

Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/Aids

Demographic and clinical manifestations of oral in patients seropositive for HIV /SIDA

Walkyria Khéturine de Souza MOTTA^a, Danúbia Roberta de Medeiros NÓBREGA^a,
Manuela Gouvêa Campêlo dos SANTOS^a, Daliana Queiroga de Castro GOMES^a,
Gustavo Pina GODOY^a, Jozinete Vieira PEREIRA^a

^aUEPB – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil

Resumo

Introdução: As lesões bucais e peribucais são comuns nos pacientes infectados pelo vírus HIV e podem representar os primeiros sinais da doença, antes mesmo das manifestações sistêmicas. **Objetivo:** Este estudo objetivou estimar a prevalência de manifestações bucais em indivíduos soropositivos para o HIV, considerando aspectos sociodemográficos, imunológicos e terapêuticos. **Material e método:** Foi realizado um estudo de natureza clínico-epidemiológica transversal, entre outubro de 2007 e abril de 2008, com amostra composta por 40 pacientes. Utilizou-se a técnica de observação direta intensiva por meio de exame clínico apropriado. Os dados foram registrados em fichas pré-elaboradas e analisados por estatística descritiva e inferencial. **Resultado:** Verificou-se a prevalência do gênero feminino (52,5%), na faixa etária de 40 a 49 anos (45%). O tratamento com antirretrovirais foi constatado em 85,0% dos casos, sendo todos com terapia de alta potência (HAART). Observou-se que 52,5% dos pacientes apresentaram a contagem de linfócitos TCD4+ acima de 500cél/mm³ e 50,0% apresentaram carga viral indetectável. A prevalência das manifestações bucais foi 42,5%, sendo a mais expressiva a candidose pseudomembranosa (19,23%), seguida da periodontite úlcero-necrosante (15,38%), da leucoplasia pilosa (11,54%) e da queilite angular (11,54%). Não foi verificada associação entre manifestações bucais e carga viral ($p=0,1268$), nem com o número de células T CD4 ($p=0,3458$). **Conclusão:** A prevalência de algumas manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV ainda é alta, sendo a candidose pseudomembranosa a infecção mais prevalente, principalmente entre pessoas com baixo nível de escolaridade e maior tempo de infecção pelo vírus HIV, independentemente da terapia utilizada e do estado imunológico do paciente.

Descritores: Síndrome de imunodeficiência adquirida; manifestações bucais; odontologia.

Abstract

Introduction: The oral and perioral lesions are common in patients infected with HIV, and may represent the first signs of the disease, even before the systemic manifestations. **Objective:** This study aimed to estimate the prevalence of oral manifestations in HIV seropositive individuals, considering the aspects socio-demographic, immunological and therapeutic. **Material and method:** Was performed nature study clinical-epidemiological transverse, between October 2007 to April 2008, with a sample of 40 patients. Was used the technique of intensive direct observation through appropriate clinical exam. Data were recorded on data sheets pre-prepared and analyzed by descriptive and inferential statistics. **Result:** There was a prevalence of females (52.5%), aged 40-49 years (45%). Treatment with antiretroviral drugs was found in 85.0% of cases, all being with high power therapy (HAART). It was observed that 52.5% of patients had a TCD4+ lymphocyte count above 500cél/mm³ and 50.0% had an undetectable viral load. The prevalence of oral manifestations was 42.5%, the most significant for pseudomembranous candidiasis (19.23%), followed necrotizing ulcerative periodontitis (15.38%), hairy leukoplakia (11.54%) and angular cheilitis (11.54%). No association was observed between oral lesions and viral load ($p=0.1268$) nor the TCD4 cell count ($p=0.3458$). **Conclusion:** Prevalence of some oral manifestations associated with HIV infection is still high, with pseudomembranous candidiasis infection more prevalent, mainly among people with low education levels and longer HIV infection, independent of the therapy and immune status of the patient.

Descriptors: Acquired immunodeficiency syndrome; oral manifestations; dentistry.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é considerada uma pandemia mundial, com casos notificados em quase todos os países¹. É caracterizada pela redução progressiva dos linfócitos CD4 e depleção do sistema imunológico do organismo infectado, resultando no aparecimento de um conjunto de enfermidades consideradas indicadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), como neoplasias malignas e infecções oportunistas²⁻⁴.

As manifestações bucais resultam do comprometimento do sistema imunológico e estudos indicam que as lesões bucais podem ocorrer em mais de 50% dos pacientes com HIV/Aids⁵. A cavidade bucal é uma importante fonte de informações para o diagnóstico e o prognóstico da doença associada à infecção pelo HIV, e as lesões bucais estão entre os primeiros sinais clínicos da infecção pelo HIV ou podem prever a progressão desta para a AIDS^{6,7}.

Sabe-se que as manifestações bucais podem ser causadas por bactérias, fungos e vírus, ou serem de natureza neoplásica. As lesões da cavidade bucal foram divididas com base nas suas características clínicas e intensidade em três grupos. O grupo 1 é composto por sete lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV e consideradas sinais cardinais: candidose bucal; leucoplasia pilosa; Sarcoma de Kaposi; eritema gengival linear; gengivite ulcerativa necrosante; periodontite ulcerativa necrosante, e linfoma não Hodgkin. O grupo 2 inclui úlceras atípicas, doenças das glândulas salivares e infecções virais, como Citomegalovírus/Citomegalovirose, herpes simples, papiloma vírus e Herpes Zoster. Já o grupo 3 apresenta as lesões mais raras, como osteomielite difusa e carcinoma de células escamosas⁶. Acentua-se que pesquisas destacam a candidose bucal como a lesão mais prevalente em portadores do HIV/Aids nas suas diferentes apresentações clínicas⁸⁻¹⁰.

Em pacientes HIV positivos, alguns fatores podem contribuir para o desenvolvimento precoce dessas lesões: contagem de linfócitos TCD4+ abaixo de 200 células/mm³, carga viral elevada, xerostomia, higiene bucal precária e uso de tabaco^{2,3}.

Com o uso da terapia antirretroviral (TARV) e, principalmente, com o advento da terapia antirretroviral de alta potência (*Highly Action Antiretroviral Therapy*- HAART), mudanças importantes têm ocorrido na frequência e nas características das complicações bucais associadas à infecção pelo HIV. Tem sido observado que essa terapia aumenta a contagem de linfócitos TCD4+, reduz a carga viral e, como consequência, reduz a prevalência e a severidade de doenças oportunistas associadas ao HIV¹¹.

Segundo a literatura observada, as manifestações bucais estão associadas à soropositividade para o HIV; entretanto, na região onde o estudo foi realizado, dados referentes à associação dessas lesões com o estado imunológico e o perfil epidemiológico dos pacientes são escassos. Assim, este trabalho objetivou estimar a prevalência de lesões bucais em indivíduos soropositivos para o HIV, considerando aspectos sociodemográficos, imunológicos e terapêuticos.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo de natureza clínico-epidemiológica transversal na unidade ambulatorial do Serviço de Assistência Especializada (SAE) para o paciente com HIV/Aids, localizado em uma cidade do interior do nordeste do Brasil. A coleta de dados foi realizada no período de Outubro de 2007 a Abril de 2008, por um único pesquisador, em uma sala ambulatorial do serviço de referência. A coleta de dados foi realizada através do exame clínico e os achados foram registrados em instrumento de coleta específico, que continha informações referentes ao perfil sociodemográfico e dados sorológicos do paciente, assim como a presença de lesões bucais, hábitos e esquema terapêutico utilizado. O exame bucal e a aplicação do questionário foram realizados após apresentação e prévia concordância de participação, com leitura e assinatura do termo de consentimento.

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os gêneros, adultos, portadores do HIV ou que já apresentassem a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), sendo excluídos os pacientes com a doença em estado avançado, o que impossibilitou o exame odontológico. Assim, a amostra foi composta por 40 pacientes.

A presença de manifestações bucais nos indivíduos pesquisados foi registrada, conforme a classificação de lesões bucais associadas à infecção pelo HIV do *EC Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO Collaborating Centre on oral manifestations of the immunodeficiency vírus*¹².

Os esquemas terapêuticos utilizados pelos pacientes foram registrados segundo as recomendações técnicas consensuais de medicamentos para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV¹³.

A pesquisa foi conduzida de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki e de acordo com a Resolução n.º 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade sob Protocolo 0181.0.133.000-06.

Os dados foram digitados no programa Epi Info 3.2.2 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos) e analisados através dos testes estatísticos Qui-quadrado e *t* de Student. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando valor de $p < 0,05$.

RESULTADO

Dos pacientes estudados, 21 (52,5%) pertenciam ao gênero feminino e 19 (47,5%), ao gênero masculino. Em relação à idade, a média foi de 39,8±8,51 anos. Os pacientes foram divididos em cinco faixas etárias: de 20 a 29 anos; de 30 a 39 anos; de 40 a 49 anos; de 50 a 59 anos, e mais de 60 anos, sendo a faixa de 40 a 49 a mais prevalente. A menor idade foi 25 e a maior foi de 58 anos (Tabela 1).

A forma de contágio mais prevalente foi a via sexual, com 37 casos (92,50%), e três pacientes (7,50%) relataram contaminação por via sanguínea. De acordo com a raça/cor, prevaleceu a branca, com 18 pacientes (45,0%), seguida da

parda com 16 (40,0%), da raça negra com cinco (12,5%) e de um paciente de origem indígena (2,5%). Segundo a escolaridade, 32,5% dos pacientes não concluíram o Ensino Fundamental II e a média de anos de estudo foi de $7,86 \pm 4,17$ (Tabela 2).

A média da renda familiar da amostra estudada foi de R\$ $691,05 \pm 373,74$ e a renda *per capita*, de R\$ $305,55 \pm 284,73$. De acordo com a orientação sexual, foi verificado que 85,0% dos pacientes analisados eram heterossexuais e 15%, homossexuais. Foi observado também que 70,0% dos pacientes tinham vida sexual ativa.

Em relação ao uso de drogas lícitas ou ilícitas, verificou-se que 43,2% dos pacientes possuíam algum hábito nocivo, como tabagismo ou etilismo, não tendo sido relatados casos de dependência de droga injetável.

Do total da amostra, 52,50% apresentaram contagem de linfócitos TCD4+ acima de $500 \text{cél}/\text{mm}^3$; 27,50% apresentaram contagem de linfócitos TCD4+ entre 200 e $500 \text{cél}/\text{mm}^3$; 10,00% abaixo de $200 \text{cél}/\text{mm}^3$, e 10,00% não apresentavam valores recentes (Figura 1). Com relação ao gênero, observou-se que, dentre as mulheres, a contagem TCD4+ acima de $500 \text{cél}/\text{mm}^3$ representava 57,1% dos casos e, dentre os homens, 47,4% tiveram esse mesmo resultado.

Foi observado que 50,0% dos indivíduos apresentaram carga viral indetectável (abaixo de 50 cópias/mL de sangue), seguidos de 20,0% com carga viral baixa (menos de 10.000 cópias/mL de

sangue) e de 7,5% que apresentavam carga viral alta (mais de 10.000 cópias/mL de sangue); note-se que 22,5% não apresentaram carga viral então recente (Figura 2).

O tratamento com uso de antirretrovirais foi relatado por 34 pacientes (85,0%). Destes, todos estavam sob terapia HAART. A classe de antirretroviral mais prevalente foi Inibidor de Transcriptase Reversa Nucleosídeo (ITRN) com 100,0% dos pacientes fazendo uso dessa droga, seguido de Inibidor de Transcriptase Reversa Não Nucleosídeo (ITRNN), com 58,82%, e Inibidor de Proteases (IP), com prevalência de 44,11%.

Foi questionado ao paciente qual a frequência das suas visitas ao dentista: se anualmente, semestralmente ou somente com dor. Constatou-se que 22,5% relataram procurar o serviço odontológico semestralmente, 15% anualmente e 65,2% relataram só procurar atendimento odontológico quando sentiam dor. Ao exame físico extrabucal, a única alteração encontrada foi a linfadenopatia submandibular, presente em 10% de toda a amostra. Quanto à presença de alterações bucais, 17 pacientes (42,5%) apresentaram alguma alteração.

As alterações intrabucais mais prevalentes foram: a candidose pseudomembranosa (19,23%), seguida da periodontite úlcero-

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual da amostra estudada segundo a faixa etária e o gênero (n=40), Brasil, 2010

| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total | |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| (anos) | N | N | n | % |
| 20 a 29 anos | 03 | 03 | 06 | 15% |
| 30 a 39 anos | 07 | 05 | 12 | 30% |
| 40 a 49 anos | 05 | 13 | 18 | 45% |
| 50 a 59 anos | 04 | 00 | 04 | 10% |
| Acima de 60 anos | 00 | 00 | 00 | 00% |
| Total | 19 | 21 | 40 | 100% |

Tabela 2. Distribuição dos pacientes por grau de escolaridade (n=40), Brasil, 2010

| Escolaridade | N | Porcentagem |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Analfabeto | 02 | 05,0% |
| Alfabetizado | 03 | 07,5% |
| Ensino Fundamental I | 06 | 15,0% |
| Ensino Fundamental II | 13 | 32,5% |
| Ensino Médio | 11 | 27,5% |
| Ensino Superior incompleto | 02 | 05,0% |
| Ignorado | 03 | 07,5% |
| Total | 40 | 100% |

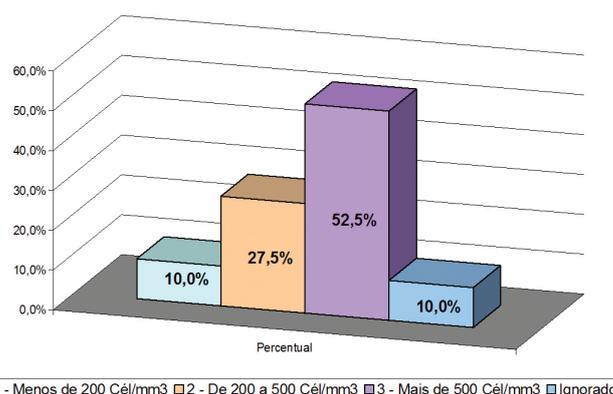


Figura 1. Distribuição da amostra pelo nível de Linfócitos TCD4+ (n=40), Brasil, 2010.

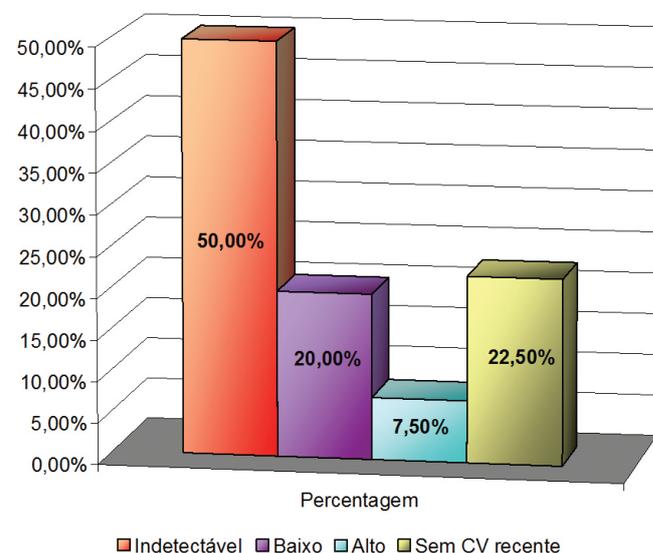


Figura 2. Distribuição da amostra por valor da carga viral (n=40), Brasil, 2010.

necrosante (15,38%), da leucoplasia pilosa (11,54%) e da queilite angular (11,54%), conforme ilustrado na Figura 3.

No presente estudo, não foi verificada associação estatística entre as manifestações bucais e a contagem de linfócitos TCD4+ ($p=0,3458$), como também com o nível de carga viral ($p=0,1268$). Correlacionando-se as manifestações bucais com o perfil sociodemográfico dos pacientes estudados, não se observou associação estatisticamente significativa em relação ao gênero ($p=0,6073$), à faixa etária ($p=0,8801$) e à renda familiar ($p=0,4240$).

A candidose pseudomembranosa apresentou associação estatisticamente significativa com o grau de escolaridade ($p=0,0121$) e o tempo de infecção ($p=0,0389$). Analisando-se a presença de lesões bucais e o uso de terapia antirretroviral de alta potência, não foi observada diferença estatisticamente significativa ($p=0,1971$), conforme Tabela 3.

DISCUSSÃO

A epidemia da Aids vem sofrendo alterações ao longo dos anos, principalmente após a evolução dos medicamentos antirretrovirais e da terapia de alta potência, possibilitando ao portador do HIV uma maior expectativa de vida¹⁴. Essas mudanças também englobam o perfil epidemiológico da doença, a qual era considerada uma doença de grandes centros urbanos e marcadamente masculina, enquanto que, atualmente, observa-se

uma interiorização da doença, um aumento do número de casos entre as mulheres em idade reprodutiva, heterossexuais e pessoas de condição socioeconômica mais baixa^{15,16}.

Apesar de a maioria da literatura apresentar o gênero masculino como o predominante^{9,17-19}, neste trabalho observou-se uma predominância do gênero feminino. Esse achado é semelhante aos dados de Cavasin-Filho, Giovani²⁰ e Noce et al.²¹. Esse resultado talvez possa ser explicado pelo fato de as mulheres recorrerem mais a serviço de saúde e indica o crescimento de taxa de infecção entre mulheres no município, ratificando o aumento do número de casos em pacientes do gênero feminino na Região Nordeste²².

A faixa etária dos pacientes pesquisados foi bastante ampla, variando de 25 a 58 anos, com média de 38 anos, constituindo dados semelhantes a estudos anteriores^{3,18,20}. A maior incidência de pessoas infectadas com o vírus da Aids na faixa etária de 20 a 40 anos pode ser justificada por compreender o período de maior atividade sexual.

Quanto à questão da raça, o número de casos notificados no presente estudo foi maior em indivíduos que se declararam brancos. Esse dado é semelhante aos achados de estudos anteriores realizados no Brasil^{3,8,10}; porém, difere dos achados obtidos por Cavasin-Filho, Giovani²⁰, que observaram a raça negra como predominante.

Outro fator importante a ser ressaltado foi a média da renda *per capita* observada, de R\$ 305,55, e a média de tempo de estudo

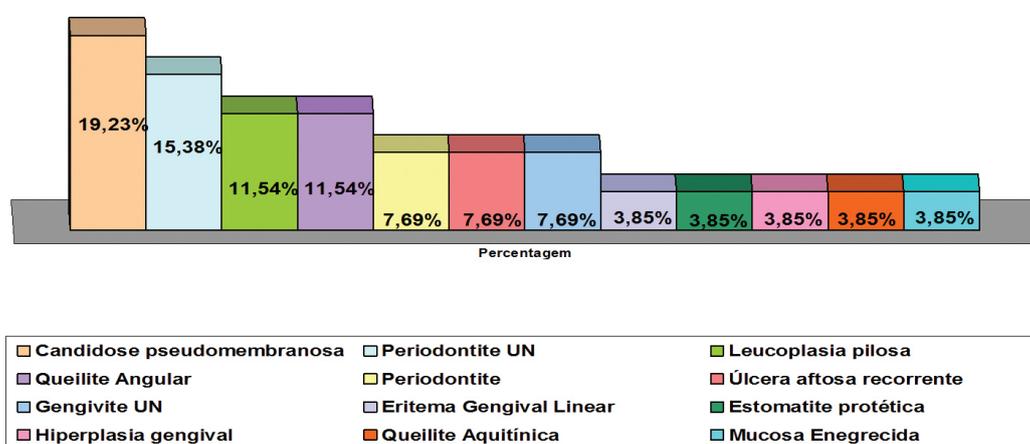


Figura 3. Percentual das alterações intrabucais (n=26).

Tabela 3. Relação da presença de lesão intrabucal em relação ao uso de antirretroviral (ARV) ($p=0,1971$)

| Há Alteração Intrabucal | Uso de ARV | | TOTAL |
|-------------------------|------------|--------|---------|
| | Sim | Não | |
| 1 - SIM | 13 | 04 | 17 |
| | 32,50% | 10,00% | 42,50% |
| 2 - NÃO | 21 | 02 | 23 |
| | 52,50% | 05,00% | 57,50% |
| Total | 34 | 06 | 40 |
| | 85,00% | 15,00% | 100,00% |

de 7,86 anos, sugerindo que o número de pessoas infectadas pelo HIV com baixo *status* socioeconômico está aumentando. Estes dados corroboram os achados de outros estudos que também foram realizados no Brasil e relatam a tendência de pauperização da doença^{3,17,21}. Como em qualquer processo de disseminação em uma população heterogênea, a epidemia da Aids declinou dentro de segmentos populacionais específicos, como, por exemplo, dentre aqueles que apresentavam melhor condição socioeconômica. Essa mudança do perfil da AIDS no Brasil deve-se à difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte, e ao aumento da transmissão por via heterossexual, afetando, assim, os diversos grupos populacionais existentes no país^{23,24}.

A forma de contágio prevalente foi por via sexual, confirmando os dados dos estudos de Barbosa, Sawyer¹⁵; Cavassani et al.⁸; Kerdpon et al.⁹, e Gasparin et al.³. Verificou-se que uma minoria relatou ter sido contaminado por via sanguínea, assim como observado por Soares et al.²⁵. Dentre esses casos, ainda, a subcategoria heterossexual foi a mais expressiva, o que ratifica o crescimento do número de casos entre os heterossexuais, observado em outros estudos^{3,17,20}. Este resultado confirma os achados de um estudo anterior sobre a epidemia da AIDS entre usuários de droga no Brasil, o qual identificou que ocorreu um declínio na prevalência de pessoas usuárias de drogas infectadas pelo HIV e um aumento substancial dos casos adquiridos através da transmissão heterossexual no país²⁶.

Neste estudo, constatou-se que um pouco menos da metade da amostra relatou possuir algum hábito nocivo, como tabagismo ou etilismo, porém não foram relatados casos de dependência de droga injetável. Em um estudo anterior²⁵, apenas 2,7% dos participantes declararam ser usuários de drogas injetáveis. Segundo os pesquisadores, o uso de drogas injetáveis não tem sido identificado como uma importante via de transmissão para o HIV nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, o que justificaria a ausência de pessoas infectadas por esta via de transmissão no presente estudo.

Dentre as alterações bucais observadas nos pesquisados, a mais prevalente foi a candidose pseudomembranosa. Esse resultado corrobora os dados de estudos anteriores^{3,7-9,17,20,21}.

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a presença de candidose pseudomembranosa e o grau de escolaridade, sugerindo que essa infecção acometa mais pacientes com baixo nível de instrução. Este dado corrobora os achados de Noce et al.²¹, que observaram a associação significativa entre a candidose pseudomembranosa e o baixo *status* socioeconômico, ou seja, em pacientes com renda inferior a dois salários mínimos e com até oito anos de estudos. Gasparin et al.³ também observaram um aumento de risco para a presença de lesões bucais em pacientes soropositivos com baixo nível de escolaridade; provavelmente, essa associação ocorra em razão do pouco acesso destes indivíduos às informações sobre a importância da higiene bucal associada à presença de infecção pelo HIV.

A candidose pseudomembranosa também apresentou associação estatisticamente significativa com o tempo de

infecção. Esse dado corrobora os dados de Gasparin et al.³, que observaram associação significativa entre a presença de lesões bucais e o tempo de evolução da doença. Segundo Campo et al.²⁷, a prevalência da candidose pseudomembranosa tem apresentado alta variação em diversos estudos realizados. Isto, provavelmente, tem ocorrido em função de alguns fatores, como características sociodemográficas e clínicas do grupo estudado, e métodos utilizados para obter o diagnóstico da lesão. Porém, a candidose pseudomembranosa é considerada a infecção fúngica mais prevalente em pacientes portadores do HIV e tem sido associada à progressão da doença; é, também, utilizada como um marcador clínico para definir a gravidade da infecção pelo HIV⁶.

A periodontite ulcerativa necrosante foi a segunda lesão mais frequente da amostra estudada, concordando com os dados de estudo anterior²⁸, o qual afirma que as doenças gengivais e periodontais necrosantes estão relacionadas ao grau de imunossupressão do paciente. Embora o fator etiológico da doença periodontal seja o biofilme dental, fatores como imunossupressão podem acelerar a progressão da doença, podendo afetar a quantidade e o tipo de microbiota bucal²¹.

A leucoplasia pilosa e a queilite angular apresentaram uma prevalência de 11,54%. A presença dessas lesões corrobora a literatura, que as considera como marcadores clínicos confiáveis de progressão da infecção pelo HIV e podem ser utilizados com referência indireta do grau de imunossupressão que o paciente apresenta^{7,8}.

Na presente pesquisa, não foram observados casos de Sarcoma de Kaposi, linfomas e Herpes Zoster, corroborando os dados de Gasparin et al.³. Para Kerdpon et al.⁹, essa redução na prevalência de lesões mais severas se dá pelo avanço da terapia com antirretrovirais, principalmente com a adesão à terapia HAART, melhorando a condição imunológica dos portadores do HIV.

O controle sobre a progressão da doença é avaliado através da contagem de linfócitos TCD4+ e da carga viral, para verificar o grau de imunossupressão e, conseqüentemente, o risco de contrair doenças oportunistas. Foi observado que a maioria dos pacientes apresentava valores maiores do que 500cél/mm³ de linfócitos TCD4+, assim como nível de carga viral indetectável, o que demonstra o controle efetivo da doença pelo tratamento, visto que 80% deles faziam uso de algum tipo de medicação antirretroviral. Esses dados são semelhantes aos de Cavasin Filho, Giovani²⁰. Outro ponto importante foi a constatação de maior contagem de linfócitos TCD4+ entre as mulheres. Isto pode indicar um melhor nível de 'autocuidado' e uma tendência a procurar os serviços de saúde mais precocemente do que os homens, corroborando os achados de estudos anteriores^{3,17}.

A terapia com antirretrovirais combinadas, conhecidas como HAART, tem melhorado a qualidade de vida de pessoas infectadas e o prognóstico da doença, reduzindo o surgimento de doenças oportunistas que podem levar o paciente a óbito⁶. Candiani et al.¹⁴ observaram que praticamente todas as infecções oportunistas, bucais ou não, foram reduzidas significativamente em crianças soropositivas após a introdução da terapia HAART.

Apesar de a maioria dos pacientes do presente estudo estar em tratamento com antirretrovirais de alta potência, as infecções oportunistas da cavidade bucal associadas à infecção pelo HIV ainda foram observadas em 17 pacientes, embora os valores de linfócitos TCD4+ e de carga viral correspondentes fossem satisfatórios. Isto pode ter ocorrido em razão do pequeno número de participantes portadores do HIV cadastrados no SAE na época em que a coleta de dados foi realizada, além das limitações que um estudo do tipo transversal apresenta, pois não se pode confirmar a associação causa e efeito³. Outrossim, estudo longitudinal de Schmidt-Westhausen et al.²⁹ relatou que o número de manifestações bucais reduz-se com a terapia HAART; porém, em alguns pacientes, o efeito imunológico da terapia pode não ser suficiente sobre algumas lesões.

Um dado importante registrado neste estudo foi que a maioria dos pacientes só procurava assistência odontológica quando apresentava sintomatologia dolorosa na cavidade bucal. Esse achado é preocupante, pois a cavidade bucal é considerada uma importante

fonte de informações para avaliar a progressão da infecção pelo HIV e o grau de imunossupressão que o paciente apresenta. Além disso, o exame físico da cavidade bucal é simples de ser realizado, apresenta baixo custo e contribui para auxiliar o diagnóstico precoce da infecção e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, pode-se concluir que a prevalência de algumas manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV ainda é alta, sendo a candidose pseudomembranosa a infecção mais comum, principalmente entre pessoas com baixo nível de escolaridade e maior tempo de infecção pelo vírus HIV; note-se que tal quadro é independente da terapia utilizada e do estado imunológico do paciente. Assim, mostra-se importante que o Cirurgião-dentista conheça as manifestações bucais associadas ao HIV, para que possa contribuir para uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Sanjar FA, Queiroz BEUP, Miziara ID. Otolaryngologic manifestations in HIV disease - clinical aspects and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011;77(3):391-400. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942011000300020>
2. Aguirre-Urizar JM, Echebarría-Goicouría MA, Eguía-Del Valle A. Síndrome de imunodeficiência adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9(Suppl):148-57.
3. 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; 25(6):1307-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600013>
4. Dávila ME, Gil M. Manifestaciones orales y caries dental em niños expuestos al virus de inmunodeficiência humana. *Rev Salud Pública.* 2011;13(5):833-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000500012>
5. Liberali SA, Coates EA, Freeman AD, Logan RM, Jamieson L, Mejia G. Oral conditions and their social impact among HIV dental patients, 18 years on. *Aust Dent J.* 2013;58:18-25. <http://dx.doi.org/10.1111/adj.12031>
6. Leão JC, Ribeiro CMB, Carvalho AAT, Frezzini C, Porter S. Oral complications of HIV disease. *Clinics.* 2009;64(5):459-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322009000500014>
7. Miziara ID, Lima AS, Cortina RAC. Candidíase oral e leucoplasia pilosa como marcadores de progressão da infecção pelo HIV em pacientes brasileiros. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70(3):310-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992004000300005>
8. Cavassani VGS, Sobrinho JA, Homem MGN, Rapoport A. Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002;68(5):630-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992002000500005>
9. Kerdpon D, Pongsiriwet S, Pangsomboon K, Iamaroon A, Kampoo K, Sretrirutchai S, et al. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients. *Oral Dis.* 2004;10:138-44. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1601-0825.2003.00990.x>
10. Petruzzi MNMR, Salum FG, Cherubini K, Figueiredo MAS. Epidemiological characteristics and HIV-related oral lesions observed in patients from a Southern Brazilian city. *Rev Odonto Ciência.* 2012;27(2):115-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-65232012000200004>
11. Hodgson TA, Grenspan D, Greenspan JS. Oral Lesions of HIV disease and HAART in industrialized Countries. *Adv Dent Res.* 2006;19:7-62. <http://dx.doi.org/10.1177/154407370601900112>
12. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. EC-Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO Collaborating Centre on oral manifestations of the immunodeficiency virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. *J Oral Pathol Med.* 1993;22:289-91. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0714.1993.tb01074.x>
13. Brasil, Ministério da Saúde. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2004. Brasília; 2004.
14. Candiani TMS, Pinto J, Cardoso CAA, Carvalho IR, Dias ACN, Carneiro M, et al. Impact of highly active antiretroviral therapy (HAART) on the incidence of opportunistic infections, hospitalizations and mortality among children and adolescents living with HIV/AIDS in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Publica.* 2007; 23(Supl 3):414-23.
15. Barbosa LM, Sawyer DO. AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Rev Bras Est Pop.* 2003; 20(2):241-57.
16. Silva SFR, Pereira MRP, Motta Neto R, Ponte MF, Ribeiro IF, Costa PFTF, Silva SL. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. *RBAC.* 2010; 42(3): 209-212.

17. Sá MS, Sampaio J, Haguilhara T, Ventin FO, Brites C. Clinical and Laboratory Profile of HIV-Positive Patients at the Moment of Diagnosis in Bahia, Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2007;11(4):395-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702007000400004>
18. Seidl EMF, Melchiades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10):2305-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000006>
19. Witzel AL, Silveira FRX, Pires MFC, Lotufo MA. Oral candidiasis in HIV+ patients under treatment with protease inhibitors. *Braz Oral Res*. 2008; 22(4):371-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242008000400015>
20. Cavasin-Filho JC, Giovani EM. Xerostomy, dental caries and periodontal disease in HIV+ patients. *Braz J Infect Dis*. 2009;13(1):13-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702009000100005>
21. Noce CW, Ferreira SMS, Silva-Júnior A, Dias EP. Association between socioeconomic status and HIV-associated oral lesions in Rio de Janeiro from 1997 to 2004. *Braz Oral Res* 2009; 23(2):149-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000200010>
22. Felisberto E, Albuquerque AC, Figueirôa F, Sena D, Almahnoud K, Bezerra LCA et al. Procedimentos operacionais para a vigilância epidemiológica da Aids em mulheres e crianças em Pernambuco. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2013; 13(1): 55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000100007>
23. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2000; 34(2): 207-17.
24. Fonseca MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(Supl 3): 333-44.
25. Soares VYR, Lúcio-Filho CEP, Carvalho LIM, Silva AMMM, Eulálio KD. Clinical and epidemiological analysis of patients with hiv/aids admitted to a reference hospital in the northeast region of Brazil. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2008; 50(6):327-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652008000600003>
26. Hacker MA, Leite IC, Renton A, Torres TG, Gracie R, Bastos FI. Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(4):751-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000400014>
27. Campo J, Romero J, Castilla J, García S, Rodríguez C, Bascones A. Oral candidiasis as a clinical marker related to viral load, CD4 lymphocyte count and CD4 lymphocyte percentage in HIV-infected patients. *J Oral Pathol Med*. 2002; 31: 5-10. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0714.2002.310102.x>
28. Villaça JH, Machado AA. A Aids e suas manifestações orais e periodontais: Revisão de Literatura. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2004;58(3):228-30.
29. Schmidt-Westhausen AM, Priepke F, Bergmann FJ, Reichart PA. Decline in the rate of oral opportunistic infections following introduction of highly active antiretroviral therapy. *J Oral Pathol Med*. 2000;29:336-41. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0714.2000.290708.x>

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Danúbia Roberta de Medeiros Nóbrega
Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campus I, Rua Baraúnas, 351 Bodocongó, 58109-753
Campina Grande - PB, Brasil
e-mail: damnobrega@yahoo.com.br

Recebido: Julho 24, 2013
Aprovado: Dezembro 18, 2013