin, gengivite ulcerativa necrotizante aguda e periodontite. Sendo assim, o aparecimento destas manifestações na cavidade bucal, são de suma importância para o diagnóstico precoce para a AIDS, pois presença de alterações bucais oportunistas sugere que o indivíduo está imunodeprimido¹⁵. Desta forma, o conhecimento detalhado do cirurgião dentista sobre a herpes e a candidose, são muito importantes.

O herpes simples, depois das infecções respiratórias, é a doença viral mais comum na atualidade, e é classificado como doença sexualmente transmissível, que afeta somente o *homo sapiens*, sem variação sazonal. Em pacientes imunocomprometidos, as infecções herpéticas podem provocar severas complicações. Também, lesões recorrentes do herpes simples são altamente contagiosas, mesmo após alguns dias de regressão da lesão¹⁶.

Segundo Azambuja et al.¹⁷ o vírus de herpes simples, pertence a família *Herpes viridae*. Existem dois tipos de HSV, que possuem estrutura semelhante, mas são antígenicamente diferentes; o HSV-1, que dissemina-se na maioria das vezes por meio da saliva infectada, ou de lesões periorais ativas; e o HSV-2, que geralmente acomete a região genital.

Por ser um vírus neurotrópico, o herpes simples dissemina-se por vias nervosas e aloja-se em nervos periféricos e gânglios nervosos, ou seja, a infecção “seguirá” o trajeto do nervo, que no caso de infecções orolabiais, é o nervo trigêmeo¹⁸.

A reativação das lesões causadas pelo herpes simples, são freqüentes em pacientes portadores do vírus HIV, pois estes indivíduos apresentam um caso de imunodepressão. Sendo assim, uma lesão ativa de herpes que perdura por mais de quatro semanas, associada a soropositividade para HIV, é um indicativo para o diagnóstico de AIDS⁶.

3.2.1 DIAGNÓSTICO

Em pacientes imunocompetentes, o herpes labial, pode ser dividido em três períodos: o primeiro é o período prodrômico que ocorre 24 horas antes do aparecimento das primeiras vesículas. Durante esta fase o local fica dolorido nas primeiras 12 horas, tornando-se levemente edemaciado, com prurido e ardência. Geralmente, junto com estes sintomas, o local apresenta-se eritematoso e quente. O segundo período é o clínico ativo, fase em que estão presentes vesículas e bolhas cheias de líquido citrino, que representa um exsudato inflamatório seroso, que duram aproximadamente de 2 a 4 dias e as manifestações clínicas são muito dolorosas. O terceiro período, é o reparatório, onde as vesículas, diminuem gradativamente, e o local depois de seco, torna-se recoberto por escamas e crostas amareladas, que duram, de 2 a 4 dias¹⁶.

Durante a gengivoestomatite herpética, uma doença infecto-contagiosa sintomática causada pelo vírus herpes simples, a mucosa afetada desenvolve inicialmente, pequenas vesículas, que se rompem rapidamente, acarretando em inúmeras lesões pequenas avermelhadas, dando lugar a úlceras de fundo amarelado com zona edemaciada e eritematosa,

muito dolorosa. O aparecimento destas lesões está associado a formigamento, queimação, desconforto e febre. Em casos leves, o ciclo viral dura entre 5 a 7 dias, e nos mais graves até duas semanas, em fim, geralmente o episódio dura de 7 a 10 dias, e só estará totalmente curado após 21 dias. Entretanto, em pacientes imunodeprimidos, o que é o caso de indivíduos com AIDS, a infecção pelo HSV-1 manifesta-se com maior frequência, se comparada aos pacientes imunocompetentes¹⁹.

Quando as úlceras crônicas de herpes simples estão presentes há mais de um mês, é necessário investigar, o porquê da duração destas lesões, pois esta situação demonstra um caso de imunodepressão, um forte indicativo de AIDS. Isto, pois apesar de as infecções recorrentes pelo HSV, ocorreram quase na mesma proporção em imunocompetentes e imunodeprimidos, em pacientes com AIDS as lesões estão mais amplamente disseminadas, ocorrem em um padrão atípico e podem permanecer por meses^{5,18}.

Além disso, quando a contagem de CD4+ está abaixo de 50 células/mm³ a prevalência das lesões aumenta significativamente. Logo, em casos de herpes labial, a lesão pode se estender para a pele da face e causar um grande comprometimento extra-oral⁵.

3.2.2 TRATAMENTO

O medicamento de escolha para o tratamento do herpes simples em imunodeprimidos é o aciclovir, via oral. A terapia consiste em doses de 200mg, 5 vezes ao dia, durante 5 dias ou períodos superior se aparecerem lesões durante o tratamento. Quando a terapia via oral com aciclovir não é eficaz, em casos de lesões extensas, indica-se o tratamento intra venoso¹⁸. Então, a dosagem deverá ser de 5mg/Kg, a cada oito horas, de cinco a sete dias¹⁷.

Outro medicamento que mostrou ser eficaz, foi o Fanciclovir, que é um pró-fármaco do penciclovir, que pode ser administrado com uma dose de 1500mg, ou 2 doses de 750 mg administradas geralmente em um único dia, o que facilita a adesão do paciente ao tratamento¹⁹.

Também, quando associado ao tratamento sistêmico, a utilização do *Laser diodo de arseneto de gálio-alumínio (GaAIs)* a 670 nm, 30mW, por 40 segundos no período prodromico, ou no estágio clínico ativo, a 670 nm, 20 mW por 2 minutos na área afetada, mostrou ser de grande valia. Isto, pois o laser possui um efeito bioestimulante, que está baseado na hiperpolarização em nível de membrana celular, pois estese transforma em ATP (Adenosina Trifosfato) e acelera os processos metabólicos, fortalecendo a ação das células de defesa^{18,19}.

De acordo com Neville et al.⁵ quando uma lesão herpética não responder ao tratamento sistêmico dentro de 10 dias, é um indicativo que o vírus tornou-se resistente ao medicamento. Desta forma, em casos de resistência viral ao medicamento utilizado como primeira escolha, o tratamento indicado será o Foscavir, levando em consideração que este sempre será o tratamento de segunda escolha, devido aos seus efeitos colaterais significativos como, náuseas, vômitos, dor de cabeça, diarreia, tonturas, perda de apetite e aumento da sudorese.

O estado emocional do paciente interfere diretamente na sua capacidade de aderir ao tratamento. Assim, conversar com paciente portador do vírus HIV, explicando que uma má higiene oral favorece o aparecimento de lesões e infecções que podem afetar o seu estado de saúde geral é de fundamental importância para um tratamento efetivo. Além disso, quando o paciente adere o tratamento com antiretrovirais a sobrevida e qualidade de vida deste é melhor. Sendo assim, em um paciente onde o tratamento com antiretrovirais é efetivo, ele estará menos susceptível a adquirir doenças oportunistas.

3.3 Candidose em Paciente com AIDS

A Candidose oral é a infecção fúngica que mais acomete a cavidade bucal. É uma doença oportunista, causada por proliferação ou infecção da cavidade bucal por leveduras do gênero *Candida*, em especial pela *Candida albicans*, que geralmente acomete pessoas na primeira infância, senescência e pacientes imunodeprimidos^{20,21}.

A *Candida albicans* está presente na cavidade bucal de grande parte dos indivíduos saudáveis, e é considerada um microrganismo do tipo comensal. Sendo assim, esta mesma está presente na flora normal e é encontrada na boca, nos trato digestório, respiratório e vaginal. A sua transformação de comensal para patógeno está diretamente ligada a fatores locais e sistêmico. Desta forma, para que a doença se desenvolva, é preciso que os membros da flora microbiana estejam com baixa capacidade competitiva, permitindo o crescimento do fungo²².

A *Candida albicans* é a maior causadora da candidose, entretanto outras espécies de *Candida* podem estar presentes nesta doença, como: *C. tropicalis*, *C. pseudotropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. inconspicua*, *C. guilliermondii*, dentre outras²³.

A candidose oral foi descrita como uma doença associada ao primeiro caso de AIDS registrado, sendo atualmente a infecção fúngica mais comum entre os pacientes portadores do vírus HIV. Isto, considerando que aproximadamente 90% dos infectados pelo HIV, apresentarão pelo menos um caso de candidose orofaríngea²³. Esta infecção fúngica

geralmente está presente em pacientes com AIDS, devido as profundas alterações que ocorrem na função imunológica mediada por linfócitos T, o que acarretará na baixa imunidade do paciente ²⁴.

De acordo com Vieira et al. ²⁵ a candidose pode produzir hiperplasia epitelial e originar leucoplasiabucal. Logo, quando o epitélio é invadido pela *Candida albicans* e esta se prolifera, pode ocorrer uma formação neoplásica. Entretanto, a infecção também pode progredir para o esôfago, pulmões ou disseminar no organismo, acarretando em uma candidemia.

3.3.1 DIAGNÓSTICO

A candidose oral possui quatro variantes: a pseudomenbranosa, eritematosa, queilite angular ou a hiperplásica.

Em casos de candidose pseudomembranosa, observa-se pseudomembranas, que quando destacadas, deixam os tecidos subjacentes com aspecto normal ou erosionados. Porém a candidose hiperplásica, apresenta-se na forma de nódulos ou placas esbranquiçadas fortemente aderidas a mucosa bucal, que são difíceis de ser destacadas, que ocorrem geralmente em língua, podendo ser confundida com leucoplasia pilosa ^{24,26}.

A queilite angular, acomete a comissura labial, na forma de fissuras ou úlceras, que podem também estar associadas ao tipo eritematoso ou pseudomenbranoso. Contudo, em casos de candidose eritematosa, o tecido envolvido apresenta-se avermelhado, atrófico e liso, sendo que as áreas mais acometidas são o palato, língua e mucosa jugal ^{24,26,27}.

O cirurgião dentista deve atento às características apresentadas por estas quatro variantes de candidose, pois estas infecções podem levar ao diagnóstico inicial da infecção por HIV, as quais podem ser os primeiros sinais do desenvolvimento da AIDS. Sendo assim, o trabalho do cirurgião dentista é de grande importância para o diagnóstico precoce do HIV ²⁶.

3.3.2 TRATAMENTO

Em pacientes imunocompetentes, o tratamento para candidose, consiste no uso tópico de Nistatina, aplicada quatro vezes ao dia, entretanto, para pacientes imunodeprimidos, este tratamento geralmente é ineficiente ^{5,20}.

O tratamento de escolha para Candidose em pacientes com AIDS que estão recebendo o tratamento com anti-retrovirais efetivo, que possuem uma contagem de CD4+ que excede

50 células/mm³ e sem comprometimento do esôfago e faringe pela doença, é o Clotrimazol tópico⁵.

Considerando o fato de que em pacientes imunocompetentes a quantidade de linfócitos T CD4+ excede 50 células/mm³, em pacientes em que o tratamento com anti-retrovirais não está sendo efetivo, ou para aqueles com envolvimento esofágico, contagem de CD4+ abaixo de 50 células/mm³ ou carga viral elevada, somente a terapia tópica não é satisfatória. Então, nestes casos o tratamento será com itraconazol, com o método de bochechar e engolir. Também, pode-se indicar a terapia sistêmica com Fluconazol 100 mg a 400 mg por dia, durante quatorze dias, ou Cetoconazol 200 mg por dia. Isto, levando em conta que o Cetoconazol é tão efetivo quanto o Fluconazol, sendo que este primeiro não é recomendado para pacientes idosos, devido a sua hepatotoxicidade. Também, em infecções sistêmicas mais graves, a Anfotericina B por via endovenosa pode ser necessária, entretanto este tratamento deve ser realizado por um médico em ambiente hospitalar, devido a sua toxicidade^{5,20}.

O Cetoconazol é um medicamento indicado para pacientes com AIDS, em uma dose diária de 400mg/dia, porém podem ocorrer efeitos colaterais, como: náuseas, pruridos, erupções cutâneas e hepatotoxicidade²².

Também, deve-se levar em consideração que a candidose pode ser um alerta para o diagnóstico de AIDS. Diante disso, o cirurgião dentista deve perceber coisas simples, mas que são de grande valia, como a diminuição da infecção após a adesão ao tratamento com anti-fúngicos. Ou seja, quando uma candidose demora para curar mesmo com o uso de anti-fúngicos, e quando apresentam alto índice de recidivas, deve-se levar em conta que o paciente pode estar apresentando um caso de imunossupressão, forte característica dos pacientes portadores do vírus HIV⁷.

4 DISCUSSÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida é causada por um retrovírus (HIV) que afeta a imunidade celular com a depressão de células T (CD4+). Desta forma, o paciente fica mais susceptível a adquirir doenças oportunistas, como a candidose e a herpes simples²⁸. Sendo assim, o papel do cirurgião dentista na detecção precoce da AIDS, é de suma importância, pois cabe a este, observar e diagnosticar as possíveis manifestações bucais mais precoces em pacientes HIV⁷.

Entretanto, muitos dos cirurgiões dentistas, têm medo e até agem de forma preconceituosa, com os pacientes portadores de HIV. Isto, pois como este vírus também pode ser transmitido por meio de acidentes que envolvam os materiais perfuro-cortantes contaminados por este vírus²⁹. Contudo, se os protocolos de biossegurança, desinfecção e esterilização de materiais forem seguidos corretamente, o risco de contágio de AIDS torna-se mínimo^{30,31}.

Com o advento da adesão do tratamento com anti-retrovirais, o tempo de sobrevivência e a qualidade de vida dos pacientes com AIDS aumentou muito³². Em 1981, quando a síndrome da imunodeficiência adquirida foi descrita pela primeira vez, esta doença atingia apenas grupos restritos, como homossexuais e hemofílicos², entretanto atualmente, ela atinge heterossexuais, mulheres³, e até mesmo idosos⁴. Então, qualquer pessoa que aparece no consultório odontológico pode ser portador do vírus HIV, tornando imprescindível, a correta biossegurança, e cuidados, a fim de evitar acidentes que possam envolver materiais contaminados^{30,31}.

O cirurgião dentista, deve sempre estar atendo as alterações na cavidade bucal, pois na maioria das vezes, as primeiras manifestações da AIDS ocorrem na boca, sendo que grande parte destas doenças são oportunistas e a presença desta, demonstra que o indivíduo pode estar imunossuprimido²⁸.

A observação do tempo de duração e as recidivas de lesões como herpes simples e a candidose também são importantes. Isto, pois em pacientes imunocompetentes, as lesões causadas pelo herpes simples, costumam durar, em casos mais severos de 7 a 10 dias, enquanto em paciente com HIV, costumam durar aproximadamente 1 mês ou mais^{18,19}.

Também em pacientes imunocompetentes, a candidose é menos severa, se comparada aos pacientes com AIDS, pois se não tratada corretamente, pode evoluir para uma candidemia, e atingir todo o sistema digestório^{25,33}.

Diante das informações obtidas o cirurgião dentista tem papel importante no diagnóstico precoce da AIDS, é muito importante, pois na maioria das vezes as primeiras manifestações da AIDS, acontecem na cavidade bucal, através de lesões oportunistas, como a candidose e o herpes simples. Logo, o cirurgião dentista, deve estar atento a todo e qualquer tipo de doenças oportunistas que acometem a cavidade bucal, levando em consideração a sua severidade e tempo de duração. Isto, pois quanto maior o nível de severidade, duração e recidiva destas manifestações, maior será o caso de imunossupressão, que é uma forte característica da AIDS⁷.

Então, quando o dentista se deparar com um caso de HIV, não deve agir de maneira preconceituosa, mas deve estar atuando junto a uma equipe multidisciplinar, a fim de proporcionar ao paciente o melhor tratamento possível, proporcionando para este, uma melhor qualidade de vida^{8,29}.

Os pacientes com AIDS, estão mais susceptíveis a adquirir doenças oportunistas, como o herpes simples e a candidose.

Sendo assim, o cirurgião dentista, tem um papel muito importante na detecção precoce da AIDS, pois geralmente, as primeiras manifestações bucais desta doença, ocorrem na cavidade bucal, como doenças oportunistas.

Contudo, o cirurgião dentista, deve observar a duração, a severidade e recidivas das doenças oportunistas na cavidade oral, pois quando estas apresentam uma maior duração, severidade e recidivas, se comparada aos pacientes imunocompetentes, é um sinal de que este indivíduo está imunossuprimido, um forte indicativo da AIDS.

Então, é de fundamental importância que o cirurgião dentista proporcione o melhor tratamento possível para as manifestações bucais do paciente com HIV, a fim de melhorar a qualidade de vida deste mesmo.

5 CONCLUSÃO

De acordo com os dados obtidos através deste trabalho, é possível concluir que por aAIDS ser uma síndrome cuja principal característica é o declínio dos linfócitos CD4+, o paciente apresentará um caso de imunodepressão, estando este mais susceptível a doenças oportunistas. Logo, como o herpes simples e a candidose são doenças oportunistas, estas são comuns em indivíduos com AIDS. Em imunodeprimidos estas se apresentam com mais severidade e maior índice de recidivas, quando comparado a pacientes imunocompetentes.

Sendo assim, geralmente o tratamento tópico para o herpes simples e a candidose em pacientes com HIV é ineficiente, fazendo-se necessário o tratamento sistêmico ou até mesmo em casos mais severos de candidose, o intravenoso.

Desta forma, cabe ao cirurgião dentista analisar caso por caso destas doenças, em pacientes com AIDS, juntamente com uma equipe multidisciplinar, a fim de proporcionar o melhor tratamento para o paciente, melhorando a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 Silva RAR, Duarte FHS, Nelson ARC, Holanda JRR. A epidemia da aids no brasil: análise do perfil atual. Rev enferm UFPE on line. 2013;7(10):6039-8.
- 2 Oliveira DC, Formozo GA, Gomes AMT, Acioli S, Marques SC, Costa TL, Heringer A. A produção de conhecimento sobre HIV/AIDS no campo da teoria de representações sociais em 25 anos da epidemia. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Set-Dez;9(3): 821-834. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a21.htm>
- 3 Lima LMC, Moreira ACC. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. Revista Mal-estar e Subjetividade. 2008 março;8(1):103-118.
- 4 Silva HR, Marreiros MOC, Figueiredo TS, Figueiredo MLF. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com AIDS em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2011 dezembro;20(4):499-507.
- 5 Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral & Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 6 Corrêa EMC, Andrade ED. Tratamento Odontológico em Pacientes HIV/AIDS. Revista Odonto Ciência. 2005 julho-setembro;20(49):281-289.
- 7 Souza LB, Pinto LP, Medeiros AMC, Araújo JR. RF, Mesquita OJX. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. Pesq Odonto Bras. 2000 janeiro-março;14(1):79-85.
- 8 Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA, Gir L, Pelá NTR. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. Rev Latino-Americana de Enfermagem. 2004 novembro-dezembro;12(6):940-5.
- 9 Silva CAL. Saúde Bucal e infecção pelo HIV-Aids [Tese de Doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2008.
- 10 Cordeiro LP, Silva NSR, Barbosa SP. conhecimento e comportamento sobre DST/AIDS entre acadêmicos do curso de enfermagem do centro universitário do leste de Minas Gerais. Revista Enfermagem Integrada. 2009;2(1):126-138.
- 11 Souza S. Os discursos de adesão ao tratamento de Aids: uma reflexão ética. Revista Bioethikos. 2011;5(1):98-106.

- 12 Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2000 março-abril;34(2): 207-217.
- 13 Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(1):147-157.
- 14 Costa MCO, Santos BC, Souza KEP, Cruz NLA, Santana MC, Nascimento OC. HIV/AIDS e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/AIDS na rede pública de saúde/sus, Bahia, Brasil. *Revista Bahiana de Saúde pública*. 2011;35(1): 179-195.
- 15 Gasparin AB, Ferreira FV, Danesi CC, Mendoza-Sassi RA, Silveira J, Martinez AMB, Zhang L, César JA. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2009 junho;25(6):1307-1315.
- 16 Consolaro A, Consolaro MFMO. Diagnóstico e tratamento do herpes simples recorrente peribucal e intrabucal na prática ortodôntica. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2009 maio-junho;14(3):16-24.
- 17 Azambuja TWF, Bercini F, Furlanetto TW. Herpes simples: revisão de literatura. *Rev Fac Odontol*. 2004 dezembro; 45(2):43-46.
- 18 FONSECA BAL. Clínica e tratamento das infecções pelos vírus herpes simplex tipo 1 e 2. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2009 abril-junho; 32: 147-15.
- 19 Tagliari NAB, Kelmann RG, Diefenthaler H. Aspectos terapêuticos das infecções causadas pelo vírus herpes simplex tipo 1. *Perspectiva*. 2012 Março;36(133):191-201.
- 20 Manguiera DFB, Manguiera LFB, Diniz MFFM. Candidose Oral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2010;14(2): 69-72.
- 21 Costa KRC, Candido RC. Diagnóstico laboratorial da candidíase oral. *NewsLab*. 2007;83:138-145.
- 22 Martins Neto M, Danesi CC, Unfer DT. Candidíase bucal revisão da literatura. *Saúde*. 2005;31(1 e 2):16-26.
- 23 Barbedo LS, Sgarbi DBG. Candidíase. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2010; 22(1): 22-38.
- 24 Cavassani VGS, Sobrinho JÁ, Homem MGN, Rapoport A. Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002 setembro-outubro;68(5):630-634.
- 25 Vieira TTP, Sousa JP, Soares MSM, Lima EO, Paulo MQ, Carvalho MFFP. Candidose bucal em paciente HIV positivo: Relato de caso. *Odontol Clín.-Cient*. 2012 abril-junho;11(2): 169-171.

26 Neves MIR, Nascimento MDSB. Aspectos clínicos e microbiológicos da candidose oral em pacientes com Aids. Revisata do Hospital Escola/UFMA. 2001 maio-go; 2:2025.

27 Stramandinoli RT, Souza PHC, Westphalen FH, Bisinelli JC, Ignácio SA, Yurgel LS. Prevalência de candidose bucal em pacientes hospitalizados e avaliação dos fatores de risco. Rev Sul-Bras Odontol. 2010 Mar;7(1):66-72.

28 Volkweis MR, Rocha RS, Leonardo LLN, Wagner CB. Lesões bucais manifestadas em pacientes aidéticos e tuberculosos, relacionadas com a contagem celular cd4+/ cd8+. Pós-Grad Rev Fac Oodntol São José dos Campos. 2011 set-dez;4(3):74-82.

29 Discacciati JAC, Vilaça EL. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. Rev PanamSaludPublica. 2001;9(4):234-239.

30 Australian DeantalAssossation. ADA Guidelines forInfection Control. Australian: Australian Dental Association Inc.; 2012.

31 Centers for Disease Control and Prevention. Recommended infection-control practices for dentistry. MMWR. 1993;42(No. RR-8).

32 Wood E, Montaner JSG, Tyndall MW, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, Hogg RS. Prevalence of Untreated HIV Infection. The Journal of Infectious Diseases 2003;188.

33 Ministério da Saúde. Controle de infecções e a prática odontológica em pacientes com AIDS: Manual de condutas. Brasília : Ministério da Saúde, 2000.