

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA

GABRIEL AUGUSTO PEDRO E WESLLEY PEREIRA DA SILVA
DANIEL COHEN GOLDEMBERG

MANIFESTAÇÕES ORAIS DE PACIENTES COM SÍNDROME DA
IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

Rio de Janeiro

2021.1

Manifestações Oraís de Pacientes com Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)

Oral Manifestations in patients with acquired immunodeficiency syndrome(AIDS)

X

X

X

Gabriel Augusto Pedro e Wesley Pereira da Silva

Graduandos do curso de odontologia do Centro Universitário São José

Daniel Cohen Goldemberg

Estomatologista pela UFRJ,Patologista oral pela University College London(UCL),Professor de patologia Centro Universitário São José

X

X

X

RESUMO

X

A pandemia do HIV/AIDS é uma patologia que ainda se mantém até os dias atuais na sociedade pelo mundo inteiro. A avaliação e diagnóstico da saúde oral é muito importante para que os profissionais cirurgiões dentistas possam contribuir efetivamente no controle da doença através do diagnóstico precoce, alertando ao paciente, controlando a infecção e acompanhando o tratamento dele desde o início. Cirurgiões dentistas tem um importante papel em determinar minuciosamente este diagnóstico através das manifestações orais e assim, tomar uma decisão crucial para determinar a saúde geral e oral do paciente a partir do correto diagnóstico. Este artigo tem por objetivo oferecer informação sobre as manifestações orais associadas a pacientes portadores de AIDS, seu aspecto clínico na cavidade oral e estratégias de tratamento.

Palavras-chave: HIV,AIDS,Diagnóstico. (3 palavras)

X

X

X

ABSTRACT

X

The HIV/AIDS pandemic is a pathology that continues to maintain its presence until nowadays among the society all across the world. The evaluation and diagnosis of oral health status is very important in order to make the dentistry professionals contribute effectively to the control of the disease through the early diagnosis, also making the patient aware of it, to control the progress of the infection and surveilling the treatment with the patient since the very beginning. The dentists play an important role in order to determine accurately this diagnosis through the oral manifestations and with that, , to make a crucial decision in order to determine the patient's general and oral health since the correct diagnosis. This article has got the objective to offer information about the oral manifestations associated to patients with AIDS, their clinical presentation and also the treatment strategies.

Keywords: HIV, AIDS, Diagnosis.

INTRODUÇÃO:

X

X

A contaminação por HIV e conseqüentemente o desenvolvimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) se tornou um grande marco sócio-histórico na história da humanidade desde seu surgimento e seu auge na década de 80. A saúde oral é um componente de suma importância para análise sistemática do estágio da infecção pelo HIV, além de ser a chave para uma qualidade de vida mais positiva em um diagnóstico precoce através dos possíveis sinais encontrados na boca.

O HIV é um vírus que promove uma infecção crônica dos linfócitos T CD4+, resultando na imunossupressão do paciente, facilitando o aparecimento de infecções oportunistas, o que se reflete também na imunidade da mucosa oral.

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é considerada uma pandemia mundial, com casos notificados em quase todos os países. De 1980 a junho de 2016 foram notificados no Brasil 842.710 casos de AIDS.

Lesões orais estão entre os principais sinais clínicos de início de infecção pelo HIV e em indivíduos de sorologia desconhecida. Pode ser possível diagnosticar a infecção nos estágios iniciais através do correto manejo clínico do cirurgião dentista e em pacientes diagnosticados com HIV, mas ainda não realizando terapia adequada, pode-se definir o estágio da progressão da AIDS. Em pacientes com terapia antiretroviral ativa (HAART), por sua vez, pode demonstrar manifestações orais que se mostram possíveis determinar a eficácia do tratamento.

Com o início dos tratamentos terapêuticos com os antirretrovirais, o número de pessoas com AIDS diminuiu muito, conseqüentemente as doenças oportunistas associadas ao HIV, inclusive na mucosa oral. Sendo assim, houve aumento na expectativa de vida desses pacientes.

O conhecimento prévio de tais sinais e sintomas para o cirurgião-dentista irá sugerir uma melhor conduta para definir a progressão da doença, assim como estipular um diagnóstico e prognóstico adequado dependendo de diversos fatores inclusos na anamnese e exame clínico.

Os exames complementares são de extrema importância para confirmar o diagnóstico da situação atual do paciente, o papel do cirurgião dentista após o exame clínico é de solicitar um exame sorológico para o HIV, sendo honesto sobre a condição do paciente e, com seu consentimento, realizar a solicitação do exame.

X

X

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Por ter o contato direto com a cavidade oral, o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional a detectar lesões em um paciente com HIV. Entretanto, o diagnóstico final se dá por meio de testes laboratoriais que podem ser solicitados pelo próprio profissional. Dentre os testes existentes, destacamos os dois mais comuns: o ELISA e o teste de Wester Blot, exames que detectam a presença de anticorpos para o HIV¹

Diversos autores dedicaram em suas pesquisas ao estudo das manifestações orais de pacientes HIV+/AIDS. Verifica-se na literatura que há predominância de

alguns tipos de lesões onde a candidíase nas suas diversas apresentações clínicas, as doenças gengivais e/ou periodontais, a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi e o herpes simples se situavam entre as mais frequentemente citadas pelos autores¹⁹

As infecções fúngicas se instalam em muitos pacientes HIV+, devido as profundas alterações que ocorrem na função imunológica mediada por linfócitos T. Dentre esses fungos patogênicos, a *Candida albicans* tem papel relevante no desencadeamento de infecções, apresentando-se como lesão inicial na frequência de 3% a 30%, sendo as formas mucosas as mais comuns e precoces (ACHADOS DE LIMA,1994)¹⁵

Consideram a leucoplasia pilosa é considerada como um marcador clínico importante, cuja prevalência aumenta com a progressão da doença, chegando a 40% dos pacientes quando a contagem CD4 atinge 400/mm³ (CORREA,1994;SUGAYA,1994;BIRMAN4,1994)⁴

Greespan; Greespan⁷ (1992) verificaram que esta foi a lesão mais prevalente em 198 pacientes africanos HIV+ (GREESPAN,1992)¹¹

As lesões orais são indícios precoces e de suma importância para indicar a progressão patológica da AIDS e pode se manifestar em até 50% de pacientes portadores do vírus HIV e em até 80% em pacientes portadores de AIDS⁸

Das lesões de origem bacteriana ligadas à infecção pelo HIV estão a gengivite e periodontite de evolução rápida. Com a imunossupressão ocorrem alterações na microbiota normal da boca, notando-se um aumento das bactérias anaeróbias gram-negativas subgengivais, com conseqüente distúrbios nos componentes salivares, como por exemplo enzimas antimicrobianas e imunoglobulinas. Portanto, há uma diminuição da capacidade da saliva em controlar a microbiota e placa bacteriana propiciando o desenvolvimento de lesões gengivais e periodontais^{8,17,9}

O vírus herpes humano 8 (HHV-8) é atualmente reconhecido como um cofator infeccioso na patogênese do sarcoma de Kaposi, embora não se saiba claramente o modo pelo qual o HHV-8 causa esta lesão. Provavelmente, ocorre conjugação com outros fatores incluindo-se citocinas, proteínas anti-apoptoses e receptores celulares de superfície (KENNEDY,1999)¹³

O vírus herpes humano tipo 8 (HHV-8) está implicado como agente etiológico do sarcoma de Kaposi; segundo ainda este autor, tantos os monócitos como os linfócitos B aparecem como reservatórios para o HHV-8 em indivíduos

assintomáticos, considerando que o HHV-8 está presente nas células escamosas e células endoteliais microvasculares dentro das lesões de sarcoma de Kaposi (OFFERMANN,1999)¹⁸

Portanto, para estes autores, estas variáveis podem influenciar no desenvolvimento de certas lesões bucais, em pessoas com infecção pelo HIV, em determinadas regiões geográficas¹⁹.

X

X

X

CORPO DO TRABALHO/DESENVOLVIMENTO – Estes termos são provisórios, apenas servem para ilustrar que é a parte mais extensa do seu trabalho. Você deve dividi-lo em tópicos com títulos que geralmente advém dos objetivos específicos e decorrem do assunto a ser tratado.

X

X

Os pacientes HIV positivos que não estejam em tratamento, podem desenvolver lesões bucais como: candidíase, doença periodontal, sarcoma de kaposi, herpes simples e leucoplasia pilosa. Em adição, pacientes que apresentam mais riscos são aqueles que apresentam carga viral alta no momento do exame, maior tempo de infecção pelo HIV, dependência ao álcool, maior consumo de tabaco e derivados, menor renda e menor escolaridade⁸.

Observa-se também que com o uso da terapia antirretroviral(TARV) acontecem mudanças na frequência e nas características das complicações bucais associadas a infecção pelo HIV, pois esta reduz a prevalência e a severidade de doenças oportunistas associadas ao HIV¹⁶

A seguir, iremos abordar as lesões mais prevalentes divididas em infecções fúngicas (candidíase e queilite angular), infecções bacterianas (doença periodontal e gengivite úlcero-necrosante), infecções virais (herpes simples e leucoplasia pilosa) e lesões malignas (Sarcoma de Kaposi) segundo diversos estudos já realizados⁸.

1.1 Candidíase Oral

Causada majoritariamente pela *Candida Albicans*, a candidíase ou candidose é uma doença fúngica. É a lesão bucal mais comum nos pacientes portadores de AIDS, e está relacionado a baixa imunidade do paciente. Sendo fortemente associada em pacientes com baixos níveis de CD4, A candidíase oral ocorre em pelo menos 90% dos pacientes antes da introdução do HAART. A prevalência da candidíase oral entre os pacientes que recebem tratamento antiretroviral é 50% menor comparado antes da era do HAART. Existem 4 tipos de infecção por cândida: a pseudomembranosa, a eritematosa, a hiperplásica e a quelite angular¹⁴

O diagnóstico é feito clinicamente pelos sinais clínicos e exames de citologia esfoliativa, com identificação definitiva por meio de cultura. A primeira escolha de tratamento é a Nistatina 200.000 UI, suspensão oral ou pastilha diariamente 4-5 vezes por 10-14 dias. Outros medicamentos que podem ser indicados são: Cetoconazol, Fluconazol ou o Itraconazol¹⁷

1.2 Queilite angular

Em pacientes debilitados é muito comum a presença da queilite angular, principalmente devido a carência de vitaminas e naqueles que já perderam molares¹⁷

Como consequência, acontece a formação de uma dobra na comissura labial, deixando-a constantemente úmida e tornando o local propício a formação de candidíase¹⁷

O tratamento consiste basicamente em antifúngicos e/ou antibióticos. Pode-se recomendar o uso tópico de pomadas antifúngicas 2 ou 3 vezes ao dia, ou mesmo a ingestão oral em comprimidos¹⁷

2. Infecções Bacterianas

2.1 Doença Periodontal

Dentre as doenças periodontais, temos a gengivite e periodontite de evolução rápida. Devido a imunossupressão decorrente da contaminação com o vírus da

AIDS, ocorre alterações na microbiota oral, tornando propício o desenvolvimento de lesões gengivais e periodontais⁸

O diagnóstico é feito clinicamente pelos sinais clínicos e auxílio de exames complementares como exames complementares de imagem (Raio-X)⁸

O tratamento consiste no uso de antibióticos, higienização adequada e diária com uso de fio dental⁸

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 associados a imunossupressão, as quais são causados por patógenos oportunistas (GLICK,2002;HOLMSTRUP,2002)⁹

2.2 Gengivite úlcero-necrosante

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. Como é uma infecção que ocorre na presença de estresse psicológico e estados de pacientes imunossupressores como são os casos de pacientes com HIV¹⁷

O tratamento portanto se inicia com irrigação da área com água oxigenada, devido aos microorganismos causadores serem anaeróbicos, e se localizarem próximo a superfície externa da gengiva¹⁷

Devem ser prescritos bochechos com clorexidina ou água oxigenada diluída, antibióticos (ex: metronidazol, penicilina, eritromicina e tetraciclina)¹⁷

3. Infecções Virais

3.1 Herpes Simples

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 a debilidade do sistema imunológico⁶

As lesões geralmente são vesiculares, na mucosa bucal de pacientes imunocompetentes, ocorre, principalmente no palato duro, gengiva, dorso lingual e vermelhão do lábio²

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 lesões²

O tratamento consiste no uso de drogas antivirais que podem ser: Famiclovi, Peniciclovir, Valaciclovir e Aciclovir. Podem ser administrados por via oral, em forma de comprimido e pomada via administração local²

3.2 Leucoplasia Pilosa Oral

A Leucoplasia Pilosa Oral (LPO) é uma infecção oportunista associada a presença do Vírus Epstein-Barr e se manifesta de forma especial em portadores do vírus HIV⁷

Na maioria dos casos, a LPO é assintomática ou não apresenta sintomatologia relevante¹⁰

Na infecção pelo HIV, a LPO acomete preferencialmente pacientes adultos⁹

Com a implementação das novas terapias ARTV, os casos de LPO, assim como outras manifestações bucais, estão ocorrendo com menor frequência. O tratamento pode ser desnecessário¹⁷

4 Lesões Neoplásicas

4.1 Sarcoma de Kaposi

É um tumor vascular, sendo mais comum em pacientes com AIDS, e predominantemente em homens²⁰. A infecção pelo HIV não é um pré-requisito para o desenvolvimento do Sarcoma de Kaposi³

As lesões da cavidade oral ocorrem em aproximadamente um terço dos pacientes com SK associado a AIDS, sendo que as lesões duras do palato são as mais comuns⁵

O diagnóstico definitivo requer biópsia. O tratamento para SK inclui radiação, excisão cirúrgica e injeções intra-lesionais com quimioterapia¹²

A maior parte do tratamento não possui cura definitiva, mas reduz o tamanho e o número¹²

X

X

X

CONSIDERAÇÕES FINAIS

X

X

A cada dia que passa, o número de pessoas que vive com HIV vem aumentando e por isso é imprescindível o conhecimento do cirurgião-dentista para um correto diagnóstico e prognóstico dos portadores do vírus da imunodeficiência adquirida e com isso espera-se que haja uma melhor contribuição na melhor qualidade de vida desses pacientes.

Com todos os tratamentos atuais, como os antirretrovirais, que elevam a expectativa de vida dos pacientes soropositivos, a suscetibilidade a lesões bucais ainda é alta, e a candidíase pseudomembranosa é a infecção mais comum, seguida da queilite angular e doenças periodontais.

Neste artigo oferecemos as ferramentas e principais informações acerca do desenvolvimento da doença e sua apresentação na cavidade oral, e com objetivo de alcançar o máximo de profissionais da saúde possível para melhorar o acompanhamento e diagnóstico de um paciente portador da AIDS com quadro de HIV.

Algumas dessas manifestações são mais comuns de acontecerem como a candidíase, porém outras manifestações orais da doença podem estar presentes e cabe aos cirurgiões dentistas terem um papel ativo no cuidado e diagnóstico do paciente, e com essa informação contida nesta revisão de literatura a respeito do assunto o objetivo de informar e prevenir foi alcançado.

Portanto, um diagnóstico com auxílio de exames complementares, conhecimento sobre todas essas manifestações bucais e acompanhamento dos pacientes soropositivos acaba por oferecer uma boa qualidade de vida e uma correta prevenção sobre essas manifestações bucais em pacientes HIV+ com AIDS.

X

X

REFERÊNCIAS

- 1-BRASIL.Ministerio da saúde. Secretaria de politicas de saúde. Coordenação nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a pratica odontológica em tempos de AIDS: Manual de condutas**. Brasilia: Ministerio da saúde,2000.
- 2- Consolaro A, Consolaro MF. **Diagnóstico e tratamento do herpes simples recorrente peribucal e intrabucal na prática ortodôntica**. R Dent Press Ortodon Ortop Facial. 2009
- 3- Corrêa, Elisabete Míriam de Carvalho; Andrade, Eduardo Dias. Tratamento odontológico em pacientes hiv/aids. **Rev odonto ciência**. 2005
- 4- CORREA, O. C. L.; SUGAYA, N. N.; BIRMAN, E. G. Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV - positivos ou com AIDS. Parte II. Doenças virais (viróticas). **Rev ABO Nac**, abril/maio 1994
- 5- Costa EL, Venâncio MA, Gamona A. Sarcoma de Kaposi. HU rev, Juiz de Fora. 2006.
- 6- Fatahzadeh M, Schwartz RA. **Human herpes simplex infections: epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis and management**. Clin Exp Dermatol. 2007
- 7-Flores JA, Ferreira FV, Gasparin AB, Kaiser MR,Oliveira MO. **Manifestações bucais e infecções oportunistas em pacientes HIV positivos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) – RS**. Saúde, Santa Maria. 2006.
- 8-Gasparin AB, Ferreira FV, Danesi CC,Mendoza-Sassi RA,Silveira J Martinez AMB, et al. **Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira**. Cad. Saúde Pública 2009.
- 9- Glick M, Holmstrup P. **HIV infection and periodontal disease**. In: Rose LF, Genco RJ, Cohen DW, Mealey BL, editors. Periodontal Medicine. London: BC Decker Inc; 2000
- 10- Greenspan D, Greenspan JS, Conant M, Petersen V, Silverman JRS, Souza Y. **Oral hairy leukoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papilloma virus and a herpesgroup virus**. Lancet. 1984;
- 11- GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J. S. **Significance of oral**

hairy leukoplakia. Oral Surg, Feb. 1992

12- Hirata CH. **Oral manifestations in AIDS.** Braz j otorhinolaryngol. 2015

13- KENNEDY, M. M., BIDDOLPH, S.; LUCAS, S. B.; HOWELLS, D. D.; PICTON, S.; McGEE, J. O.; O'LEARY, J. J. **CD40 upregulation is independent of HHV-8 in the pathogenesis of Kaposi's Sarcoma.** Mol Pathol, 1999

14-Lemos AD. **AIDS na terceira idade.** Campina Grande. Monografia [Graduação] - Universidade Estadual da Paraíba; 2012.

15- LIMA, O. C. C.; SILVEIRA, F. R. X. da; BIRMAN, E. G. Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV-positivos ou com AIDS I: doenças fúngicas. **Rev ABO Nac**, fev/mar. 1994

16-Motta WKS, Nóbrega DRM, Santos MGC, Gomes DQC, Godoy GP, Pererira JV. **Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/AIDS.** Rev Odontol UNESP 2014.

17- NEVILLE, B.W., DAMM, D.D., ALLEN, C.M., BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Elsevier: Rio de Janeiro, 2009

18- OFFERMANN, M. K. **Consideration of host-viral interaction in the pathogenesis of Kaposi's Sarcoma.** J Acquir Immune Defic Syndr., August Review, 1999

19-Souza LB, Pinto LP, Medeiros AMC, Araújo Jr RF, Mesquita OJX. **Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira.** Pesq Odont Bras. 2000;

20-Zurrida S et al. **Classic Kaposi's sarcoma: a review of 90 cases.** J Dermatol. 1992.

APÊNDICES E ANEXOS

X

X

Tabela 1: Distribuição de lesões orais de acordo com idade e sexo. (Iranian Journal of Otorhinolaryngology, Vol. 27(1), Serial No.78, Jan 2015)

Oral Findings	Total	>45 yrs	36-45yrs	26-35yrs	≥ 25yrs	P value	Female	Male	P value
	No (%)	No (%)	No (%)	No (%)	No (%)		No (%)	No (%)	
Tooth Decays	46(41.8)	8(50)	14(37.1)	21(45.7)	3(42.9)	0.83	9(47.4)	37(40.7)	0.59
Severe Periodontitis	30(27.3)	6(37.5)	6(16.2)	15(32.6)	3(42.9)	0.21	6(31.6)	24(26.4)	0.64
Pseudomembranous Candidiasis	26(23.6)	5(31.2)	8(21.6)	13(28.3)	0(0)	0.36	5(26.3)	21(23.1)	0.76
Hairy Tongue	26(23.6)	5(31.2)	7(18.9)	13(28.3)	0(0)	0.29	3(15.8)	23(25.3)	0.37
Xerostomia	22(20)	5(31.2)	4(10.8)	13(28.3)	0(0)	0.08	4(21.1)	18(19.8)	0.9
HSV Infection	22(20)	4(43.8)	4(10.8)	9(19.6)	1(14.3)	0.05	3(15.8)	19(20.9)	0.61
Erythematous Candidiasis	21(19.1)	7(25)	5(13.5)	11(23.9)	1(14.3)	0.61	2(10.5)	19(20.9)	0.29
Hyperpigmentation	20(18.2)	2(12.5)	6(16.2)	10(21.7)	2(28.6)	0.73	5(26.3)	15(16.5)	0.31
Aphthous Ulcer	12(10.9)	2(12.5)	4(10.8)	4(8.7)	2(28.6)	0.48	1(5.3)	11(12.1)	0.38
Angular Cheilitis	10(9.1)	2(12.5)	6(16.2)	1(2.2)	1(14.3)	0.15	4(21.1)	6(6.6)	0.046
Non-specific Ulcers	9(8.2)	0(0)	5(13.5)	4(8.7)	0(0)	0.34	1(5.3)	8(8.8)	0.61
Verruca Vulgaris	7(6.4)	1(6.2)	2(5.4)	3(6.5)	1(14.3)	0.85	4(21.1)	3(3.3)	0.004
Fissured Tongue	6(5.5)	1(6.2)	4(10.8)	0(0)	1(14.3)	0.13	3(15.8)	3(3.3)	0.029
Keratosis	5(4.5)	1(6.2)	1(2.7)	2(4.3)	1(14.3)	0.60	1(5.3)	4(4.4)	0.86

Salivary Gland Disease	5(4.5)	1(6.2)	1(2.7)	3(6.5)	0(0)	0.77	0(0)	5(5.5)	0.29
Lichenoid reactions	5(4.5)	0(0)	2(5.4)	1(2.2)	1(14.3)	0.34	0(0)	5(5.5)	0.29
Trigeminal Neuralgia	5(4.5)	2(12.5)	1(2.7)	1(2.2)	0(0)	0.41	3(15.8)	2(2.2)	0.01
Necrotizing Ulcerative Gingivitis	2(1.8)	0(0)	0(0)	2(4.3)	0(0)	0.44	0(0)	2(2.2)	0.51
Necrotizing Ulcerative Periodontitis	3(2.7)	0(0)	0(0)	2(4.3)	1(14.3)	0.15	0(0)	3(3.3)	0.42
Trombocytopenic Purpura	1(0.9)	0(0)	0(0)	1(2.2)	0(0)	0.72	0(0)	1(1.1)	0.64

Tabela 2: Distribuição de lesões orais de acordo com contato sexual.(Iranian Journal of Otorhinolaryngology, Vol. 27(1), Serial No.78, Jan 2015)

(Oral Findings)	Total	Sexual Contact	Non Sexual Contact	P value
	No (%)	No (%)	No (%)	
Tooth Decays	46(41.8)	20(47.6)	26(38.2)	0.33
Severe Periodontitis	30(27.3)	12(28.6)	18(26.5)	0.81
Pseudomembranous Candidiasis	26(23.6)	11(26.6)	15(22.1)	0.62
Hairy Tongue	26(23.6)	7(16.7)	19(27.9)	0.17
Xerostomia	22(20)	8(19%)	14(20.60)	0.84
HSV Infection	22(20)	9(21.4)	13(19.1)	0.76
Erythematous Candidiasis	21(19.1)	12(28.6)	9(13.2)	0.04
Hyperpigmentation	20(18.2)	9(21.4)	11(16.2)	0.48
Aphthous Ulcer	12(10.9)	4(9.5)	8(11.8)	0.71

Angular Cheilitis	10(9.1)	3(7.1)	7(10.3)	0.57
Non-specific Ulcers	9(8.2)	4(9.5)	5(7.4)	0.68
Verruca Vulgaris	7(6.4)	1(2.4)	6(8.8)	0.17
Fissured Tongue	6(5.5)	3(7.1)	3(4.4)	0.54
Keratosis	5(4.5)	3(7.1)	2(2.9)	0.30
Salivary Gland Disease	5(4.5)	1(2.4)	4(5.9)	0.39
Lichenoid reactions	5(4.5)	2(4.8)	3(4.4)	0.93
Trigeminal Neuralgia	5(4.5)	2(4.8)	3(4.4)	0.93
Necrotizing Ulcerative Gingivitis	2(1.8)	1(2.4)	1(1.5)	0.72
Necrotizing Ulcerative Periodontitis	3(2.7)	1(2.4)	2(2.9)	0.86
Trombocytopenic Purpura	1(0.9)	1(2.4)	0(0)	0.20

REGRAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO

As regras de apresentação representam um item fundamental na produção dos trabalhos acadêmicos. É imprescindível destacar algumas considerações quanto à numeração de páginas, aspectos referentes à digitação, maneira de redação, sequência de figuras, formatação de tópicos e estrutura de apresentação, seguindo normas da ABNT:

- **FORMATO:**

- ✓ Papel branco, formato A4 (21cm X 29,7cm);
- ✓ Modelo de fonte Times New Roman ou Arial;
- ✓ Tamanho de fonte 12 e tamanho menor (10) para citações de mais de três linhas, notas de rodapé, paginação e legendas das ilustrações e tabelas
- ✓ No caso das citações com mais de três linhas, deve-se observar o recuo de 4 cm da margem esquerda.

- **MARGENS:**

- ✓ Direita e inferior de 2 cm; esquerda e superior de 3 cm;

- ✓ Marca de parágrafo a 1,5cm da margem (geralmente um Tab. nos teclados).

▪ **ESPACEJAMENTO:**

- ✓ O texto deve ser digitado com espaço 1,5;
- ✓ As citações diretas de mais de três linhas, as notas, as referências, as legendas das ilustrações e tabelas e o resumo devem ser digitados em espaços simples e fonte 10;
- ✓ Os títulos das subseções devem ser separados do texto que os precede ou que os sucede por dois espaços 1,5.
- ✓ No que tange às citações diretas longas deve ocorrer um recuo de 4 cm e a redução do tamanho de letra (fonte 10).

PAGINAÇÃO.

Indicar na parte superior à direita. Contar a partir da primeira página, mas numerar a partir da segunda.

NÚMERO MÉDIO DE PÁGINAS

DE 15 A 25 PÁGINAS