

FACULDADES SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA

CAROLINA QUINTANILHA DE SOUSA
LAIZA DE HOLANDA FONSECA DA SILVA
JONATHAN RIBEIRO DA SILVA

**EXODONTIA EM PACIENTES COM SÍNDROME DA
IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA**

Rio de Janeiro

2019

EXODONTIA EM PACIENTES COM SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

EXODONTIA IN PATIENTS WITH IMMUNODEFICIENCY SYNDROME ACQUIRED

CAROLINA QUINTANILHA DE SOUSA

LAIZA DE HOLANDA FONSECA DA SILVA

Autoras

JONATHAN RIBEIRO

Orientador

RESUMO

O objetivo deste estudo foi ressaltar a importância do cirurgião dentista frente ao paciente com SIDA, quando diz respeito ao conhecimento das alterações patológicas e correto diagnóstico das manifestações orais que frequentemente acometem esses pacientes. Foi realizado então, uma revisão de literatura acerca dessas principais patologias e alterações, assim como a elaboração de um protocolo clínico de atendimento, relatando os cuidados e medidas necessárias durante todo tratamento proposto para o paciente com SIDA que chega ao consultório necessitando de tratamentos mais invasivos como a exodontia.

Palavras-chave: SIDA, Manifestações Orais e Exodontia.

ABSTRACT

The aim of the study was to highlight the importance of the dental surgeon vis-à-vis the AIDS patient, when it concerns the knowledge of the pathological alterations and correct diagnosis of the oral manifestations that frequently affect these patients. A review of the literature on these main pathologies and alterations was carried out, as well as the elaboration of a clinical protocol for care, reporting the care and measures necessary during any treatment proposed for the patient with AIDS who arrives at the office requiring more invasive treatments like the exodontia.

Key-words: SIDA, Oral Manifestations, Extraction.

INTRODUÇÃO:

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foi admitida oficialmente patologia em 1981, pelo “Center for Disease Control and Prevention”- Órgão dos Estados Unidos que centraliza as normas e ações referentes às doenças (SOUZA et al, 2000; Malbergier e Schoffel, 2001).

Caracteriza-se por uma imunodepressão que é consequência principalmente da infecção e destruição de linfócitos T-CD4, que são células que comandam a resposta imune do organismo (FELIPE et al, 2016).

A SIDA é uma manifestação clínica avançada do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e suas principais formas de transmissão são: Sexual, por meio das relações sexuais; Sanguínea, por compartilhamento de agulhas, seringas e transfusões de sangue; e perinatal, através da transmissão de mãe para o filho durante a gestação, no momento do parto ou durante o aleitamento materno. Além dessas formas frequentes, pode ocorrer ainda a transmissão ocupacional, ocasionada em acidentes de trabalho por profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo vírus HIV (FELIPE et al, 2016).

São considerados portadores de SIDA, todo indivíduo adulto (maior que 13 anos) infectado que apresentar contagem das células CD4 abaixo de 200, independente de doenças associadas ou não ou que apresente alguma doença tida como definidora da SIDA. Em crianças, os critérios para determinação da doença, incluem a confirmação de infecção pelo HIV e a presença da doença definidora de SIDA. (SAPIRO et al, 2002)

Os principais testes utilizados para diagnosticar a infecção são: ELISA, geralmente é o primeiro a ser realizado devido sua elevada sensibilidade, custo relativamente baixo e facilidade de execução. Em caso de positivo, o exame de WESTERN BLOT é feito para confirmar o diagnóstico, visto que esse é considerado padrão de referência internacional para confirmar resultados. É um exame de execução simples, porém de custo bastante elevado. Os TESTES RÁPIDOS como o nome já diz, são utilizados quando é necessária a obtenção rápida da sorologia do paciente-fonte, são executados em tempo inferior a 30 minutos (CORRÊA e ANDRADE, 2005).

Após ser contaminado o indivíduo pode passar meses ou anos de forma assintomática. Logo, nem todos os portadores do vírus HIV tem AIDS necessariamente (CORRÊA e ANDRADE, 2005).

Na área odontológica, muitos cirurgiões dentistas não se sentem suficientemente preparados para atender esses pacientes, principalmente quando esses já apresentam complicações clínicas. Porém, tendo em vista que os primeiros sinais clínicos da doença aparecem com frequência na cavidade oral, esses profissionais tem um papel importante no diagnóstico precoce e tratamento desses pacientes (CORRÊA e ANDRADE, 2005).

Visto que há nesses pacientes a necessidade de um olhar mais atencioso quando comparado a pacientes clinicamente saudáveis, os objetivos deste trabalho são realizar uma revisão de literatura das manifestações orais do paciente com SIDA e elaborar um protocolo de atendimento clínico explicando os cuidados necessários antes, durante e após a cirurgia e revisar a fisiopatologia da SIDA.

O estudo foi realizado através da seleção e análise de artigos e revistas científicas, abordando temas relacionados às manifestações orais da SIDA, assim como ao protocolo de atendimento clínico para com esses pacientes. Para essa pesquisa, foram utilizadas duas bases de dados: Scielo e Google acadêmico.

Nesse trabalho, abordaremos a cerca das medidas e cuidados que o cirurgião dentista deve adotar antes da realização de um procedimento cirúrgico, para que se possa evitar complicações e tornar a passagem desse paciente no consultório menos traumática possível. Assim como das possíveis manifestações orais que podem acometer esses pacientes devido à baixa condição imunológica dos mesmos.

Como mencionado antes, é necessário uma série de cuidados para com esses pacientes, antes da realização de procedimentos mais invasivos como uma exodontia. Logo, a hipótese levantada por essa pesquisa é que a grande maioria das complicações durante e após o procedimento acontece pela falta de atenção aos detalhes, seja na anamnese, no exame clínico/físico ou na não realização de exames complementares.

REVISÃO DE LITERATURA

1. FISIOPATOLOGIA

A célula-alvo principal do HIV é representada pelo linfócito T CD4+ auxiliar. O DNA do HIV é incorporado ao DNA do linfócito e aí permanece por toda a vida da célula. Diferente da maioria das infecções virais, o organismo cria anticorpos para defesa, mas não consegue combater. O vírus permanece em silêncio, promove a morte da célula ou produz a fusão sincicial das células, as quais deixam de funcionar normalmente. Uma subsequente diminuição no número de células T auxiliares ocorre, resultando em perda da função imunológica.

2. CARACTERÍSTICAS SISTÊMICAS

Os estágios da doença podem ser classificados como fase aguda, fase crônica ou período de latência e AIDS. Durante a fase aguda o paciente pode apresentar-se assintomático ou desenvolver uma síndrome que se desenvolve de 1 a 6 semanas após a exposição, chamada de Síndrome retroviral aguda. Após o estabelecimento do processo infeccioso a uma resposta imune, diminuição de viremia e o paciente passa a estar na fase de latência, que pode durar de meses até mais de 15 anos. Em alguns casos, pode-se observar antes da AIDS um período de febre crônica, perda de peso, diarreia e algumas manifestações orais.

Ao resultar no desenvolvimento da AIDS, o paciente pode apresentar ou não uma fase sintomática, sendo ela variável, onde muitas vezes a pneumonia é uma manifestação característica que leva ao diagnóstico de AIDS. (NEVILLE,2016)

3. MANIFESTAÇÕES ORAIS

A infecção pelo HIV pode ser inicialmente assintomática ou pode ser observada uma resposta aguda. Caracteristicamente, ocorre uma síndrome viral aguda, que se desenvolve dentro de 1 a 6 semanas após a exposição. As alterações orais podem incluir eritema da mucosa e ulcerações focais. A síndrome viral aguda desaparece dentro de poucas semanas; em geral, durante este período, a infecção pelo HIV não é considerada.

3.1 CANDIDÍASE

Infecção fúngica causada principalmente pela *Candida albicans*, sendo a manifestação oral mais frequente da infecção pelo HIV, podendo ser uma indicação

de imunossupressão e progressão da doença. Apesar de ser preditiva e subsequente ao desenvolvimento da AIDS, a candidíase não pode ser usada para diagnóstico. Sendo subdividida em candidíase pseudomembranosa, candidíase eritematosa, candidíase hiperplásica e queilite angular. Quando a contagem de CD4+ cai para menos de 400 células/mm³ já há o início da candidíase eritematosa, seguida da candidíase pseudomembranosa com menos de 200 células/mm³. (NEVILLE, 2016)

3.2 LEUCOPLASIA PILOSA

Regezi & Sciubba (2000) descreveram que a leucoplasia pilosa é uma lesão branca, bem delimitada, semelhante a uma placa, com projeções papilares similares a pêlos. Pode ser unilateral ou bilateral. Na maioria dos casos localizadas em borda lateral de língua com extensão ocasional para superfície dorsal. Sua presença é considerada um sintoma de imunossupressão sugestiva de infecção pelo HIV.

3.3 SARCOMA DE KAPOSI

São comumente encontradas no palato mole, como máculas vermelho-azul ou roxos-azuis ou nódulos. As lesões são inicialmente assintomáticas, mas devido a trauma e ulcerações secundárias, elas podem tornar-se sintomáticas para falar e mastigar. Lesões na gengiva e língua também são comuns. Geralmente ocorre em pacientes com contagem de CD4 abaixo 200 células/mm³, mas podem ser vistas em todas as fases da doença. (HITOMI, 2015)

3.4 LINFOMA NÃO-HODGKIN

Neoplasia maligna comum em portadores de AIDS.. Mais de dois terços dos pacientes se apresentam com linfadenopatia, febre, sudorese noturna e emagrecimento. Na cavidade oral envolvem a gengiva, o palato, a língua, amígdala ou seio maxilar. Envolve com frequência as regiões de gengiva, palato e língua. Sendo seu envolvimento intra ósseo foi documentado e sua progressão pode gerar espessamento do ligament periodontal e perda da lamina dura. (NEVILLE,2016)

4. COMPLICAÇÕES

A maior parte das complicações que acometem os portadores de HIV se manifestam na pele, podendo chegar a 92%. (PORRO e YOSHIOKA, 2000).

4.1 COMPLICAÇÕES CUTÂNEAS

4.1.1 HERPES SIMPLES TIPO 1 E 2

Essas infecções são frequentemente encontradas nesses pacientes, em especial quando a contagem de células CD4 é inferior a 100 células/mm. O quadro clínico depende do comprometimento imunológico do paciente. Nas fases iniciais da infecção a herpes se manifesta de forma similar ao observado na população geral, porém os episódios se tornam cada vez mais frequentes e duradouros. (PORRO e YOSHIOKA, 2000)

*Nos pacientes em estágio mais avançado da doença podem ocorrer formas atípicas e crônicas, a saber:

4.1.2 HERPES MUCOCUTÂNEO CRÔNICO

Lesão ulcerada que atinge principalmente a região genital, perianal ou oral, podendo atingir outros sítios, com duração aproximada de um mês, que aumenta de tamanho gradativamente, podendo as vezes apresentar mais de 10cm de diâmetro. É uma lesão observada quase que exclusivamente nessa população e aponta comprometimento imunológico grave, sendo considerada critério clínico para constatar SIDA (PORRO e YOSHIOKA, 2000).

4.1.3 FOLICULÍTE HERPÉTICA

Lesões primeiramente vesiculosas, foliculares, que progridem para múltiplas ulcerações, em geral na face. (PORRO e YOSHIOKA, 2000)

4.1.4 VARICELA ZÓSTER

Mais de 15% dos pacientes com SIDA apresentam história progressiva de herpes-zóster, que é apontado como marcador clínico precoce de infecção pelo vírus HIV. Podem ocorrer quadros atípicos como: comprometimento simultâneo em várias regiões, recorrência na mesma região, comprometimento visceral (encefalite, pneumonite e hepatite), lesões necróticas e hemorrágicas. (PORRO e YOSHIOKA, 2000)

4.2 COMPLICAÇÕES GASTROINTESTINAIS

Essas complicações acontecem frequentemente durante a evolução da doença, causando diarreia, doença hepatobiliar, náuseas e vômitos, ocasionando perda de peso para estes pacientes. Essas complicações podem ser causadas por protozoários (*Cryptosporidium*, *Isosporabelli* e *Microsporidium*). Também pelos vírus (Citomegalovírus), bactérias (*Salmonella* sp.) e fungos (*Candida albicans*). (ALBANO, 2000)

4.3 COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS

Algumas manifestações neurológicas que esses pacientes podem apresentar são meningite aguda, encefalopatias, neuropatias e neuro-oftálmicas. Existem ainda aquelas ocasionadas por agentes infecciosos como toxoplasmose, leucoencefalopatia multifocal progressiva e tripanossomíase. (ALBANO, 2000)

4.4 COMPLICAÇÕES PULMONARES

O acometimento pulmonar é a complicação inicial em pelo menos 50% dos casos. A seriedade da doença está relacionada com o grau do comprometimento imunológico e com os agentes infecciosos no meio.

As complicações mais comuns são: Pneumonia bacteriana, pneumonia por *Pneumocystis carinii* (mais grave e mais comum), tuberculose e adenocarcinoma de pulmão. (ALBANO, 2000)

• TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é diminuir a viremia levando a níveis indetectáveis e gerando uma reconstituição imune.

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

- Inibidores de transcriptase reversa nucleosídicos
- Inibidores de transcriptase reversa não nucleosídicos
- Inibidores de protease
- Inibidores da fusão
- Inibidores de integrase
- Inibidores da CCR5
- Terapia antiretroviral combinada

1. Inibidores da transcriptase reversa nucleosídicos
 - Abacavir (Ziagen[®]), didanosina (Videx[®]), emtricitabina (Emtriva[®]), lamivudina (Epivir[®]), estavudina (Zerit[®]), tenofovir (Viread[®]), zalcitabina (Hivid[®]) e zidovudina (Retrovir[®])
2. Inibidores da transcriptase reversa não nucleosídicos
 - Delavirdina (Rescriptor[®]), efavirenz (Sustiva[®]), etravirina (Intence[®]), nevirapina (Viramune[®]) e rilpivirina (Edurant[®])
3. Inibidores de protease
 - Atazanavir (Reyataz[®]), darunavir (Prezista[®]), fosamprenavir (Lexiva[®]), indinavir (Crixivan[®]), nelfinavir (Viracept[®]), ritonavir (Norvir[®]), saquinavir (Invirase[®]) e tipranavir (Aptivus[®])
4. Inibidores da fusão
 - Enfuvirtida (Fuzeon[®])
5. Inibidores de integrase
 - Raltegravir (Isentress[®]), dolutegravir (Tivicay[®]) e elvitegravir (experimental)
6. Inibidores da CCR5
 - Maraviroc (Selzentry[®]) e vicriviroc (experimental)
7. Terapia antirretroviral combinada
 - Abacavir + lamivudina (Epzicom[®]), elvitegravir + cobicistat + emtricitabina + tenofovir (Stribild[®]), emtricitabina + tenofovir + rilpivirina (Complera[®]), lopinavir + ritonavir (Kaletra[®]), emtricitabina + tenofovir (Truvada[®]), emtricitabina + tenofovir + efavirenz (Atripla[®]), zidovudina + abacavir + lamivudina (Trizivir[®]) e zidovudina + lamivudina (Combivir[®])

É importante ressaltar que é essencial que a saúde pública preconize exames de rotina para o HIV em adultos, adolescentes e gestantes. Visando um diagnóstico precoce, menor incidência de transmissão e um tratamento eficaz, com o aumento da sobrevivência. (NEVILLE, 2016)

PROTOCOLO CLÍNICO DE CIRURGIA EM PACIENTES COM SIDA

1. PARECER

Opinião fundamentada sobre determinado assunto, emitida por especialista (Novo Aurélio, século XX).

O cirurgião dentista solicita parecer médico para iniciar o tratamento cirúrgico, a fim de avaliar se o paciente está apto para receber o mesmo, assim como para verificar sua atual condição de saúde.

2. EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS E TAXAS

Hemograma completo

Contagem de plaquetas: Os procedimentos cirúrgicos odontológicos são contraindicados se a contagem de plaquetas for inferior a 20.000 células/mm³.

Carga Viral: O teste da carga viral indica a evolução da doença e velocidade de replicação do vírus.

- Carga viral alta: valores superiores a 100.000 cópias de RNA-HIV/ml, indica progresso rápido da doença.
- Carga viral baixa: Abaixo de 10.000 cópias de RNA-HIV/ml, uma carga viral baixa indica progresso lento da doença. (STOMATOS, 2002)

Contagem de linfócitos T CD4+: O indivíduo normal possui em torno de 600 a 1600 células/mm³ de sangue.

- Contagem CD4+ entre 600 e 500 células/mm³ de sangue = Resposta imunológica razoável.
- Contagem CD4+ entre 500 e 200 células/mm³ de sangue = Comprometimento imunológico.
- Contagem CD4+ menor que 200 células/mm³ de sangue = Comprometimento imunológico GRAVE.

Os indivíduos com taxa de CD4+ elevadas (acima de 600 células/ul) são menos propensos a desenvolver complicações. Com o avanço da doença, a contagem de CD4 cai e o paciente fica mais suscetível as complicações. (CORRÊA e ANDRADE, 2005)

Tempo de Protrombina: Os valores aceitos oscilam entre 11 e 16 segundos com margem de dois segundos para mais e para menos.

Após avaliação dos exames, o paciente pode ser considerado em condições favoráveis a submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou não, deste modo, o paciente em condições de ser operado seria aquele que apresente uma contagem de células TCD4 próxima ou superior à 350 células/mm³ de sangue, uma carga viral estabilizada abaixo de 100,000 cópias/mL , e os demais exames laboratoriais com taxas consideradas compatíveis a um quadro de saúde. (STOMATOS, 2002)

3. PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

A necessidade de se fazer profilaxia antibiótica antes de procedimentos invasivos é uma dúvida frequente entre os dentistas que atendem pacientes com SIDA.

Alguns autores têm analisado ao fundo o assunto, e segundo GLICK et al. (1994), PATTON et al. (2002) e SHIRLAW et al. (2002), mesmo havendo comprometimento imunológico desses pacientes, não há diminuição da capacidade de reparação tecidual e aumento da ocorrência de alveolites. Dessa forma, a profilaxia antibiótica só deverá ser indicada em casos particulares, que dependem do grau de comprometimento imunológico do paciente e extensão do procedimento a ser realizado.

Alguns fatores que pode levar o CD a optar pela profilaxia Antibiótica são:

- Níveis de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 células/mm³, já que indica um comprometimento mais severo do sistema imunológico.
- Níveis de granulócitos (neutrófilos, eosinófilos e basófilos) abaixo de 1000 células/mm³, pois a queda do número de granulócitos diminui a resistência orgânica, representando um fator de risco para infecções bacterianas, o que exige profilaxia antibiótica antes de procedimentos invasivos.
- Quando necessário, deve ser administrado dose única de 2 g de amoxicilina, uma hora antes do procedimento odontológico. Se o paciente for alérgico à penicilina recomenda-se a utilização de clindamicina 600mg, uma hora antes do procedimento. (CORRÊA e ANDRADE, 2005)

4. ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

Além de considerar as taxas laboratoriais já citadas, é necessário, segundo o Manual de Condutas Clínicas publicado pelo Ministério da Saúde, a realização da adequação do meio bucal do paciente no período que antecede a cirurgia, de modo a reduzir sua exposição à eventuais elementos patogênicos que possam desenvolver processos infecciosos oportunistas. (STOMATOS, 2002)

Logo, é necessário minimizar possíveis problemas bucais já instalados, como remoção de cáries, placa bacteriana, cálculos, entre outros. Para isso, utiliza-se como recursos, o tratamento restaurador atraumático (TRA) combinado à fluoroterapia, além de orientações sobre a dieta e Instruções de Higiene Oral. (STOMATOS, 2002)

5. ESCOLHA DO ANESTÉSICO LOCAL

Pode-se fazer o uso da adrenalina normalmente, principalmente para infiltração local pois este tipo de paciente pode apresentar um sangramento gengival acentuado, devendo ser utilizada a menor dose necessária para um bloqueio eficaz.

6. CIRURGIA ATRAUMÁTICA

Logo que as técnicas de exodontia mais primordiais foram desenvolvidas, várias têm sido as tentativas de minimizar o esforço do profissional, diminuir o tempo cirúrgico e amenizar o sangramento e os processos inflamatórios, além de tentar minimizar o trauma psicológico e físico gerado nos pacientes. Podemos citar, a técnica de Xt Lifting, que pode ser descrito como um procedimento de “avulsão dental controlada” que age produzindo um tracionamento dental em direção ao plano oclusal, seguindo o sentido do longo eixo do próprio dente a ser extraído.

Essa técnica possui como vantagens, a preservação máxima da integridade do osso alveolar e dos tecidos moles circundantes, o alto nível de previsibilidade, a diminuição considerável de sangramentos, além da diminuição do tempo de procedimento.

A técnica de Xt Lifting não deve ser utilizada para exodontia de raízes residuais muito fragilizadas estruturalmente, com paredes dentinárias muito afinadas. (MENESES, 2009)

7. PRESCRIÇÃO PÓS OPERATÓRIA

- Dipirona 1g, tomar 1 comprimido à cada 6 horas durante 3 dias, após esse período, tomar somente em caso de dor.
- Clorexidina 0,12%, deve-se banhar a região 2x ao dia 30 minutos após a escovação durante 7 dias.

Após a exodontia, é necessário uma série de fatores para garantir a qualidade da cirurgia, destacam-se, a higiene oral do paciente, dieta, entre outras coisas que devem constar na folha de orientações pós-operatórias, que além de ser entregue para o paciente de forma escrita, deve ser explicada de forma clara e objetiva para o mesmo pelo cirurgião dentista.

8. CONSULTAS DE RETORNO

O paciente deve retornar após sete dias, para remoção da sutura e avaliação das suas condições clínicas. O paciente deve ainda, ser orientado a retornar ao consultório odontológico à cada 6 meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

FELTRIN 1997, comenta que os cirurgiões-dentistas brasileiros ainda são desinformados, temerosos e despreparados quando se trata de atender pacientes HIV+.

E Como podemos observar durante todo o desenvolvimento do trabalho, é de suma importância que o cirurgião dentista esteja apto a tratar essas pessoas, assim como a identificar essas lesões orais, já que muitas vezes o paciente não sabe que contraiu o vírus HIV e os primeiros sinais clínicos da doença podem se desenvolver nessa região. Sendo assim, esse profissional tem uma grande responsabilidade no diagnóstico precoce da doença, resultando em uma melhor qualidade de vida para esses pacientes (CORRÊA e ANDRADE, 2005).

O estudo trouxe ainda, outras complicações que podem acometer esses pacientes e que servem como ferramenta para que o profissional possa complementar a suspeita diagnóstica de AIDS, como características sistêmicas, complicações cutâneas e neurológicas.

O protocolo clínico de cirurgia, foi desenvolvido afim de salientar que o profissional deve cobrir-se de todos os cuidados e precauções possíveis, para que o procedimento cirúrgico seja livre de intercorrências e para que o prognóstico seja o melhor possível. Para isso é necessário primeiramente solicitar parecer médico e avaliar as taxas dos exames pré-operatórios e só de acordo com esses resultados, prosseguir com a cirurgia.

STOMATOS 2002, diz que está apto a receber o tratamento cirúrgico, o paciente que apresentar taxa de TCD4 superior à 350 células/mm³ de sangue, carga viral estabilizada abaixo de 100,000 cópias/mL, e demais exames laboratoriais com taxas consideradas compatíveis a um quadro de saúde.

O profissional deve estar atento às medicações usadas pelo paciente, que possam vir causar algum problema durante a cirurgia.

Podemos observar, que ao seguir o protocolo clínico, o risco de complicações durante e após a cirurgia é reduzido, facilitando o alcance do objetivo principal, que

é o sucesso do tratamento proposto, assim como tornar menos traumática possível a estadia desses pacientes no consultório odontológico.

É imprescindível que o profissional esteja sempre atento quanto ao risco de infecção ocupacional.

REFERÊNCIAS

- ALBANO LA. **Centro Universitário de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde. A I D S, uma epidemia do mundo atual Brasília 2000**
- 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 .
- DODSON TB. HIV status and the risk of post-extraction complications. **Journal of Dental Research** 1997 Oct;76(10):1644-52
- FELIPE, LCS. Patients with HIV/AIDS in dentistry and its oral manifestations. **Journal of orofacial investigation**. 2016;3(1):53-62
- FELTRIN EE, Navarro CM, Sposto MR. Nível de informação e comportamento dos dentistas brasileiros em relação à AIDS e à infecção pelo HIV. **Rev Odont Univ** Estad São Paulo 1997; 26(2):287–95.
- GLICK M et al. Dental complications after treating patients with AIDS. **J Am Dent Assoc**. 1994;125(3): 296-301. 17.
- HIRATA CH. Oral manifestations in AIDS. **Braz J Otorhinolaryngol**. 2015;81:120-3
- MENESES DR. Exodontia Atraumática e Previsibilidade em Reabilitação Oral com Implantes Osseointegráveis - Relato de Casos clínicos Aplicando o Sistema Brasileiro de Exodontia Atraumática Xt Lifting. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial** Volume 50, N°1, 2009

- NEVILLE, B.W.; ALLEN, C.M.; DAMM, D.D.; et al. **Patologia: Oral & Maxilofacial**. 4. ed. Guanabara Koogan, 2016.
- PATTON LL, SHUGARS DA. Immunologic and viral markers of HIV-1 disease progression: implications for dentistry. **J Am Dent Assoc**. 1999;130(9): 1313-22.
- PORRO, A.M.; YOSHIOKA, M.C.N. Dermatologic manifestations of HIV infection. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, 75(6):665-691, nov./dez. 2000.
- **Revista Brasileira de Cancerologia**. Linfoma Não-Hodgkin de Alto Grau. 2008; 54(2): 175-183
- **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV vol.68 no.5 São Paulo Oct. 2002
- **Revista Stomatos**. Conduta pré-operatória frente a pacientes HIV+ e aids. v. 8, n. 14, p. 27-32, Jan./jun.2002.
- SHIRLAW PJ et al. Oral and dental care and treatment protocols for the management of HIV-infected patients. **Oral Dis**. 2002;8(suppl. 2):136-43.
- SONIS ST, Fazio RC, Fang L. **PRINCÍPIOS E PRÁTICA DE MEDICINA ORAL**. 2ª Ed. 1995. Cap. 47.

