

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ADRIANE PINHEIRO DE OLIVEIRA  
MARINA ARAUJO ALVES NUNES  
VITÓRIA MONTENEGRO SILVA DE SOUZA  
RHAYANY DE CASTRO LINDENBLATT**

**LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO PACIENTE HIV POSITIVO:  
REVISÃO DE LITERATURA**

Rio de Janeiro

2021.1

**LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO PACINETE HIV POSITIVO: REVISÃO DE  
LITERATURA**

**ORAL INJURIES ASSOCIATED WITH THE HIV POSITIVE PATIENT: LITERATURE  
REVIEW**

**Nome (s) do (s) autor (es)**

Adriane Pinheiro de Oliveira, Graduanda do Curso de odontologia do Centro Universitário São José.

Marina Araujo Alves Nunes, Graduanda do Curso de odontologia do Centro Universitário São José.

Vitória Montenegro Silva de Souza, Graduanda do Curso de odontologia do Centro Universitário São José.

**Orientador**

Prof. Dr. em Patologia Bucal, Rhayany de Castro Lindenblatt Ribeiro.

**RESUMO**

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o agente causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids), que pode ser inicialmente assintomática ou apresentar uma resposta aguda. As lesões bucais ocorrem com frequência em pacientes infectados pelo vírus HIV, podendo ser a representação dos primeiros sinais da doença. O objetivo é apresentar uma síntese das informações mais relevantes sobre as principais manifestações bucais em pacientes soropositivos para HIV/AIDS, através de revisão da literatura em livros. Os pacientes soropositivos podem desenvolver várias lesões bucais e peribucais e as mais prevalentes são Infecções Fúngicas (Candidíase e Queilite Angular), Infecções Bacterianas (Doença Periodontal e Gengivite Úlcero-Necrosante), Infecções Virais (Herpes Simples e Leucoplasia Pilosa Oral) e Lesões Neoplásicas (Sarcoma de Kaposi). O número de pacientes HIV/AIDS é elevado, e mesmo com os tratamentos atuais, a suscetibilidade à lesões bucais ainda é alta, sendo a candidíase pseudomembranosa a infecção mais comum. Os dados apresentados nesse trabalho mostram a importância do conhecimento das lesões mais comumente encontradas no paciente HIV positivo e do exame clínico bucal minucioso para o diagnóstico precoce. Uma vez que a identificação das manifestações orais, pode sugerir possível infecção pelo HIV em um indivíduo que desconhece a sua condição sorológica. Além da descoberta dessas manifestações em um paciente sabidamente infectado pelo HIV pode sinalizar a progressão da infecção pelo HIV e a necessidade de início ou ajuste na terapia antirretroviral. Portanto, o cirurgião dentista desempenha papel imprescindível no diagnóstico precoce destas lesões, tanto para poder planejar um

tratamento bucal adequado, quanto para ofertar uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

**Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Manifestações bucais e Infecção por HIV.**

## **ABSTRACT**

Human immunodeficiency virus (HIV) infection is the causative agent of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), which may initially be asymptomatic or present an acute response. Oral injuries frequently occur in patients infected with the HIV virus and may represent the first signs of the disease. The objective is to present a synthesis of the most relevant information about the main oral manifestations in HIV/AIDS seropositive patients, through a literature review in books. HIV-positive patients can develop several oral and perioral lesions and the most prevalent are Fungal Infections (Candidiasis and Angular Cheilitis), Bacterial Infections (Periodontal Disease and Necrotizing Ulcerative Gingivitis), Viral Infections (Herpes Simplex and Oral Hairy Leukoplakia) and Neoplastic Lesions (Kaposi's sarcoma). The number of HIV/AIDS patients is high, and even with current treatments, the susceptibility to oral lesions is still high, with pseudomembranous candidiasis being the most common infection. The data presented in this study show the importance of knowing the lesions most commonly found in HIV-positive patients, of a thorough oral clinical examination for an early diagnosis. Once the identification of oral manifestations, it may suggest possible HIV infection in an individual who is unaware of their serological condition. In addition, the discovery of these manifestations in a patient known to be infected with HIV can signal the progression of HIV infection and the need to start or adjust antiretroviral therapy. Therefore, the dentist plays an essential role in the early diagnosis of these lesions, both to be able to plan an adequate oral treatment and to offer a better quality of life for patients.

**Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Oral manifestations and HIV infection.**

## **INTRODUÇÃO:**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A infecção pelo HIV pode ser inicialmente assintomática ou pode ser observada uma resposta aguda. Os sintomas produzem alguma semelhança com aqueles observados na mononucleose infecciosa (p. ex., linfadenopatia generalizada, dor de garganta, febre, erupção maculopapular, cefaleia, mialgia, artralgia, diarreia, fotofobia, neuropatias periféricas). (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

Comumente transmitido durante a relação sexual sem uso de preservativo e pela troca de fluidos corporais, sangue, saliva, sêmen, lágrima, urina, leite materno, secreções do ouvido e da vagina. O contágio também pode acontecer durante a gravidez, no parto, em transfusões sanguíneas, transplantes de órgãos, pela amamentação e por compartilhamento de agulhas contaminadas. (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

As manifestações clínicas do paciente soropositivo compreendem as lesões fortemente associadas, menos comumente associadas e as lesões encontradas no paciente. (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

As lesões fortemente associadas são Candidíase (eritematosa, pseudomembranosa, queilite angular), Leucoplasia pilosa, Sarcoma de Kaposi (SK). A presença dessas lesões indica que tais pacientes tem um forte valor preditivo para desenvolver a doença AIDS. (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

Já dentre as lesões menos comumente destacam-se: Infecções bacterianas (*Mycobacterium avium intracellulare*, *Mycobacterium tuberculosis*), Hiperpigmentação melânica, Estomatite ulcerativa necrosante. (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

Destacam-se dentre outras que podem ser encontradas no paciente HIV positivo, infecções bacterianas (*Actinomyces israelii*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), Doença da arranhadura do gato (*Bartonella henselae*), Angiomatose epitelióide (bacilar) (*Bartonella henselae*). (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

O objetivo deste estudo consiste em apresentar as lesões fortemente associadas, menos comumente associadas e as lesões encontradas no paciente. Ressaltando o importante papel do cirurgião dentista na identificação e diagnóstico precoce de tais alterações sistêmicas. (Paulique, N. C. et al, 2017)

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O HIV é um vírus RNA de cadeia simples que pertence à família Retroviridae. Existem duas espécies: HIV-1 e HIV-2. O primeiro apresenta distribuição mundial, sendo responsável pela maioria dos casos, enquanto o HIV-2 predomina na África Ocidental e

está associado a um menor risco de transmissão e doença de progressão mais lenta. A célula-alvo principal do HIV é o linfócito TCD+ auxiliar, e embora outros linfócitos CD4+ (tais como macrófago e células dendríticas) possam ser infectados. (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

O vírus se liga ao CD4 e a outras moléculas da superfície celular para garantir a sua entrada, onde o genoma RNA viral é transcrito de forma reversa no DNA complementar. Esse DNA complementar pode se incorporar ao DNA da célula do hospedeiro. Em pacientes infectados pelo HIV, há a formação de anticorpos contra o vírus, mas estes não têm função protetora. O vírus permanece em silêncio, promove a morte da célula ou produz a fusão sincicial das células, as quais deixam de funcionar normalmente. Uma diminuição no número de células T auxiliares ocorre, resultando em perda da função imunológica. A resposta normal a vírus, fungos e bactérias encapsuladas diminui. Além disso, a infecção dos macrófagos e da micróglia no SNC leva a manifestações neurológicas da doença, embora o mecanismo exato de dano no SNC induzido pelo HIV ainda não seja completamente compreendido. (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

Nos indivíduos infectados, o vírus pode ser encontrado na maioria dos fluidos corporais, incluindo soro, sangue, saliva, sêmen, lágrima, urina, leite materno, secreções do ouvido e da vagina. Nos Estados Unidos, as vias de transmissão mais frequentes são o contato sexual entre homens (compreendendo quase que dois terços dos casos de infecção pelo HIV anual), seguido pelo contato heterossexual e utilização de drogas injetáveis. A exposição perinatal e a transfusão sanguínea atualmente compreendem uma pequena proporção dos casos. Também têm sido documentados raramente como causas da infecção a inseminação artificial, amamentação das mães infectadas e transplante de órgãos. (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

A transmissão do HIV por meio de fluidos orais é ainda controversa e foi relatada apenas empiricamente. Em casos raros, a transmissão do HIV ocorreu durante a amamentação, através dos fluidos orais de bebês infectados após o parto, para suas mães, as quais não haviam sido infectadas antes. Além disso, exemplos raros têm sido documentados relatando a transmissão da infecção pelo HIV mediante contaminação de fluidos orais durante o ato de cunilíngua ou beijos violentos repetidos. A saliva contém

diversos fatores inibitórios anti-HIV que parece reduzir a habilidade do HIV de infectar suas células-alvo. No entanto, a presença de erosões, ulcerações e lesões inflamatórias hemorrágicas (p.ex., gengivite, periodontite) pode predispor um indivíduo à transmissão oral. Em resumo, como maior precaução contra a infecção deve-se evitar todos os fluidos corporais dos pacientes infectados. (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

Dentro das características clínicas, os estágios clínicos da infecção pelo HIV incluem uma fase aguda, uma fase crônica (ou período de latência) e AIDS. Durante a fase aguda, o paciente pode ser assintomático ou exibir uma síndrome retroviral aguda autolimitante. Os sintomas lembram aqueles observados na mononucleose infecciosa (linfadenopatia generalizada, faringite, febre, erupção maculopapular, cefaleia, mialgia, artralgia, diarreia, fotofobia e neuropatias periféricas). As alterações orais podem incluir eritema da mucosa e ulcerações focais. Durante essa fase inicial, a infecção pelo HIV geralmente não é considerada, nem investigada e os anticorpos contra o HIV ainda não são detectáveis. Mesmo assim, durante esse período, os pacientes apresentam altas taxas de viremia e são extremamente infecciosos. (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

Uma vez que a infecção está estabelecida, há o desenvolvimento de uma resposta imune, diminuição da viremia e o paciente entra na fase de latência. Esse período extremamente variável pode durar alguns meses até mais de 15 anos. A maioria dos pacientes é assintomática, mas alguns apresentam linfadenopatia generalizada persistente (LGP). Em alguns casos, antes do desenvolvimento da AIDS, existe um período de febre crônica, perda de peso, diarreia, candidíase oral, herpes-zóster e/ou leucoplasia pilosa oral (LPO). Essa apresentação tem sido denominada complexo relacionado à AIDS (CRA). (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

Ao longo do tempo, o sistema imune falha no controle do vírus. Ocorre um aumento acentuado da viremia e a contagem de células CD4+ cai, resultando no desenvolvimento da AIDS. (NEVILLE, B. W. et al, 2006)

A maior concentração dos casos de AIDS no Brasil está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos; entre os homens, essa faixa etária corresponde a 53,0% e, entre as mulheres, a 49,4% do total de casos registrados de 1980 a junho de 2016. Em 2013 a taxa de incidência estava em 17,9 casos/100 mil habitantes. Já a

prevalência de infecção pelo HIV incluindo o estado assintomático é de 0,6% da população geral. (Paulique, N. C. et al, 2017)

Paulique, N. C. et al (2017), afirma que diversos trabalhos sobre as manifestações bucais de pacientes HIV/AIDS, mostraram a predominância de alguns tipos de lesões como a candidíase nas suas diversas formas clínicas, as doenças gengivais e periodontais, a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi e o herpes simples.

Os pacientes HIV positivos podem desenvolver lesões bucais como: Candidíase, Doença Periodontal, Gengivite Ulcerativa Necrosante, Sarcoma de Kaposi, Leucoplasia Pilosa e Herpes Simples. Alguns pesquisadores dividiram as manifestações associadas à infecção pelo HIV em três grupos, segundo o qual os grupos I e II representam as lesões de ocorrência na região de cabeça e pescoço, mais e menos frequentes respectivamente, já o grupo III abrange lesões possivelmente associadas com infecção pelo HIV. (Paulique, N. C. et al, 2017)

#### **Grupo I - Lesões orais fortemente associadas à infecção pelo HIV:**

Candidíase, Leucoplasia pilosa, Gengivite Úlcero Necrosante (GUN) e Sarcoma de Kaposi. (Paulique, N. C. et al,2017)

#### **Grupo II - Lesões orais menos comumente associadas com infecção pelo HIV:**

Infecções virais por Citomegalovírus (CMV) e Vírus herpes, Papiloma vírus e Varicela-zoster. (Paulique, N. C. et al,2017)

#### **Grupo III - Lesões orais vistas na infecção pelo HIV:**

Abrange lesões como por exemplo a osteomielite. (Paulique, N. C. et al,2017)

Descreveremos a seguir as lesões mais prevalentes em Infecções Fúngicas (Candidíase e Queilite Angular), Infecções Bacterianas (Doença Periodontal e Gengivite Úlcero-Necrosante), Infecções Virais (Herpes Simples e Leucoplasia Pilosa Oral) e Lesões Neoplásicas (Sarcoma de Kaposi), segundo diversos estudos já realizados. (Paulique, N. C. et al,2017).

### **1. Infecções Fúngicas**

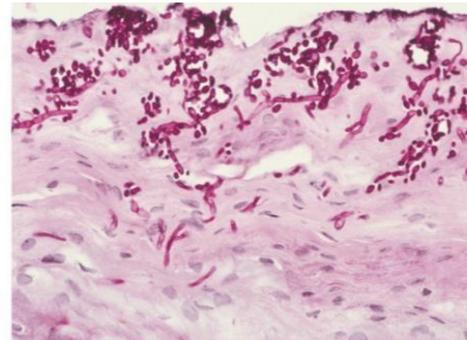
- **Candidíase**

Candidíase ou Candidose é uma infecção fúngica oportunista causada pela *Candida albicans*. Existem 4 tipos de infecção por cândida: a pseudomembranosa, a eritematosa, a hiperplásica e a queilite angular. É a lesão bucal mais comum nos pacientes com HIV/AIDS, estando relacionada a baixa imunidade do paciente. A Candidíase Pseudomembranosa, forma mais comum nestes pacientes, caracteriza-se pela presença de pseudomembranas esbranquiçadas ou amareladas, facilmente removíveis por raspagem. Em indivíduos infectados pelo HIV assintomáticos é um sinal de descompensação imunológica e com frequência anuncia a transição para AIDS. Dependendo das condições imunológicas do paciente, a candidíase pode afetar outras áreas do corpo como a faringe, traqueia e o esôfago. O diagnóstico é feito clinicamente pelos sinais clínicos e exame de citologia esfoliativa, com identificação definitiva por meio de cultura. (Paulique, N. C. et al,2017)

A primeira escolha de tratamento é a Nistatina 200.000 UI, suspensão oral ou pastilha diariamente 4-5 vezes por 10-14 dias. Também pode ser indicado, o Cetoconazol, o Fluconazol ou o Itraconazol (uso sistêmico) também são bem indicados nesses casos. Nestes pacientes, as lesões por *Candida* apresentam uma maior gravidade e resistência ao tratamento convencional. (Paulique, N. C. et al,2017)



**Figura 1 Candidíase Associada ao HIV.** Extensas placas brancas removíveis no lado esquerdo da mucosa jugal.



**Figura 2 Candidíase Associada ao HIV.** Corte histopatológico pelo ácido periódico de Schiff (PAS) revelando diversos microrganismos fúngicos implantados na camada superficial de queratina.

- **Queilite Angular**

É muito comum a presença de queilite angular em pacientes debilitados (devido à carência de vitaminas) e naqueles que já perderam molares (pela perda da dimensão vertical de oclusão). Como consequência, acontece a formação de uma dobra na

comissura labial, deixando-a constantemente úmida e tornando o local propício para o desenvolvimento da candidíase. Ela apresenta-se como fissuras partindo da comissura labial, com presença de eritema e por vezes, placas esbranquiçadas. São frequentemente acompanhadas por candidíase intra-oral. (Paulique, N. C. et al,2017)

## **2. Infecções Bacterianas**

### **• Doença Periodontal**

Em relação as lesões de origem bacterianas associadas às infecções pelo HIV, estão a gengivite e periodontite de evolução rápida. Devido à imunossupressão decorrente da contaminação com o vírus da AIDS, ocorre alterações na microbiota oral, propiciando o desenvolvimento de lesões gengivais e periodontais. (Paulique, N. C. et al,2017)

Entre os fatores de risco associados à doença periodontal, podem-se caracterizar os fatores sociais e comportamentais (fumo, álcool, drogas), além dos fatores sistêmicos, como infecção pelo HIV. Observa-se que a saúde periodontal depende da interação dos fatores de risco com os mecanismos imunológicos. (Paulique, N. C. et al,2017)

Segundo Glick e Holmstrup (2002), a imunodeficiência causada pelo HIV pode ter uma influência direta sobre a patogênese da doença periodontal. Assim, indivíduos infectados pelo HIV exibem lesões bucais frequentemente associadas à imunossupressão, as quais são causadas por patógenos oportunistas. Com o início da Terapia Anti-Retroviral (TARV) combinada, alguns pesquisadores verificaram a redução acentuada na ocorrência de infecções oportunistas e na prevalência das manifestações bucais. Isso ocorre devido à recuperação parcial da função imunológica após supressão da viremia e redução da destruição celular causada pelo HIV. (Paulique, N. C. et al,2017)



**Figura 3 Periodontite Associada ao HIV.** Extensa perda do suporte periodontal sem bolsas profundas.

- **Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN)**

Segundo Neville (2008) a GUN é uma inflamação da gengiva caracterizada por lesões necróticas na margem papilar, epitélio necrosante pseudomembranoso, gosto metálico, odor fétido, sangramento espontâneo e extrema sensibilidade dolorosa. A infecção ocorre na presença de estresse psicológico e estados de imunossupressão, principalmente associados com a AIDS. Sua prevalência na população normal é menor que 0,1%. Os agentes etiológicos da GUN são bactérias anaeróbias como a *Prevotella intermedia*, as fusobactérias e as espiroquetas. Com a imunossupressão ocorrem alterações na microbiota normal da boca, com aumento das bactérias anaeróbias gram-negativas subgengivais propiciando lesões gengivais e periodontais. (Paulique, N. C. et al,2017)

O tratamento da GUN consiste inicialmente de uma irrigação da área com água oxigenada, visto que os principais microrganismos causadores são anaeróbicos e localizam-se próximos à superfície externa da gengiva e remoção das membranas necróticas com gaze estéril embebida em clorexidina a 0,12%. Devem ser prescritos bochechos com clorexidina ou água oxigenada diluída, antibióticos (ex.: metronidazol, penicilina, eritromicina, tetraciclina), além de instruções de higiene oral, repouso e dieta nutritiva de consistência branda. Após a terapia inicial, é feito o tratamento periodontal básico. (Paulique, N. C. et al, 2017)

A PUN, diferencia-se da GUN pela perda óssea alveolar e de inserção clínica, apresentando ulceração local e necrose do tecido gengival, expondo o osso subjacente e destruindo-o rapidamente, ocorrendo também sangramento espontâneo e dor grave. O tratamento é o mesmo da GUN, porém o prognóstico é muito desfavorável. (Paulique, N. C. et al, 2017)



**Figura 4 Gengivite Ulcerativa Necrosante** Associada ao HIV (GUN). Múltiplas papilas interdetais perdidas na gengiva inferior. Observe a candidíase pseudomembranosa difusa da mucosa.

### 3. Infecções Virais

- **Herpes Simples**

O herpes simples representa a doença viral mais comum no homem moderno. Em pacientes imunocomprometidos, as infecções herpéticas podem provocar severas complicações. As infecções pelos vírus herpes simples (HSV-1 e HSV-2) representam, entre as doenças sexualmente transmissíveis, as mais comuns a nível global, alcançando um soro prevalência de 80% em adultos. Nos pacientes portadores de HIV ou de qualquer

outra doença autoimune, a infecção pelo HSV-1 manifesta-se com maior frequência, quando comparada aos pacientes imunocompetentes, devido à debilidade do sistema imunológico. As lesões geralmente são vesiculares, que coalescem e ulceram sobre uma base eritematosa formando uma crosta serosa e cicatrizam nas semanas seguintes. Na mucosa bucal de pacientes imunocompetentes, ocorre, principalmente no palato duro, gengiva, dorso lingual e vermelhão do lábio. As lesões recorrentes do herpes simples são altamente contagiosas para os pacientes, suas famílias, profissionais da saúde e auxiliares. (Paulique, N. C. et al, 2017)

O herpes pode ser uma fonte de dores, desconforto e de ansiedade e um tratamento adequado faz-se necessário. A natureza viral do herpes simples recorrente peribucal e intrabucal requer uma terapêutica antiviral eficiente, que promova a chegada do medicamento até o interior das lesões. (Paulique, N. C. et al, 2017)

Essa necessidade implica em uma terapêutica antiviral por via oral, com absorção intestinal e cujas moléculas viabilizem sua chegada nas lesões através da corrente sanguínea. Entre as principais drogas antivirais disponíveis para administração sistêmica estão os seguintes produtos: aciclovir, valaciclovir, penciclovir e famciclovir. Em pacientes imunocompetentes portadores de herpes simples recorrente peribucal e intrabucal, Consolaro e Consolaro (2009) prescreveram durante 12 anos de trabalho observado, o valaciclovir: um comprimido de 500mg a cada 12 horas durante 5 dias, a cada surto, o que reduziu o desconforto e o tempo de duração das lesões em até dois dias. A aplicação clínica da radiação do laser de baixa potência para o tratamento de dor aguda e crônica é hoje um procedimento bem estabelecido, e sua aplicação nos casos de herpes simples mostra grande alívio ao paciente acometido, favorecendo a interrupção e reparação rápida do quadro. (Paulique, N. C. et al, 2017)



**Figura 5 Infecção herpética recorrente associada ao HIV.** Erosão na mucosa da superfície dorsal anterior da língua, no lado esquerdo. Observe a borda circinada amarelada.

- **Leucoplasia Pilosa Oral**

A leucoplasia pilosa oral (LPO) é uma infecção oportunista associada à presença do vírus Epstein-Barr (EBV) e se apresenta de modo especial nos pacientes infectados pelo HIV. (Paulique, N. C. et al, 2017)

A leucoplasia pilosa foi descrita pela primeira vez por sua ocorrência em homossexuais masculinos, soropositivos para o HIV. A LPO manifesta-se clinicamente como uma placa branca, não removível à raspagem, localizada principalmente nas bordas laterais da língua, uni ou bilateralmente. A superfície pode apresentar-se plana, corrugada ou pilosa, sendo seus aspectos clínicos característicos, porém não patognomônicos. Na maioria dos casos, a LPO é assintomática ou não apresenta sintomatologia relevante. (Paulique, N. C. et al, 2017)

De acordo com Greenspan (1984), em alguns casos, pode haver dor e ardência e, até mesmo de comprometimento estético para o paciente, em que o tratamento se faz necessário. A importância da LPO no diagnóstico e prognóstico da AIDS justifica a necessidade da precocidade e precisão diagnóstica, sendo que alguns estudos já apontam a citopatologia como método diagnóstico de escolha. Na infecção pelo HIV, a LPO acomete preferencialmente pacientes adultos, com uma prevalência de 28% dos homens homossexuais no início da epidemia em 1984, sendo que essa mesma prevalência foi encontrada em outro estudo realizado em uma população brasileira. Porém, com a implantação das novas terapias antirretrovirais, os casos de LPO, assim como outras manifestações bucais, estão ocorrendo com menor frequência. O tratamento pode ser desnecessário. O aciclovir ou o desiclovir produzem uma rápida resolução, mas a recorrência é esperada com a descontinuidade do tratamento. (Paulique, N. C. et al, 2017)



**Figura 6 Leucoplasia Pilosa Oral (LPO).** Estrias Verticais de queratina ao longo da margem lateral da língua.

#### **4. Lesões Neoplásicas**

- **Sarcoma de Kaposi**

Morris Kaposi, em 1872, descreveu uma nova patologia que acometia, predominantemente, idosos do sexo masculino, com lesões múltiplas, hiperpigmentadas, nodulares e de ocorrência mais frequente nas extremidades dos membros inferiores, que mais tarde, passaria a ser conhecida como Sarcoma de Kaposi (SK). É um tumor vascular, sendo mais comum em pacientes com aids, e predominantemente em homens. Existem evidências de que o herpes vírus humano tipo 8 seja o principal co-fator na manifestação dessa neoplasia. A infecção pelo HIV não é um pré-requisito para o desenvolvimento do SK já que estudos moleculares não conseguiram detectar esse vírus no tecido neoplásico, o que torna improvável que o HIV desempenhe um papel oncogênico direto na etiologia do SK. As lesões da cavidade oral ocorrem em aproximadamente um terço dos pacientes com KS associado à Aids, sendo que as lesões duras do palato são as mais comuns. Estas lesões, placas vermelhas ou roxas, focais ou difusas, podem ser completamente assintomáticas e facilmente negligenciáveis. Estas lesões podem interferir com comer e falar, causar perdas dentais, ou comprometer as vias aéreas. O diagnóstico definitivo requer a biópsia. O tratamento para SK inclui radiação, excisão cirúrgica e injeções intra-lesionais com quimioterápico. A maior parte desses tratamentos não cura, mas reduz o tamanho e o número. Estudos recentes mostram alguma eficácia com agentes anti-angiogenesis, tais como talidomida e ácido retinóico. (Paulique, N. C. et al, 2017)

SOUZA, L. B. et al (2000), A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida tem merecido maior atenção por parte dos pesquisadores e dos órgãos de saúde, de um modo geral, em virtude de sua gravidade. Isto decorre não só pelo índice de mortalidade que ela provoca, mas, também, pelos diversos aspectos sociais, econômicos e de saúde pública que estão a ela associados. A presença de lesões orais em pacientes com AIDS tem sido motivo de diversos trabalhos. Tendo em vista que, essas manifestações orais representam os primeiros sinais da doença. Por este motivo é de fundamental importância o conhecimento detalhado das lesões orais presentes nesses pacientes, como forma do cirurgião-dentista identificar, o mais precocemente possível, os casos de pacientes com AIDS nas suas atividades clínicas.



**Figura 7 Sarcoma de Kaposi (SK) associado ao HIV.** Amplas áreas de SK se apresentando como uma superfície plana, acastanhada, e uma alteração de cor em forma de M no palato duro.



**Figura 8 Sarcoma de Kaposi (SK) associado ao HIV.** Aumento de volume elevado, vermelho-escuro, na gengiva inferior vestibular anterior, do lado esquerdo.



**Figura 9 Sarcoma de Kaposi (SK) associado ao HIV.** Aumento de volume nodular, vermelho-azulado, difuso no palato duro, do lado esquerdo.



**Figura 10 Sarcoma de Kaposi (SK) associado ao HIV.** Aumento de volume vermelho-azulado, difuso da gengiva, demonstrando necrose disseminada.

Lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV	Lesões menos comumente associadas à infecção pelo HIV	Lesões vistas na infecção pelo HIV
Candidíase: eritematosa, pseudomembranosa e queilite angular	Infecções bacterianas: <i>Mycobacterium avium intracellulare</i> , <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Infecções bacterianas: <i>Actinomyces israelii</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i>

Leucoplasia pilosa	Hiperpigmentação melânica	Doença da arranhadura do gato ( <i>Bartonella henselae</i> )
Sarcoma de Kaposi (SK)	Estomatite ulcerativa necrosante	Angiomatose epitelióide (bacilar) ( <i>Bartonella henselae</i> )
Linfoma não Hodgkin (LNH)	Doença de glândula salivar: boca seca, aumento uni ou bilateral das glândulas salivares maiores	Reações medicamentosas: ulcerações, eritema multiforme, reações liquenóides, epidermólise tóxica
Doença periodontal: eritema linear gengival, gengivite necrosante e periodontite necrosante	Púrpura trombocitopênica	Infecções fúngicas exceto candidíase: <i>Cryptococcus neoformans</i> , <i>Geotrichum candidum</i> , <i>Histoplasma capsulatum</i> , <i>Mucoraceae</i> ( <i>mucormicose/zigomicose</i> ), <i>Aspergillus flavus</i>
	Úlceras inespecíficas	Distúrbios neurológicos: paralisia facial, neuralgia trigeminal
	Infecções virais: herpes simples, papilomavírus humano, varicela-zoster	Ulceração aftosa recorrente
		Infecções virais: citomegalovírus, molusco contagioso

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com os tratamentos atuais, que elevam a expectativa de vida dos pacientes soropositivos, a suscetibilidade a lesões bucais ainda é alta, sendo a candidíase pseudomembranosa a infecção mais comum, seguida da queilite angular e doenças periodontais. O número de pacientes soropositivos aumenta a cada dia, e o cirurgião-dentista se torna imprescindível no reconhecimento precoce destas manifestações bucais associadas ao HIV, para que possa contribuir para uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

Tal fato denota que a atenção às manifestações bucais consequentes de uma imunossupressão patológica ou terapêutica, tem sido alvo de interesse por parte da comunidade científica e que o papel do cirurgião-dentista ganha cada vez mais importância uma vez que, que identificando intercorrências orais resultantes do processo de imunossupressão, estará contribuindo de forma efetiva para a qualidade de vida do paciente e praticando um cuidado que repercutirá na sua saúde integral.

## **REFERÊNCIAS**

Atenção com lesões bucais HIV - AIDS no consultório odontológico: Parte 2 [S.l: s.n], 2020. 1 vídeo (ca. 8 min). Publicado pelo canal Mauricio Volkweis. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Y11AvYLwwr4>. Acesso em: 10 Mar. (2021).

Atendimento Odontológico ao Paciente HIV Positivo. [S.l: s.n], 2017. 1 vídeo (ca. 1h 12 min). Publicado pelo canal Tele Educa Mato Grosso. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q43zLosLhYU>. Acesso em: 24 abr. (2021).

CHAGAS, M.V.; SANTOS, L.O.; ONO, L.M. Manifestações Bucais de Pacientes HIV Atendidos na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT-AM). **Rev. Fac. Odontol**, Porto Alegre, v. 50, n. 3, p. 10-13, set./dez., (2009).

Cirurgião dentista, atenção com lesões bucais HIV – AIDS: parte 1 [S.l: s.n], 2020. 1 vídeo (ca. 8 min). Publicado pelo canal Mauricio Volkweis. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SYo3bm5qrvq>. Acesso em: 06 Mar. (2021).

GASPARIN, A.B. et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, p. 1307-1315, Jun., (2009).

HIRATA, C.H.W. Manifestações orais na SIDA. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v.81, n. 2, p. 120-123, Abr.,(2015)

MOTTA, W.K.S. et al. Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/Aids. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 43, n. 1, p. 61-67, Fev., (2014).

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

O que eu preciso saber para atender um paciente HIV [S.l: s.n], 2018. 1 vídeo (ca. 12 min). Publicado pelo canal Pamela Peres. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OvfscKw48Tg>. Acesso em: 15 Fev. (2021).

PAULIQUE, N.C. et al. Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, São Paulo, v. 6, n. 6, p.240-244, 11 jul. (2017).

SOUZA, L. B. et al. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 79-85, jan./mar. (2000).