

MANIFESTAÇÕES ORAIS QUE O PACIENTE COM HIV/AIDS PODE APRESENTAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

ORAL MANIFESTATION THAT THE PATIENT WITH HIV/AIDS MAY PRESENT: A LITERATURE REVIEW

Evaldo Vagner Albarelo²
Fernanda Marcello Scotti³

RESUMO: O objetivo do presente trabalho é apresentar na forma de uma revisão bibliográfica as manifestações orais do paciente com HIV/AIDS e qual o correto manejo odontológico com o portador do vírus. As lesões orais ocorrem com frequência em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), podendo assim ser a primeira representação da doença, o que torna importante e indispensável o diagnóstico inicial feito por um cirurgião-dentista. A infecção pelo vírus HIV pode resultar no desenvolvimento da AIDS/SIDA que é caracterizada pela falha do sistema imunológico do paciente, tornando-o mais susceptível a doenças oportunistas. As lesões bucais no paciente infectado são achadas prevalentes, e por diversas vezes determinantes no diagnóstico, controle e falha na medição da doença. Isso acontece porque o vírus liga-se a um componente (CD₄) da membrana celular de linfócitos T (CD₄), afetando diretamente o sistema imunológico, ele utiliza a célula para se replicar, alterando assim seu código genético, tornando o indivíduo vulnerável a qualquer tipo de ataque a seu organismo, incluindo a cavidade bucal, local que possui flora bastante diversificada e grande número de vírus, bactérias e fungos que vivem em harmonia quando há homeostase. Os pacientes soropositivos podem desenvolver várias lesões bucais e peribucais, que não são únicas para portadores do vírus, mas que ocorrem com mais frequência quando associadas a imunossupressão. As infecções fúngicas mais prevalentes são Candidíase e Queilite Angular, as infecções bacterianas Doença Periodontal e Gengivite Úlcero-Necrosante, infecções virais Herpes Simples e Leucoplasia Pilosa Oral e as lesões neoplásicas Sarcoma de Kaposi.

Palavras-chave: AIDS. HIV. Manifestações bucais.

¹ Trabalho apresentado à disciplina de TCC 2, do Curso de Odontologia do Centro Universitário Avantis - Uniavan, 2021/01.

² Acadêmico do curso de Odontologia. E-mail: vagneralbarelo@yahoo.com.br

³ Mestra/Doutoranda em Área de concentração Diagnóstico Bucal - UFSC E-mail: fernanda.scotti@uniavan.edu.br

ABSTRACT: Oral lesions often occur in patients infected with the immunodeficiency virus (HIV), thus being able to be the first representation of the disease, which makes it important to the initial diagnosis made by a dental surgeon is indispensable. HIV infection can result in the development of AIDS, which is characterized by the failure of the system, making it easier to be affected by other opportunistic diseases of the more varied etiological agents, such as fungi, viruses and/or bacteria. The first manifestations were recorded approximately in the early 1980s, the oral lesions in the infected patient with this virus are normal findings, and several times determinant in the diagnosis, control and failure to measure the disease. This happens because the virus connects to a T lymphocyte cell membrane component (CD4), directly affecting the system of the body's immune system, once the virus binds to this compound, it uses the cell to replicate, thus altering its genetic code that had never been the same again, making the individual vulnerable to any type of attack on his body, including the oral cavity, site that has a very diversified flora and a large number of viruses, bacteria and fungi that live in harmony governed by the immune system. Seropositive patients can develop various oral and peribuccal lesions, which are not unique to virus carriers, but which occur most frequently when associated with immunosuppression. Fungal infections most prevalent are Candidiasis and Angular Cheilitis, bacterial infections Disease Periodontal and Ulcerative Gingivitis, Viral infections Herpes Simplex and Leukoplakia Pilosa Oral and neoplastic lesions Sarcoma de Kaposi.

Keywords: AIDS. HIV. Oral Manifestation.

INTRODUÇÃO

A AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença da qual sua manifestação se dá depois de uma infecção do organismo pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido como HIV (Human Immunodeficiency Virus). Trata-se de uma doença crônica caracterizada pelo enfraquecimento imunológico em virtude do declínio dos níveis de Linfócitos T (NEVILLE et al., 2016).

Suas primeiras manifestações apareceram em meados de 1980 e, a partir disso, o meio científico vem crescendo e evoluindo em relação aos mecanismos da doença e tratamento (NEVILLE et al., 2016).

A transmissão do HIV se dá por relações sexuais, tanto anal, vaginal ou oral, por agulhas contaminadas, e também da mãe para o filho na hora do parto ou até na amamentação. A doença pode ficar meses ou até mesmo anos no organismo do indivíduo de forma assintomática (COTRAN et al. 2000).

À medida que o vírus se instala no organismo, inicia um ataque ao sistema imunológico, havendo assim uma diminuição progressiva na imunidade, consequentemente, possibilitando o surgimento dos primeiros sinais e sintomas da doença (COTRAN et al. 2000).

Os primeiros sintomas são sudorese noturna, fadiga, emagrecimento, diarreia, sinusopatias, candidíase oral e/ou vaginal, leucoplasia pilosa oral, doenças periodontais, úlceras aftosas, herpes simples recorrente, herpes zoster, trombocitopenia, neoplasias (FELIPE et al., 2016; CORREA & ANDRADE, 2005; NEVILLE et al., 2016; BASTOS, 2012; NICOLIELO et al., 2013).

Lesões orais são comuns em pacientes HIV+. Estima-se que mais de 90% dos pacientes portadores da SIDA/AIDS apresentam uma ou mais manifestações orais durante o curso da doença, podendo indicar alteração no estado de saúde geral do paciente. Em alguns casos, as lesões orais podem ser os primeiros sinais da infecção, o que pode contribuir para o diagnóstico do HIV+ (NICOLIELO, et al 2013).

Desde o início da epidemia do HIV, a boca tem tido um importante papel na monitoração da progressão da doença, através do aparecimento de lesões específicas como candidíase oral (CO) e leucoplasia pilosa (LP), as quais possuem correlação com a baixa contagem de linfócitos TCD₄⁺ e alta carga viral no plasma sanguíneo (NICOLIELO, et al 2013).

A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de manifestações orais de pacientes HIV+ e os protocolos de atendimento destes pacientes são muito discutidos na literatura, mas a repercussão destas informações ainda é deficiente na formação da equipe multidisciplinar da saúde (NICOLIELO, et al 2013).

Assim, o objetivo do presente trabalho é apresentar na forma de uma revisão bibliográfica as manifestações orais do paciente com HIV/AIDS e qual o correto manejo odontológico com o portador do vírus.

1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho baseou-se em uma revisão bibliográfica através das plataformas digitais Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Google Acadêmico.

Utilizou-se como palavras-chave AIDS, HIV e Manifestações bucais. Selecionou-se artigos publicados na língua portuguesa e atualizados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Etiologia

O principal atributo patológico do vírus da imunodeficiência humana é a diminuição progressiva da imunidade celular e a aparição de lesões neoplásicas (Sarcoma de Kaposi SK, Linfoma Não-Hodgkin) e infecções, que podem ser bacterianas (Doença Periodontal DP), fúngicas (Candidíase, Queilite Angular) e virais (Herpes e Leucoplasia Pílosa) (PAULIQUE et al., 2017).

O envolvimento de algumas lesões bucais com o HIV está além da higiene oral insuficiente. Envolve também a relação com a contagem de T CD₄ abaixo de 200 células/mm³ e a carga viral alta, assim como a progressão da doença no organismo (REZNIK, 2008).

Segundo Carranza (2012), a AIDS é uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus HIV onde leva à perda progressiva da imunidade. A doença é caracterizada por um grupo de sinais e sintomas sucedidos da queda da taxa dos linfócitos CD₄. Os linfócitos T auxiliares (células T₄) são atingidos mais profundamente, monócitos, macrófagos, células de Langerhans alguns neurônios e células cerebrais gliais também podem ser envolvidos (CARRANZA, 2012). A replicação viral ocorre ininterruptamente nos tecidos linforreticulares de linfonodos,

baço, células linfoides associadas ao intestino e macrófagos. Quanto mais a doença progride, mais afeta o sistema imunológico e, conseqüentemente, a capacidade do hospedeiro em defender-se de infecções (CORRÊA et al, 2005).

O vírus HIV não tem capacidade de se reproduzir sozinho, por isso, age como um

parasita, invadindo as células do hospedeiro. Ele infecta toda e qualquer célula do organismo que expresse em sua superfície o receptor CD4, porém, com uma maior afinidade pelos linfócitos T, do sistema imunológico. Desse modo, conforme o vírus HIV se replica, causa depleção das células T, diminuindo a resistência orgânica contra infecções (CORRÊA et al., 2005).

No ano de 1993 uma classificação fora publicada com objetivo de catalogar as lesões bucais associadas ao HIV/AIDS que pudessem padronizar o diagnostico clinico, estas foram dividias em três grupos:

1 - Lesões fortemente associadas ao HIV:	Candidíase (pseudomembranosa, eritematosa, hiperplásica e queilite angular), leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi, Linfona não-Hodgkin e doenças periodontais.
2 - Lesões associadas ao HIV, infecções por microbactérias:	Doenças de glândula salivar, ulcerações inespecíficas, herpes e HPV.
3 - Lesões vistas em pacientes com HIV/AIDS:	Infecções por bactérias, reação alérgica medicamentosa, infecções por fungos não relacionados a Cândida Albicans, distúrbios neurais, aftas recorrentes e infecções por vírus como citomegalovírus e moluscos contagioso.

Fonte:(WATANUKI, 2010; CORREA & ANDRADE, 2005; NOCE, 2006; REZENDE & OLIVEIRA, 2014; MOTTA et al., 2014; HIRATA, 2015).

Para ser categorizada como lesão associada ao vírus HIV, a mesma deve ter aparência característica e ter um diferente curso clínico comparada a lesões em paciente que não são soropositivos (TRENTINI et al., 2007).

A candidíase é um fungo que vive em equilíbrio com o hospedeiro, porém quando

acontece alguma alteração nesse equilíbrio a *Candida albicans* prolifera-se e produz sintomas de acordo com o local onde é encontrada. Alguns de seus sintomas são: dor, úlceras, sensação

de queimação, disfagia (dificuldade de deglutir), odinofagia (dor ao deglutir). Os sinais clínicos mais comuns e presença de uma placa esbranquiçada ou amarelada, na gengiva, palato e/ou língua (BASTOS, 2012; HARTMANN et al., 2016; NICOLIELO et al., 2013;).

Já a leucoplasia pilosa é uma infecção oportunista que se apresenta por uma lesão branca, que não é removível à raspagem, são localizadas nas laterais da língua, principalmente, podendo ser unilateralmente ou bilateralmente, seus limites são imprecisos e pode afetar outras regiões da boca como o palato mole, mucosa jugal, ventre e dorso da língua, assoalho da boca e orofaringe, esta lesão é bem característica de pacientes aidéticos. É um comum indício do avanço da doença, acontece geralmente na fase assintomática (BASTOS, 2012; CORREA & ANDRADE, 2005; IZÍDIO, 2014; MILAGRES et al., 2004; NICOLIELO et al., 2013; SOUZA et al., 2000; WATANUKI, 2010;).

Dentre seus sintomas está a presença de gosto metálico na boca e sensação de queimação na língua, associada a presença da candidíase. Seu diagnóstico só é conclusivo depois da realização de exames clínicos, biopsia ou citologia esfoliativa (HIRATA, 2015; IZÍDIO, 2014; NICOLIELO et al., 2013;).

Entre as lesões ulceradas se destaca a estomatite aftosa recorrente, é uma lesão que se caracteriza pelo surgimento de úlceras dolorosas, conhecidas como aftas, que tem seu tamanho variável. É comum encontrá-la na mucosa jugal, assoalho de boca, superfície superior da língua e orofaringe. Tem 3 formas de apresentação: afta menor, afta maior e afta hepertiforme (CORREA & ANDRADE, 2005; FELIPE et al., 2016; MIZIARA, et al., 2005; MOTTA et al., 2014; NICOLIELO et al., 2013;).

A herpes se encontra entre as doenças ulceradas. Está dentre as doenças mais comuns na atualidade. É usada como indicativo para soro positividade em pacientes devido a sua prevalência por mais de 4 semanas, estando ativa e se manifesta de forma diferente nesses pacientes. Em pacientes imunocomprometidos a herpes pode provocar sérias

complicações e setornar altamente contagiosa mesmo após retrocesso da lesão. Acometem as regiões de palato duro, gengiva, língua, mucosa jugal, palato mole e lábios (BASTOS, 2012; CORREA & ANDRADE, 2005; FELIPE et al., 2016; HIRATA, 2015; MOTTA et al., 2014; NICOLIELO et al., 2013; NOCE, 2006; REZENDE & OLIVEIRA, 2014).

As lesões ulceradas do herpes podem ser divididas em 3 fases: a primeira fase chamada também de período prodrômico, acontece antes do surgimento das primeiras lesões, é a fase mais dolorosa, apresenta prurido, levemente edemaciado e eritematoso. Na segunda fase da doença, chamada de clínico ativo, é nesta fase que se formam vesículas e bolhas, muito

dolorosas, contendo líquido citrino, sua duração é de aproximadamente 4 dias. E, o terceiro momento, e a reparação, há a diminuição das feridas tornando o local seco e coberto por crostas amareladas que duram por até 4 dias (BASTOS, 2012; NEVILLE et al., 2001; NEVILLE et al., 2016; NICOLIELO et al., 2013; REZENDE & OLIVEIRA, 2014).

De grosso modo, as manifestações causadas pela doença periodontal podem ser divididas em: gengivite (gengivite ulcerativa necrosante e eritema gengival linear), periodontite (periodontite ulcerativa necrosante – PUN) e estomatite ulcerativa necrosante. As respostas do organismo frente à agressão de algumas bactérias determinam o estado de saúde e doença dos tecidos periodontais: No caso dos pacientes com AIDS, o sistema imunológico se encontra debilitado e fica vulnerável a este tipo de doença, que acarreta na perda de inserção clínica e exclusão dos elementos dentais. Juntamente a outras doenças que sinalizam a debilidade do organismo e forte indício de HIV+, estão as doenças periodontais (BARROS et al., 2017; BASTOS, 2012; CORREA & ANDRADE, 2005; FELIPE et al., 2016; HIRATA, 2015; IZÍDIO, 2014; MOTTA et al., 2014; NICOLIELO et al., 2013; REZENDE & OLIVEIRA, 2014; SOUZA et al., 2000; TRENTIN et al., 2007; WATANUKI, 2010).

A gengivite ulcerativa necrosante é uma lesão extremamente dolorosa, com mau odor, pseudomembrana e zonas de necrose tecidual, eritema, edema e sangramento, com rápida evolução que compromete as papilas gengivais, gengiva marginal livre e inserida, e

também as mucosas vestibular e jugal, não havendo perda de inserção periodontal (BARROS et al., 2017; BASTOS, 2012; CORREA & ANDRADE, 2005; FELIPE et al., 2016; HIRATA, 2015; IZÍDIO, 2014; NEVILLE et al., 2016; NICOLIELO et al., 2013).

A periodontite ulcerativa necrosante, é altamente preditiva do diagnóstico de AIDS, se caracteriza por ulcerações de tecido mole provocando dor intensa na maxila e/ou mandíbula, acompanhada de eritema, hemorragia espontânea e necrose dos tecidos gengivais, exposição e destruição do tecido ósseo subjacente. Afeta seriamente a ingestão de alimentos do paciente, aumentando a perda de peso e comprometendo ainda mais o sistema imunológico afetado, apresenta rápida progressão (BARROS et al., 2017; BASTOS, 2012; CORREA & ANDRADE, 2005; FELIPE et al., 2016; HIRATA, 2015; NEVILLE et al., 2016; NICOLIELO et al., 2013).

O eritema gengival linear, é caracterizado por uma faixa linear eritematosa que sangra com facilidade. A mucosa alveolar e a mucosa gengival podem apresentar eritema difuso ou puntiforme. O eritema se difere de uma gengivite comum por não responder ao tratamento de controle da placa bacteriana, suas lesões podem ser locais ou generalizadas (CORREA & ANDRADE, 2005; BARROS et al., 2017).

estomatite ulcerativa necromante ocorre quando há necrose do tecido gengival que vai até a crista alveolar formando uma área maciça de destruição tecidual, pode abranger tecidos moles e tocar no tecido ósseo adjacente, pode arremeter a mucosa alveolar separada da gengiva que não cobre o osso (NEVILLE et al., 2016; NICOLIELO et al., 2013).

O Sarcoma de Kaposi (SK) se origina em células endoteliais vasculares como neoplasia multifocal progressiva. Em seguida a epidemia da AIDS puderam observar a manifestação do Sarcoma de Kaposi em inúmeros pacientes e ligado a ele o aparecimento do herpes vírus tipo 8, chamado Sarcoma de Kaposi Herpes Vírus (KSHV) ou Herpes Vírus Humano 8 (HHV-8), pois há existência do vírus no interior das lesões de SK, acreditando assim que o vírus seria o principal agente causador da neoplasia (BASTOS, 2012; FELIPE et al., 2016; IZÍDIO, 2014; NEVILLE et al., 2016; NICOLIELO et al., 2013; NOCE, 2006; REZENDE & OLIVEIRA, 2014; SOUZA et al., 2000; WATANUKI, 2010).

Constantemente as lesões na cavidade oral originados pelo SK compõe as maiores

taxas de óbito dos pacientes por suas dores intensas, hemorragias e interferências funcionais, já que o indivíduo com AIDS no seu estágio mais avançado de SK não consegue realizar sua alimentação de forma adequada e como resultado disto os níveis de linfócitos T diminuem, permitindo a infecção de outras doenças oportunistas, dessa forma agravando o estado do paciente (NEVILLE et al., 2016; NOCE, 2006).

Clinicamente o SK é determinado pelo aparecimento de lesões muco cutâneas vermelho-violeta. Na população negra a lesão pode se mostrar mais enegrecida, podendo ser até confundido com hemangioma ou hematoma, seu aparecimento mais comum é na pele, mas pode afetar mucosas e o sistema linfáticos. Apresenta aspecto regional, local e/ou generalizada. Na cavidade oral atinge com frequência a região de palato, língua e gengiva (NICOLIELO et al., 2013; IZÍDIO, 2014; FELIPE et al., 2016; HIRATA, 2015).

1.1 Exposição ao vírus HIV

As principais recomendações em caso de exposição ao vírus HIV, de acordo com o “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco a infecção pelo HIV” do Ministério da Saúde são:

1º Realizar os cuidados imediatos na área exposta: Em casos de exposição percutânea ou cutânea deve-se lavar o local abundantemente com água e sabão. Em casos com exposição da mucosa, lavar a mucosa abundantemente com soro fisiológico (NICOLIELO et al, 2013).

2º Notificação do acidente por meio da ficha de investigação de acidente de trabalho com exposição a material biológico e investigação diagnóstica do paciente-fonte e do profissional exposto: No paciente-fonte deve-se realizar o teste rápido anti-HIV e enviar amostras de sangue para realização de exames de HBsAg e anti-HCV. Para o profissional exposto recomenda-se o envio de amostras de sangue para realização de exames anti-HIV, HBsAg, anti-HBS e anti-HCV (NICOLIELO et al, 2013).

Se o status da pessoa fonte for negativo em relação a infecção pelo HIV, a PEP (Profilaxia Pós-Exposição) não é indicada; se o status for desconhecido ou positivo a PEP é indicada. Os resultados dos exames devem sempre ser comunicados à pessoa testada

(NICOLIELO et al, 2013).

3º Definição da necessidade de realização de quimioprofilaxia para a infecção pelo HIV: A profilaxia deve ser iniciada dentro de 2 horas após a exposição, e no máximo 72 horas, o que garante maior eficácia da intervenção. Por isso, a investigação sobre o paciente-fonte deve ser imediata e realizada através de testes rápidos anti-HIV. Para pessoas que procuram atendimentos após as 72 horas a PEP não é mais indicada (NICOLIELO et al, 2013).

4º Prescrição da quimioprofilaxia para HIV: Independentemente do tipo de exposição e o material biológico envolvido, tem-se um esquema antirretroviral preferencial para a realização da profilaxia pós-exposição ocupacional (NICOLIELO et al, 2013).

5º Encaminhamento do profissional exposto para acompanhamento ambulatorial: O profissional exposto ao paciente-fonte desconhecido ou ao paciente fonte com infecção pelo vírus HIV deve ser encaminhado para acompanhamento clínico-laboratorial, independentemente do uso de quimioprofilaxia. Devendo repetir a testagem para HIV em 30 dias e 90 dias após a exposição. Testes posteriores a esse período são indicados nos casos de pessoas com risco continuado de infecção pelo HIV, mulheres grávidas, pessoas que tiveram exposição de risco ao HIV 30 dias anteriores à testagem, ou 90 dias se utilizado a testagem com FO (fluido oral), e pessoas que apresentem testes com resultados indeterminados (NICOLIELO et al, 2013).

DISCUSSÃO

AIDS e HIV não são sinônimos, isso ainda confunde muitos indivíduos, pois nem todo paciente portador do HIV tem AIDS, a AIDS/SIDA é a doença provocada pelo vírus que vem a ser o HIV. O sexo mais afetado pela doença é o masculino e principalmente os homossexuais. (CORREA & ANDRADE, 2005).

O discernimento sobre HIV/AIDS na odontologia é fundamental. Desde a fase de formação durante o curso de odontologia, e posteriormente como cirurgião-dentista o profissional deve estar capacitado a conhecer as possíveis manifestações orais, bem como o manejo odontológico diante dos pacientes HIV positivos.

Segundo dados do IBGE, infecções por HIV foram reduzidas em 40% desde seu pico em 1998. Em 2019 foram cerca de 1,7 milhão de novas infecções por HIV em comparação com 2,8 milhões em 1998. Desde 2010, as infecções por HIV diminuíram cerca de 23%, de 2,1 milhões para 1,7 milhão em 2010. Entre crianças esse número também vem diminuindo desde 2010, cerca de 52%, de 310.000 em 2010 para 150.000 em 2019. As mortes relacionadas a AIDS diminuíram cerca de 60% desde seu pico em 2004 (IBGE, 2020).

O diagnóstico precoce sobre as lesões associadas ao HIV é de extrema importância para que se tenha um bom prognóstico e tratamento aos pacientes infectados pelo vírus, devido a insuficiência da resposta imunológica. Além disso, o conhecimento das lesões associadas ao HIV permite que o cirurgião dentista tenha um aporte de biossegurança maior haja visto que uma pessoa com imunodeficiência pode ser portadora de outras infecções oportunistas, alvos de infecção cruzada.

A biossegurança vem sido muito discutida nos últimos anos no campo da odontologia, sendo de extrema importância que o cirurgião-dentista, além de estar ciente para prevenir a contaminação, é dever do mesmo identificar os primeiros sinais da doença. Tendo em consideração os artigos e estudos presentes na literatura, constata-se que ainda há uma pequena dúvida de como funciona o mecanismo de ação do vírus e seu correto manuseio.

De acordo com artigos estudados, a principal lesão que se manifesta ao portador de HIV/AIDS é a candidíase, também chamada de candidose oral, tendo como sequencias as lesões: Leucoplasia pilosa, herpes zoster, herpes simples, sarcoma de kaposi, linfomas, gengivite, periodontite, papiloma, cancro oral e eritema gengival linear.

Comprova-se em diversos estudos a dificuldade que portadores do vírus tem para conseguirem atendimento odontológico ao descobrirem que possuem a doença. Inúmeros dentistas ainda hesitam tratar pacientes soropositivos, pois muitos ainda têm um pouco de medo e até preconceito por atender esses indivíduos. (PRABHU, 2014).

Estudos demonstram que cerca de 48,5% dos portadores do vírus terminariam seu tratamento odontológico com o mesmo dentista se soubessem que o profissional fosse também portador do vírus. Já em outro estudo, cerca de 50% dos pacientes relataram que

não continuariam seus tratamentos e nem compareceriam a consultas se soubessem que o cirurgião-

dentista atende a portadores do HIV. (GERBERT, 1989; SAMANARAYAKE & McDONALD, 1990).

A falta de preparo psicológico junto com o medo da infecção por parte do profissional pode ter inúmeras origens, sendo uma delas a própria representação social da AIDS, que afeta negativamente, tanto a população em geral quanto os próprios profissionais da saúde. Através desse estudo bibliográfico, pudemos compreender melhor as manifestações bucais do HIV e entender as mesmas assim como a sua representação clínica.

Na grande maioria dos artigos estudados, verificou-se que as manifestações bucais que aparecem com mais frequentes foram a candidíase, que nos homens acomete 79,7% e mulheres 80,7%, seguida de gengivite e periodontite que nos homens acomete 79,7% e mulheres 73%, leucoplasia pilosa nos homens 6,7% e mulheres 3,8%, herpes labial nos homens 5,4% e mulheres 7,6%, sarcoma de Kaposi nos homens com 6,7% e não relatado nas mulheres. Vimos também, que em torno de 60% dos homens era homossexual ou bissexual, sendo as mulheres estudadas 100% heterossexual (SOUZA et al., 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que devido o comprometimento da imunidade, o paciente com HIV/AIDS apresenta maior vulnerabilidade às infecções oportunistas bucais, geralmente apresentando quadros mais graves das mesmas.

As manifestações orais mais prevalentes em pacientes com HIV/AIDS são a candidíase, seguida da leucoplasia pilosa oral.

Além disso, as lesões orais podem ser o primeiro sinal da manifestação da doença e um indicativo de prognóstico para o paciente; ressaltando a importância do papel do cirurgião-dentista no atendimento desses pacientes.

Para que se evite negligência profissional, é totalmente indispensável o conhecimento sobre esse assunto no meio odontológico, pois ainda há insegurança por

parte de alguns profissionais nos atendimentos de pacientes HIV positivos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. F.; OLIVEIRA, A. E. F.; CARVALHO, H. L. C. C.; ROMA, F. R. V. de O.;

LOPES, F. F.. **Principais manifestações bucais em pacientes pediátricos HIV positivos e o Efeito da terapia antirretroviral altamente ativa.** 2015. 10 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís MA, 2015.

BARROS, A. V. M., et al. **Doenças periodontais em pacientes HIV positivos: uma revisão da literatura.** Braz J Periodontal, v. 27, 2017.

BASTOS, B. L. A. **Manifestações bucais de pacientes com tuberculose e Aids e a biossegurança para o cirurgião-dentista: revisão de literatura.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

CARNEIRO, R. M. A.; LIMA, T. G.. **ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES PORTADORES DE HIV.** 2019. 24 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Centro Universitário São Lucas, Porto Velho RO, 2019.

CARRANZA. et al., **Periodontia Clínica.** v.2, n.II, p. 414-426, 2012.

CORRÊA, E. M. C.; ANDRADE, E. D. **Tratamento Odontológico em Pacientes HIV/AIDS.**

Revista Odonto Ciência, Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 49, jul./set. 2005.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Doenças da imunidade.** In: Robbins SL. **Patologia estrutural e funcional.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. Cap. 7, p.168-232.

FELIPE, L. C. S., et al. **Pacientes com HIV/AIDS na odontologia e suas manifestações bucais.** Journal Of Orofacial Investigation, v.3, 2016.

GERBERT, B.; SUMSER, J.; CHAMBERLIN, K.; MAGUIRE, B. T.; GREENBLATT, R. M.;

McMASTER, JR. **Dental care experience of HIV-positive patients.** J Am Dent Assoc 1989;119(5):601-3.

HARTMANN, A., et al. **Incidência de Candida spp. na mucosa oral de pacientes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no município de Santo Ângelo-RS.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 6, p. 125-130, 2016.

HIRATA, C. H. **Oral manifestations in AIDS.** Braz J Otorhinolaryngol. v. 81, p. 120- 130, 2015.

IZÍDIO, J. W. N.. **PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES PORTADORES DA AIDS.** 2014. 14 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal RN, 2014.

519

MILAGRES, A., et al. **Leucoplasia pilosa oral em paciente HIV positivo: revisão da literatura e relato de caso.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 16, p. 58-62, 2004.

MIZIARA, I. D.; ARAUJO FILHO, B. C.; WEBER, R. **Aids e estomatite aftóide recidivante.**

Revista Brasileira De Otorrinolaringologia, v. 71, 2005.

MOTTA, W. K. S., et al. **Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/AIDS.** Revista De Odontologia da UNESP, v. 43, p. 61-67, 2014.

NEVILLE, B. W., et al. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NICOLIELO, L. F. P.; TINÔCO-ARAÚJO, J. E.; CHINELLATO, L. E. M.;

SANTOS, P.

S.S.. **Manifestações Oraís em Pacientes Portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids): Uma Revisão Atualizada.** 2013. 8 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, São Paulo, 2013.

NOCE, C. W. **O efeito da terapia anti-retroviral na prevalência das manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV/AIDS.** Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2006.

PAULIQUE, N. C.; CRUZ, M. C. C.; SIMONATO, L. E.; MORETI, L. C. T.; FERNANDES, K. G. C.. **Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS.** 2017. 5 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade Brasil, Fernandópolis, 2017.

PRABHU, A. et al. **HIV/AIDS Knowledge and its Implications on Dentists.** *Journal of Natural Science, Biology and Medicine.* v.5, n.2, p.303-307, 2014.

REZENDE, C. S. P. & OLIVEIRA, T. **Manifestações bucais em pacientes com aids: candidose e herpes simples.** Pindamonhangaba: Faculdade de Pindamonhangaba, 2014.

REZNIK, D. A. **Oral manifestations of HIV disease. Perspective oral manifestations.** 13, p. 143-148, 2008.

SAMARANAYAKE, L. P.; McDONALD, K. C. **Patient perception of cross-infection prevention in dentistry.** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;69(4):457-60

SILVA, B. B.; COSTA, L. M. R.. **MANIFESTAÇÕES ORAIS EM PACIENTES HIV POSITIVOS.** 2019. 21 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Centro Universitário São Lucas, Porto Velho Ro, 2019.

SOUZA, L. B. *et al.* **Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira:** oral manifestations in hiv - infected patients in a brazilian population. 2000. 14 v. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RioGrande do Norte, 2000.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pob/a/nBhL6HX9Mqds9CGwhPMBCSS/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 13 jun. 2021.

TRENTINI, M. S., et al. **Doença periodontal e fatores de risco em pacientes HIV positivos.** RFO, v. 12, p. 49-55, 2007.

WATANUKI, F. **Manifestações orais associadas ao HIV após 30 anos de epidemia no Brasil.** São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.