

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES HIV/AIDS

DENTAL MANAGEMENT OF HIV/AIDS PATIENTS

Corrêa, Elisabete Míriam de Carvalho*
Andrade, Eduardo Dias de**

RESUMO

Os portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou que já apresentam a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) precisam de cuidados multidisciplinares que envolvem o cirurgião-dentista. O estado de imunossupressão causado pelo vírus HIV leva ao risco de aparecimento de infecções oportunistas ou neoplasias que podem se manifestar na cavidade bucal. Desse modo, por meio da anamnese e do exame físico, o profissional pode se deparar com sinais e sintomas sugestivos da infecção pelo vírus HIV, contribuindo para o diagnóstico precoce da doença. Naqueles pacientes em que a infecção pelo HIV já foi diagnosticada, o cirurgião-dentista exerce um papel igualmente importante, que é o de manutenção da saúde bucal, contribuindo para melhoria da sua qualidade de vida. Este artigo faz uma revisão sobre o tratamento odontológico de portadores de HIV/aids, enfocando as fases da doença, exames laboratoriais, principais manifestações bucais causadas pela infecção, medicações utilizadas, risco ocupacional e condutas frente a acidentes.

UNITERMOS: aids, vírus HIV, Odontologia.

SUMMARY

The people with human immunodeficiency virus (HIV) or acquired immune deficiency syndrome (aids) needs multidisciplinary care involving the dentists. The state immune suppression caused by HIV increasing the risks of developing opportunistic infections or neoplasias into oral cavity. The dentist can find signs and symptoms of HIV infection, by medical history and clinical examination, contributing to the early diagnosis of the disease. In those patients whose HIV infection was already diagnosed the dentists play an important role in maintaining their oral health and well-being. This paper makes a review about dental treatment of patients with HIV/aids, focusing the clinical stages of disease, laboratory tests, oral lesions more commonly HIV-associated, drugs, occupational risk and treatment after accidental exposure to virus.

UNITERMS: aids, HIV, dentistry.

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi reconhecida oficialmente como entidade patológica em 1981, pelo "Center for Disease Control and Prevention" – órgão dos Estados Unidos que centraliza as normas e as ações relacio-

nadas às doenças (Souza et al., 2000; Malbergier e Schöffel, 2001).

Estima-se que no Brasil existam cerca de 600 mil portadores do vírus HIV (Ministério da Saúde, 2004).

A aids é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) que se transmite por meio de rela-

* Doutora em Odontologia – Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica, pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Unicamp.

** Professor Titular da Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Unicamp.

ções sexuais (vaginais, orais ou anais), sangue, agulhas e seringas contaminadas e através da mãe infectada para seu filho (gravidez, parto e amamentação) (Belman, 2002). Após a contaminação, o indivíduo pode passar meses ou anos de forma assintomática. Desse modo nem todos os portadores do vírus HIV têm aids. À medida que o vírus ataca o sistema imunológico, começam a aparecer os primeiros sinais e sintomas da doença. Portanto, a aids é a manifestação clínica avançada da infecção pelos vírus HIV, que leva a uma imunossupressão progressiva, resultando em uma maior suscetibilidade a infecções oportunistas, neoplasias e manifestações neurológicas (Cotran et al., 2000).

Na área odontológica, o desconhecimento inicial da doença e de seus aspectos clínicos, além do preconceito gerado em torno da aids, causou sérias limitações no tratamento desses pacientes. A grande maioria dos cirurgiões-dentistas ainda não se sente suficientemente preparada para atender portadores do vírus HIV, principalmente quando estes já apresentam complicações clínicas. A insegurança sentida pelo profissional faz com que ele prefira evitar o seu atendimento. Porém, o tratamento dos indivíduos HIV/aids não é mais complexo que o de outros pacientes com comprometimento clínico. Além disso, os primeiros sinais clínicos da imunodeficiência associados ao HIV aparecem com frequência, na cavidade oral (Brasil, 2000), o que dá ao cirurgião-dentista um papel importante no diagnóstico precoce da infecção e tratamento desse grupo de pacientes.

REVISÃO DA LITERATURA

O vírus HIV no organismo

O vírus HIV não tem capacidade de se reproduzir por si próprio, 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, tendo porém, uma maior afinidade pelos linfócitos T, do sistema imunológico. Desse modo, à medida que o vírus HIV se replica, causa depleção das células T, diminuindo a resistência orgânica contra infecções.

Diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV

As técnicas utilizadas para diagnóstico da infecção pelo HIV se baseiam na detecção de anticorpos anti-HIV. Eles aparecem no sangue do

indivíduo infectado de 3 a 12 semanas após a infecção. O período compreendido entre o momento da infecção e o aparecimento de anticorpos anti-HIV (em quantidade suficiente para ser detectado pelos exames laboratoriais) é denominado “janela imunológica” (Brasil, 2000). Os principais testes utilizados para diagnosticar a infecção serão descritos a seguir:

- *ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay)*: geralmente é o primeiro teste a ser realizado. Amplamente utilizado devido a sua elevada sensibilidade, custo relativamente baixo e facilidade de execução (Brasil, 2000).
- *Western Blot*: é considerado o padrão de referência internacional para confirmação de resultados. Trata-se de um ensaio de execução simples, mas de custo elevado (Brasil, 2000).
- *Testes rápidos*: geralmente dispensam a utilização de equipamentos para a sua realização, sendo de fácil execução e leitura visual. São executados em tempo inferior a 30 minutos. São úteis em casos de acidentes ocupacionais, quando é necessária a obtenção rápida da sorologia do paciente-fonte (Brasil, 2000; Patton, 2003).

Curso da doença e monitoramento laboratorial

Segundo Cotran et al. (2000) após a infecção pelo HIV, esta se manifesta em estágios:

- *Fase de infecção aguda inicial*: desenvolve-se 3 a 6 semanas após a infecção, com a presença de febre, dor de garganta, mialgias, exantema transitório, fadiga, etc. Os sinais e sintomas sofrem remissão de maneira espontânea, devido à resposta imune do indivíduo.
- *Fase assintomática*: neste período o vírus permanece em replicação ativa, especialmente nos tecidos linfóides. Há depleção progressiva dos linfócitos T. Esta fase pode durar até 10 anos.
- *Fase crônica*: caracteriza-se pela desintegração da defesa do hospedeiro, iniciando-se com sinais e sintomas constitucionais (fadiga, perda de peso, diarreia) seguidos de infecções oportunistas, alterações neurológicas, podendo ocorrer inclusive neoplasias. Nessa fase diz-se que o indivíduo desenvolveu aids.

Com o diagnóstico precoce da infecção e tratamento com os anti-retrovirais pode-se aumentar o tempo e a qualidade de vida do paciente infectado.

Alguns exames são feitos no portador do vírus HIV para monitoramento da evolução da doença e da resposta ao tratamento anti-retroviral. São eles:

- *Contagem de linfócitos T CD4+*: a redução do número de linfócitos T CD4+ circulantes é um importante indicador de comprometimento imunológico. O indivíduo normal possui em torno de 600 a 1600 células/mm³ de sangue. Quando a contagem se situa entre 500 e 200 células/mm³, aparecem os primeiros sinais e sintomas de supressão do sistema imune, como infecções oportunistas orais e sistêmicas. Uma contagem abaixo de 200 células/mm³ indica severa supressão imunológica e é indicador de diagnóstico de aids, independentemente da presença de quaisquer outros sinais e sintomas (Marceles et al., 1998; Patton et al., 1999; Patton, 2003).
- *Carga viral (mensuração do RNA viral)*: a detecção do número de cópias de RNA viral circulante é um importante auxiliar na monitoração do paciente. Segundo Greenwood et al. (1998) em pacientes com carga viral alta a doença evolui mais rapidamente. É considerada uma carga viral baixa números situados entre 50 a 400 cópias/mL de plasma.

Anti-retrovirais

O vírus HIV, pertencente à classe dos retrovírus, se replica rapidamente e está associado a um alto grau de mutação, o que explica a dificuldade de se desenvolver vacinas contra a infecção. Embora a cura e as vacinas para prevenção da aids ainda não tenham sido descobertas, foram desenvolvidos os anti-retrovirais, drogas que inibem a replicação do HIV no organismo humano, resultando em carga viral mais baixa e conseqüente melhora do sistema imunológico. Estudos realizados na Europa e EUA demonstraram uma redução significativa na morbidade e mortalidade secundárias à aids, diminuindo as infecções oportunistas e o aparecimento de lesões, como o sarcoma de Kaposi (Brodt et al., 1997; Johnson, 2002; Shirlaw et al., 2002).

O primeiro anti-retroviral desenvolvido foi a zidovudina, fármaco conhecido como AZT. Posteriormente, foram desenvolvidas outras drogas, com mecanismos de ação diferentes. Os chama-

dos “coquetéis” são associações de anti-retrovirais que inibem a replicação do vírus em diferentes etapas, tornando o tratamento mais eficaz. (Greenwood et al., 1998).

O paciente infectado pelo vírus HIV precisa fazer um acompanhamento com um infectologista, que avalia a necessidade ou não de prescrição de anti-retrovirais e qual o regime posológico a ser seguido. O uso incorreto destes medicamentos está diretamente relacionado à falência terapêutica, facilitando a emergência de cepas do vírus resistentes aos medicamentos (Johnson, 2002; Lignani-Jr. et al., 2001). O cirurgião-dentista deve ficar atento a esta questão já que o tratamento odontológico de portadores do HIV somente é seguro se este último estiver em acompanhamento médico.

Apesar dos grandes avanços representados pelos anti-retrovirais, eles podem causar efeitos colaterais acentuados, o que dificulta a aderência dos pacientes à terapia anti-retroviral. Alguns destes efeitos envolvem diretamente a cavidade oral como aparecimento de úlceras bucais, xerostomia, hiperglicemia, alterações hematológicas (anemia, neutropenia) e parestesias periorais (Birnbaum et al., 2002; Patton, 2003).

Com relação às interações medicamentosas, segundo Greenwood et al. (1998) alguns anti-retrovirais inibem enzimas do sistema citocromo P450, responsável pela metabolização de diversas drogas. Desse modo, os níveis sanguíneos de substâncias usadas em Odontologia como lidocaína, dexametasona e metronidazol podem ficar aumentados. Assim, no momento da anestesia e ao prescrever medicamentos, o cirurgião-dentista deve usar sempre a menor dose capaz de produzir o efeito desejado.

Outros medicamentos comumente usados pelos portadores do HIV/aids

- *Antidepressivos*: a depressão ocorre com frequência em portadores de HIV/aids, estando associada a fatores como: impacto psicológico da descoberta da infecção, limitações impostas pela progressão da doença, invasão do sistema nervoso pelo vírus HIV ou por infecções secundárias à aids e efeito colateral de alguns anti-retrovirais (Malbergier e Schöffel, 2001). Dentre os medicamentos utilizados para tratar esta patologia estão os antidepressivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, clormipramina, nortriptilina) que podem interagir com as soluções anestésicas locais contendo vasoconstritores do

tipo aminas simpatomiméticas (adrenalina, noradrenalina, levonordefrina e fenilefrina). Devido aos efeitos cardiotoxicos dos tricíclicos e a potencialização das drogas adrenérgicas, a injeção intravascular acidental ou o uso de altas doses de soluções anestésicas locais podem ocasionar aumento da pressão arterial e arritmias cardíacas. Além disso, a diminuição do fluxo salivar causado por estas medicações podem predispor ao aparecimento de candidíase e aumentar o risco de cárie (Felpel, 2000).

- **Ansiolíticos:** a ansiedade freqüentemente se manifesta no paciente HIV/aids devido às questões psicossociais que envolvem a infecção, além de ser um efeito colateral de alguns anti-retrovirais. Desse modo, os benzodiazepínicos são muito utilizados por esse grupo de pacientes. O cirurgião-dentista deve ficar atento à prescrição de medicamentos que possam potencializar os efeitos sedativos dos benzodiazepínicos, gerando uma depressão excessiva do sistema nervoso central. Como exemplo, pode-se citar o cetozonazol e o itraconazol que potencializam os efeitos sedativos do midazolam (Felpel, 2000).
- **Medicamentos para o tratamento de infecções como:**
 - Tuberculose (rifampicina, izoniazida e pirazinamida)
 - Toxoplasmose (azitromicina, clindamicina)
 - Candidíase (cetozonazol, fluconazol)
 - Pneumonia por *Pneumocystis carinii* (sulfametoxazol + trimetoprima)

Para que o tratamento odontológico seja seguro para ambos, paciente e profissional, este último deve estar ciente dos medicamentos utilizados e patologias apresentadas pelo primeiro. Para isso, a anamnese deve ser constantemente atualizada (Brasil, 2000). No caso de doenças como tuberculose, cuja transmissão independe de acidentes ocupacionais, o tratamento odontológico eletivo deve ser temporariamente suspenso até que o paciente saia da fase de contágio. Tratamentos emergenciais devem ser realizados com máscara especial para doenças infecto-contagiosas. É imprescindível fazer contato com o infectologista para saber as reais condições do paciente.

Transmissão do vírus HIV e o risco ocupacional

A transmissão do vírus HIV ocorre sob condições que facilitam a troca de sangue ou líquidos

corporais contendo o vírus. A transmissão sexual é claramente o modo predominante de infecção no mundo inteiro, respondendo por 75% dos casos. A transmissão heterossexual, embora tivesse uma importância quantitativa menor nos primeiros anos do aparecimento da doença, atualmente é o modo mais comum de propagação do vírus (Cotran et al., 2000).

A transmissão parenteral do HIV pode ocorrer em três grupos de indivíduos: usuários de drogas intravenosas, hemofílicos e receptores aleatórios de uma transfusão sanguínea. A transmissão do HIV por transfusão de sangue ou hemoderivados, foi praticamente eliminada devido a medidas como triagem do sangue e plasma doados para anticorpos anti-HIV e tratamento com calor dos concentrados de fatores da coagulação. Porém, o grupo dos usuários de drogas infectados pelo compartilhamento de seringas e agulhas é expressivo. Ao se infectar, transmitem o vírus para outros usuários e parceiros sexuais, o que contribui para a progressão do número de pessoas infectadas (Brasil, 2000; Cotran et al., 2000).

Conforme já mencionado, a transmissão pode ocorrer também da mãe infectada para o seu filho (transmissão vertical). Nos países em que os anti-retrovirais estão disponíveis para a população as taxas de transmissão vertical têm diminuído, já que o uso de anti-retrovirais pelas gestantes diminui os riscos de infecção da criança (Belman, 2002).

Estudos extensos indicam que o HIV não é transmissível por picada de inseto, nem por contato social no local de trabalho, na escola ou no domicílio. Também não existem casos de transmissão do vírus HIV por aerossóis, resultantes da atividade clínica odontológica (Brasil, 2000; Cotran, 2000).

A despeito da presença do vírus da aids na cavidade oral, a saliva não é um veículo eficaz para sua transmissão, já que possui proteínas que funcionam como uma barreira natural na transmissão do vírus. Dentre elas pode-se citar a enzima inibidora de protease secretada pelos leucócitos. Além disso, a hipotonicidade da saliva, que provoca a lise celular, também representa mais um obstáculo na transmissão por esta via (Fox, 1992; Brasil, 2000).

Com relação à transmissão do vírus HIV na Odontologia, por acidentes de trabalho, existe um risco pequeno, porém concreto. Este vai depender da gravidade do acidente (profundidade do corte, volume de sangue presente no instrumental contaminado, entre outros) além da carga viral do

paciente. Estima-se que após um acidente percutâneo, o risco de soroconversão seja de 0,3%. Após uma exposição mucocutânea a sangue contaminado o risco é de 0,09%. Com o advento dos anti-retrovirais, após um acidente de trabalho, um tratamento profilático pode ser realizado, diminuindo ainda mais os riscos de contaminação. Para comparação, cerca de 30% a 40% dos profissionais (não-vacinados) acidentalmente expostos a sangue infectado pelo vírus da hepatite B, tornam-se soropositivos. No caso da hepatite C, o risco médio varia de 1% a 10% (Brasil, 2000; Cotran, 2000).

Conduta frente a acidentes ocupacionais

A melhor forma de lidar com acidentes ocupacionais é a prevenção. O manuseio cuidadoso de agulhas, lâminas e demais instrumentos perfuro-cortantes é fundamental. Segundo McCarthy et al. (2002) 29% das injúrias percutâneas são causadas pelas agulhas das seringas e destes, 17% ocorrem no momento de reencapá-las.

O profissional de saúde que sofre uma exposição ocupacional deve receber atenção médica imediata, que inclui avaliação sorológica, aconselhamento, quimioprofilaxia (se indicada) além de apoio psicológico (Brasil, 2000). Os procedimentos recomendados em caso de exposição a material biológico incluem:

- *Cuidados locais:* após um acidente ocupacional que envolva contato com material biológico, cuidados locais devem ser imediatamente iniciados. Em caso de exposição percutânea a área deve ser rigorosamente lavada com água e sabão. Após exposição em mucosas, recomenda-se a lavagem abundante com água ou solução salina. Segundo McCarthy et al. (2002), não existem evidências de que o uso de substâncias anti-sépticas na área exposta reduza os riscos de transmissão do vírus HIV. A utilização de substâncias irritantes como álcool, éter, glutaraldeído e hipoclorito de sódio são contra-indicados (Brasil, 2000).
- *Avaliação do risco de contágio:* Após a lavagem da área, o cirurgião-dentista deve procurar imediatamente um infectologista para avaliar a gravidade do acidente e o risco de transmissão do vírus. Os critérios de gravidade para avaliação dos riscos de infecção pelo vírus HIV se baseiam no volume de sangue e na quantidade de vírus presente. Portanto, os acidentes mais graves são aqueles

que envolvem maior volume de sangue, ou seja, lesões profundas, provocadas por instrumental perfuro-cortante, presença de sangue visível no dispositivo invasivo, acidentes com agulhas de grosso calibre e aqueles envolvendo pacientes com aids, em estágios avançados da doença ou com infecção aguda pelo HIV (Brasil, 2000).

- *Indicação do uso de anti-retrovirais:* a indicação do uso profilático de anti-retrovirais se baseia na avaliação criteriosa do risco de transmissão do HIV (como visto acima) e também na toxicidade das medicações. Na maioria dos casos em que a quimioprofilaxia é indicada, é usada a combinação de zidovudina com lamivudina (AZT + 3TC). Nos casos em que se opta pela realização da quimioprofilaxia, esta deve ser iniciada o mais rápido possível, preferencialmente dentro de 1 a 2 horas após o acidente, para sua maior eficácia. O tempo de duração da profilaxia deve ser de 4 semanas (Brasil, 2000; McCarthy et al., 2002).
- *Exames:* deve ser feito um acompanhamento sorológico do profissional. O teste ELISA deve ser realizado logo após o acidente e repetido nos períodos de 6 semanas, 12 semanas e 6 meses. A realização do teste logo após o acidente é importante para a caracterização da infecção pelo HIV em decorrência do acidente profissional (Brasil, 2000; McCarthy et al., 2002).
- *Sorologia do paciente-fonte:* após um acidente ocupacional envolvendo um portador do vírus HIV deve-se fazer uma análise da carga viral deste último, já que uma carga viral alta implica em maiores riscos de contágio. Se o acidente envolver um paciente de sorologia desconhecida, deve-se solicitar a realização de exames anti-HIV, podendo-se utilizar os “testes rápidos” (Brasil, 2000; McCarthy et al., 2002).

Papel do cirurgião-dentista frente à aids

As manifestações bucais da infecção pelo HIV são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença (Coulter et al., 2000). Muitos indivíduos infectados desconhecem sua condição, por isso, o cirurgião-dentista pode ser o primeiro a reconhecer os sinais e sintomas causados pela presença do vírus no organismo. Sempre que houver suspeita de infecção pelo HIV deve-se encaminhar o paciente a um infectologista para exames e tratamento adequado.

É importante ressaltar que não cabe ao cirurgião-dentista dizer ao paciente que ele está sob suspeita de infecção pelo HIV e sim, explicar que ele está com alterações (bucais ou sistêmicas) que precisam ser examinadas por um infectologista. Embora a aids não deva ser tratada como um “tabu”, o seu diagnóstico deve ser feito por profissionais treinados para este fim, já que é uma doença incurável.

Com relação aos pacientes já diagnosticados e que procuram tratamento odontológico, muitos profissionais se sentem inseguros em atendê-los e os principais motivos são: medo do risco pessoal de contágio, dúvidas quanto à eficácia das medidas de controle de infecção cruzada, receio de perder outros pacientes caso soubessem que eles tratam portadores do vírus HIV e medo de contaminação por parte do pessoal auxiliar (Nunes e Freire, 1999). Porém, considerando que muitos pacientes infectados são assintomáticos e que desconhecem ou não revelam seu diagnóstico ao cirurgião-dentista, por receio de serem discriminados, é fato que muitos profissionais já atenderam portadores do HIV sem o saberem. Além disso, dados epidemiológicos indicam que o número de pessoas infectadas é crescente no Brasil e no mundo, o que significa que cada vez mais o cirurgião-dentista vai se deparar com este grupo de pacientes (Brasil, 2000).

A conduta mais segura neste caso é a prevenção. Seguir as normas universais de biossegurança, com base no princípio de que todo indivíduo pode ser potencialmente portador de doenças infecto-contagiosas (Souza, 1997; Discacciati et al., 1999) e adquirir conhecimentos básicos sobre estas doenças é a melhor forma do profissional trabalhar com segurança, respeitando as questões éticas, legais e sociais.

Manifestações bucais da infecção pelo HIV

O espectro de manifestações orais causadas pela infecção pelo HIV é muito amplo e sua ocorrência depende de fatores como grau de comprometimento imunológico, uso de anti-retrovirais, higiene oral, entre outros (Marcenes & Pankhurst, 1998; Aguirre, 1999; Birnbaum et al., 2002; Dobalian et al., 2003). Podem ser causadas por infecções fúngicas, bacterianas e virais, além de processos neoplásicos e lesões de causa idiopática (Souza et al., 2000; Brasil, 2000). A seguir serão listadas algumas das manifestações orais mais comuns:

Infecções fúngicas:

Candidíase: é a manifestação clínica mais comum em portadores do vírus HIV. Segundo Shirlaw et al. (2002) a candidíase ocorre em 50% dos indivíduos infectados pelo HIV e 90% daqueles com aids. Em indivíduos infectados pelo HIV assintomáticos é um sinal de descompensação imunológica e com frequência anuncia a transição para aids (Cotran et al., 2000). É comumente causada pelo fungo *Candida albicans* e pode se apresentar sob as formas pseudomembranosa, eritematosa ou de queilite angular. Dependendo das condições imunológicas do paciente, a candidíase pode afetar outras áreas do corpo como a faringe, traquéia e o esôfago (Patton, 2003).

- **Candidíase pseudomembranosa:** caracteriza-se pela presença de pseudomembranas esbranquiçadas ou amareladas, facilmente removíveis por raspagem, deixando uma superfície eritematosa ou ligeiramente hemorrágica. Diagnóstico diferencial: leucoplasia ou líquen plano (Brasil, 2000).
- **Candidíase eritematosa:** é observada como pontos ou manchas avermelhadas, e encontrada com maior frequência no palato, dorso da língua e mucosa jugal. Diagnóstico diferencial: estomatite nicotínica, estomatite traumática, lúpus eritematoso e outros (Brasil, 2000).
- **Queilite angular:** apresenta-se como fissuras partindo da comissura labial, com presença de eritema e por vezes, placas esbranquiçadas. São frequentemente acompanhadas por candidíase intra-oral (Brasil, 2000).

Infecções bacterianas:

Pacientes infectados pelo vírus HIV, especialmente os que apresentam contagem de células T CD4+ abaixo de 300 células/mm³, têm formas especialmente severas de doença periodontal (American Academy of Periodontology, 2000).

- **Eritema gengival linear:** caracterizado por uma banda eritematosa na gengiva marginal, podendo se estender até a gengiva inserida. Promove sangramento à sondagem e nota-se que a intensidade do eritema é desproporcional à quantidade de placa bacteriana (Brasil, 2000).
- **Gengivite ulcerativa necrosante (GUN):** caracteriza-se por severo edema, eritema, sangramento espontâneo, presença de pseudomembrana e áreas de necrose. Além disso, o paciente queixa-se de dor intensa, odor

fétido e a evolução do quadro é rápida (Brasil, 2000).

- *Periodontite ulcerativa necrosante (PUN)*: quando há exposição e perda óssea progressiva, levando à perda de elementos dentários. Dor intensa por toda a maxila ou mandíbula pode ser a queixa principal do paciente. Responde inadequadamente aos tratamentos preconizados para as periodontites em geral.

Infecções virais:

- *Herpes simples*: são vesículas que se rompem e coalescem, formando regiões ulceradas, sintomáticas e persistentes. A infecção herpética em pacientes HIV/aids pode sofrer reativações mais frequentes, formando lesões maiores e de maior duração. A persistência da lesão por mais de 4 semanas associada a soropositividade para o HIV é indicativa para diagnóstico de aids (Brasil, 2000).
- *Leucoplasia pilosa*: lesão branca, não removível à raspagem, localizada principalmente nas bordas laterais da língua, uni ou bilateralmente, sendo associada à presença do vírus Epstein-Barr. É também considerada como um indicativo de comprometimento imunológico, um sinal de progressão da doença (Brasil, 2000).

Neoplasias:

Os pacientes com aids exibem uma alta incidência de certas neoplasias, como o Sarcoma de Kaposi e os linfomas. A origem do risco elevado de lesões malignas é multifatorial, envolvendo defeitos profundos da imunidade das células T, desequilíbrio das funções das células B e dos monócitos e ainda, infecções múltiplas por vírus como papilomavírus humano, herpesvírus humano tipo 8, vírus Epstein-Barr e outros (Cotran et al., 2000).

- *Sarcoma de Kaposi*: É o tumor mais comum em pacientes com aids, predominando em homens. É um tumor vascular. Existem evidências de que o herpesvírus humano tipo 8 seja o principal co-fator na manifestação dessa neoplasia. Na boca as lesões podem apresentar-se como manchas isoladas ou múltiplas, planas ou elevadas, lisas ou ulceradas, de cor vermelha, violácea ou acastanhada. São assintomáticos e os locais mais comuns de manifestação são o palato e gengiva. O

diagnóstico é feito por biópsia. Segundo Cotran et al. (2000) e Shirlaw et al. (2002) no início da epidemia de aids até 40% dos indivíduos infectados apresentavam sarcoma de Kaposi, porém nos últimos anos, a terapia com os anti-retrovirais ajudou a diminuir sua incidência.

- *Linfoma não-Hodking*: representa a segunda neoplasia mais comum entre os pacientes infectados pelo HIV. Na boca, ocorre principalmente na gengiva, associado a dentes em mal estado. Devido a sua localização pode ser confundido com um abscesso dentoalveolar ou problema periodontal. Os casos suspeitos de "abscesso", que não respondem ao tratamento convencional, devem ser acompanhados de perto, com retornos breves. Em caso de dúvida, o paciente deve ser encaminhado imediatamente a um especialista (Brasil, 2000).

Outras manifestações bucais:

- *Lesões ulceradas*: ocorrem com frequência nos portadores do HIV ou pacientes com aids. São sintomáticas, persistentes e de aspecto semelhante a aftas. Possuem etiologias variadas (virais, bacterianas, fúngicas, distúrbios hematológicos, uso de drogas anti-retrovirais ou idiopáticas).
- *Xerostomia*: o portador do vírus HIV pode apresentar diminuição do fluxo salivar, resultando em aumento do índice de cárie, de problemas periodontais, de mucosites e infecções oportunistas. A xerostomia pode ocorrer como efeito colateral dos anti-retrovirais ou devido à própria infecção pelo HIV (Patton, 2003). Segundo Fox (1992), Schiodt (1992) e Mulligan et al. (2000), os portadores do HIV podem apresentar lesões nas glândulas salivares, cujos sinais incluem tumefação glandular e diminuição da salivação.

Manifestações sistêmicas

O paciente HIV/aids pode apresentar diversas alterações sistêmicas como diarreia, pneumonia, tuberculose, toxoplasmose, citomegalovírus, condilomas, alterações do sistema nervoso central, entre outras (Brasil, 2000; Cotran et al., 2000). Algumas alterações podem ser resultantes do uso de anti-retrovirais, como a queda do número de plaquetas.

Segundo Brasil (2000) e Shirlaw et al. (2002), níveis de plaquetas abaixo de 60.000 células/mm³

(normal de 150.000 a 400.000) interferem no tempo de coagulação; se o número de plaquetas cair para menos de 20.000 células/mm³, os procedimentos cirúrgicos odontológicos são contra-indicados.

Objetivos do tratamento odontológico do paciente HIV/AIDS

O objetivo principal do tratamento odontológico neste grupo de pacientes é melhorar a sua qualidade de vida e para isso é fundamental revisar sua história médica. Além disso, é importante conversar com o paciente para avaliar sua expectativa com relação ao tratamento (remoção de dor, melhoria da estética), suas condições emocionais e financeiras (Hastreiter e Jiang, 2002).

O estado emocional do paciente se reflete diretamente na sua capacidade de aderir ao tratamento, comparecendo às consultas e fazendo uma boa higienização oral. A condição financeira influencia a capacidade do paciente de se alimentar corretamente (melhorando ou piorando seu estado nutricional e portanto, sua condição geral) e a possibilidade de pagar uma prótese ou mesmo comprar um simples fio dental. Em resumo, o plano de tratamento deve ser o mais simples possível que possa atender às necessidades e expectativas do paciente.

Conversar com o paciente explicando que a má higiene oral favorece o aparecimento de lesões e infecções que podem afetar o seu estado de saúde geral é de fundamental importância.

Profilaxia antibiótica

Uma dúvida freqüente dos dentistas que atendem pacientes HIV/aids é quanto à necessidade de se fazer profilaxia antibiótica antes de procedimentos invasivos.

Diversos autores têm estudado o assunto e segundo Glick et al. (1994), Patton et al. (2002) e Shirlaw et al. (2002), apesar da presença de comprometimento imunológico nestes pacientes, parece não haver diminuição da capacidade de reparação tecidual e aumento da ocorrência de alveolites. Desse modo, a profilaxia antibiótica somente deverá ser indicada em casos particulares, que dependem do grau de comprometimento imunológico do portador e de sua história médica, assim como da extensão do procedimento a ser realizado (Robinson et al., 1992; Porter et al., 1993; Pankhurst et al. 1994; Brasil, 2000). Alguns dos seguintes critérios podem auxiliar o cirurgião-dentista a optar ou não pela profilaxia antibiótica:

- Níveis de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 células/mm³. Este fator, isoladamente, não é um determinante para profilaxia antibiótica, mas sua presença requer uma análise mais cuidadosa do plano de tratamento, já que indica um comprometimento mais severo do sistema imunológico (Shirlaw et al., 2002).
- Níveis de granulócitos (neutrófilos, eosinófilos e basófilos) abaixo de 1000 células/mm³. 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 indicado pela história médica, os antibióticos e regimes posológicos devem ser os mesmos que os já recomendados pela *American Heart Association* para a prevenção de endocardite infecciosa (Dajani et al., 1997; Shirlaw et al., 2002).

Do mesmo modo que nos pacientes não infectados, a utilização de bochechos com digluconato de clorexidina a 0,2%, antes dos procedimentos invasivos, é uma prática recomendável para reduzir a magnitude das bacteremias (Andrade, 1999; Pallasch e Slots, 2000).

CONCLUSÕES

As alterações bucais causadas pelo HIV/aids dão ao cirurgião-dentista um importante papel no diagnóstico precoce da infecção e manutenção da saúde geral dos pacientes portadores.

O advento da aids veio reforçar a necessidade de atualização constante do cirurgião-dentista no sentido de promover saúde bucal, sem expor o paciente, a equipe de trabalho e a si próprio a riscos desnecessários.

O número de pacientes HIV/aids é elevado e muitas vezes o paciente desconhece ou não informa sua condição. Desse modo ao invés de temer a aids, o cirurgião-dentista deve adotar as normas universais de biossegurança e considerar que todo paciente é potencialmente portador de alguma doença infecto-contagiosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre JM, Ribacoba L, Montejo M. Reduction of HIV-associated oral lesions after highly active antiretroviral therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1999;88(2):114-5.
2. American Academy of Periodontology. Parameter on periodontitis associated with systemic conditions. *J Periodontol.* 2000;71(5):876-9.

3. American Dental Association. Council on dental materials and devices; council on dental therapeutics. Infection control in dental office. *J Am Dent Assoc.* 1978;97(4):673-7.
4. Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 1999. 188p.
5. Belman AL. HIV-1 infection and AIDS. *Neurol Clin.* 2002;20(4):983-1011.
6. Birnbaum TA, et al. Prognostic significance of HIV-associated oral lesions and their relation to therapy. *Oral Dis.* 2002;8(suppl. 2):110-4.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Controle de infecções e a prática Odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 118p.
8. Brodt HR, et al. Changing incidence of aids – defining illness in the era of antiretroviral combination therapy. *AIDS.* 1997;15(14 suppl. 11):1731-8.
9. Cotran RS, 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.
10. Coulter ID, et al. Use of dental care by HIV-infected medical patients. *J Dent Res.* 2000;79(6):1356-61.
11. Dajani AS, et al. Prevention of bacterial endocarditis: recommendations by the American Heart Association. *J Am Dent Assoc.* 1997;128(8):1142-51.
12. Discacciati JAC, Neves DA, Pordeus IA. AIDS e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1999;13(1):75-82.
13. Felpel LP. Psicofarmacologia: antipsicóticos e antidepressivos. In: Yagiela JÁ, Neidle EA, Dowd FJ. Farmacologia e terapêutica para dentistas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. Cap. 12, p.146-60.
14. Felpel LP. Drogas ansiolíticas e relaxantes musculares de ação central. In: Yagiela JÁ, Neidle EA, Dowd FJ. Farmacologia e terapêutica para dentistas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Cap. 13, p.161-176.
15. Fox P. Salivary gland involvement in HIV-1 infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;73(2):168-70.
16. Glick M et al. Dental complications after treating patients with AIDS. *J Am Dent Assoc.* 1994;125(3):296-301.
17. Greenwood I, Heylen R, Zakrzewska JM. Anti-retroviral drugs – implications for dental prescribing. *Br Dent J.* 1998;184(10):478-82.
18. Hastreiter R, Jiang P. Do regular dental visits affect the oral health care provided to people with HIV? *J Am Dent Assoc.* 2002;133(10):1343-50.
19. Johnson D. Therapeutic management of HIV. *Oral Dis.* 2002;8(suppl. 2):17-20.
20. Lignani-Júnior L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(6):495-601.
21. McCarthy GM, et al. Transmission of HIV in the dental clinic and elsewhere. *Oral Dis.* 2002;8(suppl. 2):126-35.
22. Malbergier A, Schöffel AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(3):160-7.
23. Marcenes W, Pankhurst CL, Lewis DA. Oral health behaviour and the prevalence of oral manifestations of HIV infection in a group of HIV positive adults. *Int Dent J.* 1998;48(6):557-62.
24. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Dados e Pesquisas em DST e Aids. [Acesso em 01 mar. 2004]. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/final/dados/hiv.htm>>.
25. Mulligan R, et al. Salivary gland disease in human immunodeficiency virus-positive women from the WIHS study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 2000;89(6):702-9.
26. Nunes MF, Freire MCM. AIDS e Odontologia: conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas. *ROBRAC.* 1999;8(26):7-10.
27. Pallasch T, Slots J. Antibiotic prophylaxis and the medically compromised patient. *Periodontology* 2000. 1996;10:107-38 1996.
28. Pankhurst C, et al. Prophylactic application of an intra-alveolar socket medicament to reduce postextraction complications in HIV-seropositive patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;77(4):331-4.
29. 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.
30. Patton LL, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of complication risks for HIV-positive patients undergoing invasive dental procedures. *J Am Dent Assoc.* 2002;133(2):195-203.
31. Patton LL, et al. Prevalence and classification of HIV-associated oral lesions. *Oral Dis.* 2002;8(suppl. 2):98-109.
32. Patton LL. HIV Disease. *Dent Clin North Am.* 2003;47(3):467-92.
33. Porter SR, Scully C, Luker J. Complications of dental surgery in persons with HIV disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993;75(2):165-7.
34. Robinson PG, Hatt J. Healing after dental extraction in men with HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;74(4):426-30.
35. Schiodt M. HIV-associated salivary gland disease: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;73(2):164-7.
36. 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.
37. Soto JC et al. Determinants of AIDS preventive behavior among dental professionals. *Can J Publ Health.* 1993;84(2):128-31.
38. Souza HMMR. Aids e o profissional de Odontologia. *Rev ABO Nac.* 1997;5(4):256-9.
39. Souza LB et al. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. *Pesq Odont Bras.* 2000;14(1):79-85.

Recebido para publicação em: 10/12/2004; aceito em: 01/04/2005.

Endereço para correspondência:

EDUARDO DIAS DE ANDRADE
Departamento de Ciências Fisiológicas – Área de Farmacologia,
Anestesiologia e Terapêutica
Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp
Av. Limeira, 901 – Bairro Areião – Caixa Postal 52
CEP 13414-903, Piracicaba, SP Brasil
Fones: (19) 3412-5312 / 3412-5308
E-mail: eandrade@fop.unicamp.br