FACULDADE REBOUÇAS

BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

HIV/AIDS NA ODONTOPEDIATRIA: EPIDEMIOLÓGIA, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICAS

ANNA LUIZA DE AZEVEDO PEREIRA

VITÓRIA CELLY PEREIRA DA SILVA

Campina Grande

2023

ANNA LUIZA DE AZEVEDO PEREIRA

VITÓRIA CELLY PEREIRA DA SILVA

HIV/AIDS NA ODONTOPEDIATRIA: EPIDEMIOLÓGIA, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICAS

Trabalho de conclusão de curso na modalidade *artigo científico*, apresentado como requisito para obtenção do título de bacharel em Odontologia pela Faculdade Rebouças.

Orientador(a): Dra. Mara Luana Batista Severo

Campina Grande

2023

FACULDADE REBOUÇAS®
DE CAMPINA GRANDE

ANNA LUIZA DE AZEVEDO PEREIRA
VITÓRIA CELLY PEREIRA DA SILVA

CRIANÇAS HIV POSIVITAS: DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS EM ODONTOPEDIATRIA

Trabalho de Conclusão de Curso na modalidade *Artigo Cientifico*, apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharéis em Odontologia pela Faculdade Rebouças.

DATA DA AVALIAÇÃO: 21 de novembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Mara Luana Batista Severo

Profª. Drª. Mara Luana Batista Severo
(Orientador - Faculdade Rebouças)

Waleska Fernanda Souto Nóbrega

Profª. Drª. Waleska Fernanda Souto Nóbrega
(Examinadora Interna - Faculdade Rebouças)

Gustavo Correia Bastos da Silva

Prof. Dr. Gustavo Correia Bastos da Silva
(Examinador Externo – UNIFIP)

AGRADECIMENTOS

Anna Luiza de Azevedo Pereira

Meus agradecimentos primeiramente a Deus, é incrível a forma que me sustentou esses anos, e principalmente em 2022 e 2023, ele me tirou muitas coisas que eu não tinha compreensão do porquê, e hoje eu tenho, e sou grata por tudo que me deu, por todas as pessoas que tirou e colocou em minha vida, pelas forças que juntos o senhor me fez ser forte, mais resistente a vida.

Agradeço aos meus pais, sei que não foi fácil, as dificuldades vieram, mais a força de vontade foi maior, o meu sonho era estar nesse momento, finalizando uma jornada e vocês fizeram de tudo pra isso acontecer, me apoiaram, me incentivaram, eu amo muito vocês.

Agradeço a minha dupla, o meu oposto em praticamente tudo, aprendemos tudo juntas, me ajudou enquanto eu chorava, me tranquilizou nos meus maiores desesperos, estamos juntas nessa até o final das nossas carreiras.

Agradeço ao meu namorado, que conheci em 2023, meu ponto de tranquilidade, ele literalmente me transmite calma, é tudo que eu precisava, amor, carinho, responsabilidade, me dá segurança, isso é muito gratificante, te amo bastante! Agradeço pela família de Eduardo também, pela recepção de sempre, o acolhimento, é uma parte da minha vida que eu não imaginava ter, e hoje posso agradecer a Deus pelo conjunto de pessoas amáveis que ele me deu.

Em lembranças...

Foram 21 anos juntas, fazendo viagens no futuro, de quando um dia a gente se formasse, Deus te tirou antes disso acontecer, mais Emilly hoje eu posso te dizer, que eu consegui, vou te fazer lembrada por toda minha vida, eu amo você Mi. 2001/2022.

Na finalização do TCC, graças a Deus! Eu agradeço a minha professora Mara, não só por ter me ajudado, ter tido paciência, ter aguentado todo meu aperreio, porém, não somente isso, a senhora me deu tranquilidade onde eu não tinha mais, a senhora me deu espaço, me deu sabedoria em meio a esse curso, me ensinou patologias que a senhora ama, me passou tranquilidade em meio as clinicas, me ajudou! Hoje eu finalizo essa escrita com paz no meu coração pois eu escolhi a pessoa certa para me orientar, obrigada por além de professora, ser minha orientadora do meu primeiro TCC, graças a senhora esse projeto foi realizado e muito obrigada por todo apoio e dedicação, a senhora me passou seus conhecimentos, e não é qualquer pessoa que faz isso. Que Deus abençoe sua vida Mara, que pelos seus bons feitos ele te recompense. Amém!

Vitória Celly Pereira da Silva

Agradecendo primeiramente a Deus, por me proporcionar a chegar ao final dessa jornada; foram muitos desafios, obstáculos, crises de nervosismo e ansiedade, mas com a permissão dele conseguimos chegar até aqui, Anna e eu, firmes! Nem sempre eram dias bons, mas sempre tínhamos uma a outra e isso sim foi fundamenta para que , agora , no final de tudo ainda sermos “casada “, pois é assim que chamamos nossa parceria; casamento porque sempre teve, discussões, xingamentos e até uma briga feia, mas o que realmente sempre teve é nunca faltou foi amor uma pela outra, como ela mesmo disse nos agradecimentos dela sempre estivemos juntas para tudo, no choro, nas crises, nas alegrias e conquistas uma da outra, e sim, por isso somos casadas, porque o nosso vínculo não foi só de duração de curso, nosso vínculo foi e é de amizade e amor, e nós sabemos disso!

E não menos importante, a minha família! Agradeço em tudo, primeiramente a minha avó, que além de vó sempre foi tudo em figura família para mim, assumiu o papel de mãe e pai, sempre me apoiando em tudo, nunca desistiu de mim mesmo eu sendo tão falha com ela e as vezes não sabendo reconhecer seu valor e esforços por mim, mas sempre tento melhorar, pois sei que não sou perfeita e me vejo longe de ser, mas tento todo dia dar o meu melhor para conviver com ela e ser um suporte para ela assim como ela foi para mim todos esses anos!

A minha mãe de coração Fabíola, mesmo em outro estado esteve presente a todo momento me incentivando e orando por mim; agradeço por ter me acolhido e me considerar como sua filha durante todos esses anos mesmo que nunca tenho demonstrado o suficiente o quanto amo você!

Ao meu tiu, que fez e faz o papel de pai, agradeço muito por toda paciência, por me levar sempre para a faculdade enfrentando as dificuldades que só nos sabemos, além das condição do tempo; já levou muita chuva por minha causa, mas nunca me abandonou, pelo contrário, sempre me apoiou e apoia até hoje. Obrigada por ser meu pai de coração!

Aos meus irmãos, agradeço a confiança, dedicação e paciência comigo; nunca fui muito de demonstrar carinho, mas amo vocês! Obrigada por sempre me ajudarem, confiarem e fazerem de tudo para que eu nunca me atrasasse para as aulas. Corriam feitos loucos quando esquecia algo para me dar e é sobre essas pequenas coisas que fazem com que eu perceba todos os dias quanto sou amada por vocês.

E por fim e não menos importante, agradeço a nossa orientadora Mara e aos demais professores que nos ajudaram e tiveram carinho por nós; a minha grande pequena família, minha pequena turma, que tiveram muita paciência e carinho por mim e as meninas da clínica, principalmente Dani, obrigada por ter se tornado uma grande amiga, não só para mim, mas para toda a turma em si.
Obrigada a todos, até mesmo aos que não citei aqui.
Todos foram muito importantes durante toda a minha trajetória!

ARTIGO

CRIANÇAS HIV POSITIVAS: DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS NA ODONTOPEDIÁTRICA

Anna Luiza de Azevedo Pereira (Autor 1)
Vitória Celly Pereira da Silva (Autor 2)
Prof.ª Dra. Mara Luana Batista Severo (Orientadora)

RESUMO

Trata-se de uma revisão de literatura sobre os aspectos epidemiológicos da síndrome de imunodeficiência adquirida em crianças e sobre os tratamentos e diagnósticos bucais do vírus HIV. O HIV é o vírus da imunodeficiência humana que tanto acomete crianças, jovens, adultos e idosos. A maior forma de identificação na área odontológica é a cavidade bucal, onde existe variações de lesões bucais. Na odontologia pediátrica não é diferente, a criança com soro positivo possui as mesmas lesões, e existem formas de tratamento. A necessidade de um diagnóstico é importante para ser eficaz o tratamento na cavidade oral da criança.

Palavras-chave: HIV; AIDS; Lesões bucais; Pediatria; Doenças periodontais.

ABSTRACT

This is a literature review on the epidemiological aspects of acquired immunodeficiency syndrome in children and on oral treatments and diagnostics for the HIV virus. HIV is a human immunodeficiency virus that affects children, adolescents, adults, and the elderly. The primary means of identification in the dental field is the oral cavity, where various oral lesions can occur. In pediatric dentistry, it is no different; children with a positive serum have the same lesions, and there are treatment options available. The need for a diagnosis is essential to ensure effective treatment in the child's oral cavity.

Keywords: HIV; AIDS; Oral lesions; Pediatrics; Periodontal diseases.

1. 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 relacionadas às doenças (Corrêa, Andrade, 2005).

Dados do Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS mostrou que em 2022, mais de 35 mil novos casos de pacientes HIV positivos foram notificados no Brasil, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Ministério da

saúde, 2023). Ressalta-se que a quantidade de novos casos de pacientes soropositivos deve ser maior que os dados notificados, pois muitos pacientes não sabem que estão infectados pelo HIV.

Em crianças, de 2010 à 2022, vem sendo observado uma diminuição significativa em quase 60% dos casos diagnosticados de HIV/AIDS no Brasil, porém muitos casos ainda são notificados e outros subnotificados por falta de investigação adequada (Unaids Brasil, 2023).

O HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) é um retrovírus com genoma RNA, da família *Lentiviridae.* O HIV pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA (Vaz, et al 2002). O HIV é um vírus que promove uma infecção crônica dos linfócitos T CD4+, resultando em imunossupressão do paciente, favorecendo infecções oportunistas, o que se reflete também na imunidade da mucosa bucal (Paulique, et al 2017).

As principais formas de transmissão do HIV são: por via sexual sem proteção de barreira, como a camisinha, sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis), transmissão ocupacional, em profissionais da área da saúde que sofrem acidentes com instrumentos perfurocortantes contaminados e a forma perinatal, que é a transmissão da mãe para o filho durante a gestação, parto ou por aleitamento materno, que é a principal forma de contágio na infância (Vaz et al. 2002).

As principais manifestações clínicas na cavidade bucal das crianças com HIV/AIDS são a candidíase pseudomembranosa, infecção fúngica causada pela *Candida albicans*, a gengivoestomatite herpética primária, infecção viral causada pelo herpes vírus e as doenças periodontais agressivas. Essas doenças bucais são decorrentes da redução da proteção da cavidade bucal em virtude da imunossupressão sistêmica causada pelo HIV. A gengivite ulcerativa-necrosante aguda (GUNA), leucoplasia pilosa e o sarcoma de Kaposi são manifestações menos evidentes (Moura et al, 2022).

Nas crianças, em especial, após infecção pelo HIV a evolução para a AIDS é muito rápida, em virtude da fragilidade do sistema imunológico dos mesmos que ainda se encontra em formação. Logo, quanto antes o diagnóstico da infecção pelo HIV, maiores serão as chances de controlar a doença (Lacerda, 2021; Moura et al, 2022).

A cavidade bucal é uma localização importante do ponto de vista do diagnóstico e prognóstico do HIV/AIDS, uma vez que, as lesões bucais estão entre os primeiros sinais clínicos dessa doença, podendo predizer, inclusive, o agravamento da mesma. Logo, destaca-se o papel do Cirurgião-dentista, em especial, do Odontopediátra, que é o profissional especializado e mais capacitação no diagnóstico e tratamento das doenças bucais em bebês, crianças e adolescentes (Motta, et al 2014; Moura et al, 2022).

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura para verificar quais as principais manifestações bucais em crianças infectadas pelo HIV e o papel do odontopediátra no diagnóstico precoce e tratamento dessas lesões.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Epidemiologia e Conceituação

A AIDS infantil foi reportada pela primeira vez ao Centro de Controle de Doenças (CDC Atlanta) em 1982, um ano após a descrição inicial da doença em adultos. De forma análoga ao que era observado nos adultos infectados pelo HIV, aquelas crianças apresentavam alterações da função imune, acarretando uma maior predisposição a infecções do que nos indivíduos-controles da mesma faixa etária (Ortigão, 1995).

A AIDS tornou-se um fenômeno global de enormes proporções e alcance, o que transformou profundamente a prática médica e as iniciativas de saúde pública.

Atualmente, está ocorrendo uma transição epidemiológica, caracterizada pela disseminação do HIV/AIDS em centros urbanos menores, entre mulheres, idosos, pessoas de orientação heterossexual e baixo status socioeconômico (Soares, et al 2008). Nota-se uma redução no número de casos de HIV/AIDS diagnosticados em crianças (0-13 anos) nos últimos 12 anos (2010-2022), porém apesar do tratamento antirretroviral ser disponibilizado de forma gratuita no Brasil e garantido para todos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2011 e 2021, mais de 52 mil jovens de 15 a 24 anos com HIV evoluíram para a AIDS (Ministério da saúde, 2023).

À medida que o vírus HIV vai destruindo as células do sistema imunológico, progressivamente, os sinais e sintomas da infecção começam a aparecer no corpo do paciente. Logo, a AIDS é a manifestação clínica avançada da infecção pelos vírus HIV. Tal doença que leva a uma imunossupressão progressiva, resultando em uma maior suscetibilidade a infecções oportunistas, neoplasias e manifestações neurológicas (Corrêa; Andrade, 2005).

Em alguns casos, antes do desenvolvimento da AIDS, existe um período de febre crônica, perda de peso, diarreia, candidíase oral, herpes-zóster e/ou leucoplasia pilosa oral (LPO). Essa apresentação tem sido denominada complexo relacionado à AIDS (CRA) (Lacerda, 2021; Moura et al, 2022).

Vale ressaltar que, mesmo após a contaminação inicial, o indivíduo pode passar meses ou anos de forma assintomática. Desse modo, nem todos os pacientes infectados pelo vírus HIV desenvolvem a fase mais grave da doença, que é a AIDS. A mesma só irá se desenvolver em pacientes com diagnóstico tardio e não tratados com a terapia antirretroviral (Lacerda, 2021; Moura et al, 2022).

A AIDS é considerada pediátrica quando a infecção pelo HIV ocorre entre 0 a 13 anos de idade; acima de 13 anos os pacientes são incluídos nas estatísticas de adultos, por apresentarem padrões semelhantes (Tonelli et al, 2014).

As manifestações clínicas e a evolução do HIV em crianças diferem dos adultos, visto que a infecção viral na fase precoce da vida com o sistema imunológico

em desenvolvimento compete implicações mais graves em um período mais curto de tempo (Lacerda, 2021).

Na cavidade bucal, as manifestações são forte indícios do acometimento do HIV, pois são um dos principais sinais clínicos iniciais para identificar lesões relacionadas à própria doença, consequentemente, comprometendo o sistema imunológico evidenciando mais complicações para os portadores de HIV/AIDS, principalmente em crianças (Lacerda, 2021; Moura et al, 2022).

A cavidade bucal, com a depleção do sistema imune, é uma das primeiras localizações anatômicas a manifestar as alterações da AIDS. São várias as alterações bucais decorrentes da doença, as Infecções oportunistas como candidíase oral e leucoplasia oral pilosa e o herpes simples são geralmente as primeiras manifestações associadas ao HIV. Das alterações periodontais, o eritema gengival linear, a gengivite e periodontite ulcerativa necrotizante, podem estar presentes, bem como o sarcoma de Kaposi e os linfoma não-Hodgkin como as neoplasias malignas (Patton, 2003; Lacerda, 2021).

2.2 Principais manifestações clínicas bucais em pacientes HIV positivos

2.2.1 Infecções Fúngicas

A candidíase é a infecção mais comum que acomete pacientes infectados pelo HIV e que tem maior repercussão no diagnóstico da doença. É uma micose superficial produzida por leveduras do gênero cândida, comuns na cavidade bucal. Existem 4 tipos de infecção por cândida: a pseudomembranosa, a eritematosa, a hiperplásica e a queilite angular. É a lesão bucal mais comum nos pacientes com HIV/AIDS, estando relacionada a baixa imunidade do paciente (Paulique et al, 2017; Lemos, 2012).

A Candidíase Pseudomembranosa, é a forma uma das infecções mais apresentadas nos pacientes HIV positivos, caracterizando-se pela presença de pseudomembranas esbranquiçadas ou amareladas, facilmente removíveis por raspagem (Paulique et al, 2017).

A queilite angular, é a segunda infecção fúngica mais comum no paciente HIV positivo. É causada pela *Candida albicans* e *Streptococcus aureus*, sendo clinicamente caracterizada por eritema, fissuras, ulcerações e formação de crostas nas comissuras labiais e na pele adjacente (Cabras et al, 2019).

Segundo (Patton, 2003), os antifúngicos tópicos como nistatina, clotrimazol, itraconazol, cetoconazol e fluconazol devem ser considerados aos candidatos de primeira linha para o tratamento de casos iniciais ou recorrentes de candidíase orofaríngea em pacientes infectados pelo HIV, e que os pacientes estejam atualmente recebendo ou prevê-se que receberão terapia antirretroviral (HAART-. Highly active antiretroviral therapy).

Plas (2016) relata que, para um correto diagnóstico a área suspeita deve ser raspada com um instrumento estéril ou um raspador de língua, e o material colhido é aplicado numa lâmina de vidro, para biopsia, que pode revelar penetração do tecido epitelial. A higiene oral meticulosa também deve ser praticada diariamente. Em geral, os pacientes são aconselhados a escovar os dentes e a língua duas vezes por dia, usar fio dental pelo menos diariamente, e submeter-se a uma rotina de limpezas dentárias semestrais em consultório.

2.2.2 Doenças periodontais

Uma grande parte dos casos de periodontite em crianças ocorre como manifestação de certas condições sistêmicas ou genéticas. Estas comprometem a resposta de defesa do hospedeiro ao biofilme bacteriano, aumentando a probabilidade de destruição alveolar e perda prematura dos dentes (Jesus, 2013).

Devido à imunossupressão decorrente da contaminação com o vírus HIV, ocorre alterações na microbiota oral, propiciando o desenvolvimento de lesões gengivais e periodontais mais agressivas (Paulique et al, 2017).

Algumas alterações periodontais já são fortemente associadas à infecção pelo vírus HIV. As formas predominantemente incomuns de eritema gengival, denominada de eritema gengival linear, gengivite ulcerativa necrosante, periodontite ulcerativa necrosante e periodontite crônica com perda intensificada de inserção clínica

exemplificam essas alterações que podem ser encontradas em populações não infectadas pelo HIV, porém sua instalação, progressão e apresentação parecem ser modificadas pela presença do vírus (Pereira, 2018).

A adesão à terapia antirretroviral (TARV) para o tratamento da infecção pelo HIV assume papel essencial do ponto de vista da efetividade do tratamento. A ingestão de medicamentos deve ser superior a 95% das doses de antirretrovirais para que haja uma supressão viral sustentada (Maria, Carvalho; Fassa 2023).

Vernon (2013) junto com colaboradores fez um estudo em que seus resultados sugerem que a exposição à imunossupressão relacionada ao HIV agrava a perda de tecido periodontal. Enquanto isso, durante a reconstituição imune com o uso deTARV, um mecanismo indefinido pode estar contribuindo para a melhora na doença periodontal. Também é importante observar que a melhora na doença periodontal pode, em parte, ser atribuída aos cuidados odontológicos recebidos fora do estudo e à melhoria na higiene oral resultante na melhora da saúde bucal.

2.2.3 Infecões Virais

A Estomatite herpética ou comumente chamada givoestomatite herpética primária (GEH) é uma inflamação da mucosa oral associada a infecção pelo herpes vírus. A GEH representa uma doença infectocontagiosa muito observada em observada em crianças de aproximadamente um a seis anos de idade, tendo maior incidência para o gênero feminino (Corrêa et al, 2016).

O vírus penetra nos nervos sensitivos periféricos e migra pelos axônios até os gânglios sensitivos regionais do nervo trigêmeo, onde permanece em latência até ser rompido por fatores desencadeantes, como infecções, excesso de radiação ultravioleta, estresse, trauma local e febre (Corrêa et al, 2016).

O início da GEH é abrupto, e frequentemente é acompanhado por linfadenopatia cervical anterior, calafrios, febre (39,4 a 40,5 °C) náusea, desnutrição, irritabilidade e lesões orais dolorosas. (Corrêa et al, 2016).

O início das lesões labiais é anunciado por um pródomo de dor, queimação, formigamento ou prurido, o qual geralmente, dura aproximadamente seis horas e é seguido pelo aparecimento de vesículas que aparecem comumente, na borda labial e persistem, em média, por quarenta e oito horas (Fonseca, 1999).

Nos pacientes portadores de HIV ou de qualquer outra doença autoimune, a infecção pelo HSV-1 manifesta-se com maior frequência, quando comparada aos pacientes imunocompetentes, devido à debilidade do sistema imunológico (Paulique et al, 2017)

No meio intrabucal, avança com um quadro de gengiva edemaciada, dolorida e sangrante, além do aparecimento de vesículas bolhosas que, após o rompimento, formam ulcerações dolorosas e inchaços proeminentes. O tratamento da gengivoestomatite herpética aguda baseia-se inicialmente em tratar os sintomas e evitar infecções secundárias e hidratação do paciente. Colutórios bucais anestésicos podem ser úteis por diminuírem a dor do paciente durante as refeições. O aciclovir por via oral ou tópica tem sido amplamente utilizado (Souza e Silva 2022; Corrêa et al, 2016).

Outras duas infecções virais frequentes no paciente HIV positivo são a varicela (catapora) e a Herpes-Zóster (HZ). A varicela é uma doença aguda associada à sintomas sistêmicos e uma erupção cutânea que evolui para bolhas e crostas. Na esfera pediátrica, fatores de risco para o zoster incluem a infecção pelo vírus HIV e as neoplasias, especialmente as leucemias. Quando associado ao HIV, o Vírus Varicela-zóster é aproximadamente sete vezes mais frequente e o quadro pode ser mais grave e prolongado, comprometendo o sistema nervoso central. Pode ocorrer em qualquer estágio da infecção pelo HIV, podendo indicar sua primeira evidência clínica (Medeiros et al, 2022, Carneiro et al, 2020).

A herpes zoster em pacientes soropositivos para o HIV geralmente é semelhante ao que é observado em pessoas imunocompetentes, embora características distintivas, como recorrências frequentes e lesões atípicas, sejam bem descritas. Na fase inicial da doença, a lesão elementar causada pelo HZV é uma vesícula sobre base eritematosa, semelhante às da varicela, porém são mais

dolorosas, dispostas em trajeto linear e localizam-se com mais frequência na face, tronco e couro cabeludo. Em alguns casos, desenvolvem-se lesões na boca e nos lábios como manifestação única. Essas lesões surgem de modo gradual e levam de 2 a 4 dias para se estabelecer, podendo evoluir para diversas formas, como as máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas. Na cavidade oral, as lesões se apresentam de forma individual, como vesículas branco-opacas de 1 a 4mm, que se rompem para formar ulcerações de pouca profundidade. (Gnann e Whitley, 2002 e Carneiro et al, 2020)

O HZ pode provocar manifestações mais graves, principalmente em neonatos e indivíduos imunocomprometidos, como HIV positivos, portadores de neoplasias malignas e transplantados, com frequente acometimento do sistema nervoso central, podendo deixar sequelas em 80% de suas vítimas. (Medeiros et al, 2022)

O tratamento para as doenças virais é sintomático e consiste em repouso, medicação analgésica e antitérmica, bem como dieta adequada, isto é, alimentação líquida e pastosa evitando-se alimentos ácidos e condimentados. Pode ser usada ainda lidocaína tópica, com intuito de anestesia local e diminuição da sensibilidade e para auxiliar na alimentação. A higiene oral deve ser realizada da melhor forma possível e antissépticos bucais podem ser empregados para prevenir infecções secundárias. Ademais, o tratamento com o Aciclovir de 200mg via oral 5 vezes mostrou-se eficaz no combate ao herpes em paciente pediátrico portador do HIV (Corrêa et al, 2016; Carneiro et al, 2020)

2.3 Diagnóstico do HIV/AIDS

Será considerada infectada a criança que apresentar resultado positivo em duas amostras testadas pelos seguintes métodos: cultivo de vírus; detecção de RNA (ver fluxograma) ou DNA viral; e antigenemia p24 com acidificação. Esses testes deverão ser realizados após duas semanas de vida. A antigenemia p24 com acidificação somente poderá ser utilizada como critério de diagnóstico quando associada a um dos demais métodos citados. Em crianças com idade ≥ 18 meses, o diagnóstico será confirmado por meio de dois testes sorológicos de triagem com princípios metodológicos e/ou antígenos diferentes, e um teste confirmatório positivo.

Além disso, o fluxograma do Ministério da Saúde deverá ser seguido (Ministério da saúde, 2000).

A revelação do diagnóstico do HIV para criança ou adolescente deve envolver simultaneamente os familiares e os profissionais de saúde, ou seja, deve ser uma decisão compartilhada e prolongada. Deve considerar as particularidades do contexto social e a faixa etária e a maturidade cognitiva. Os profissionais expressaram que a divulgação é um processo que é feito lentamente e não termina com a nomeação da doença. Contempla etapas de acompanhamento antes, durante e depois da revelação propriamente dita, ou seja, o momento em que é informada que tem HIV, pode durar anos e envolver muitas consultas (Zanon; Paula; Padoin, 2017).

2.4 Tratamento do HIV/AIDS

A TARV é fundamental para o controle do HIV/AIDS. Para prevenir a AIDS pediátrica, todos os recém-nascidos de mulheres HIV positivas devem receber a profilaxia com ARV. Se apesar da profilaxia a criança adquirir HIV, deve-se iniciar a TARV, sendo as formas farmacêuticas líquidas substituídas pelas formas farmacêuticas sólidas no decorrer do tratamento (Beck et al, 2017).

Beck et al.(2017) junto com outros colaboradores realizaram um estudo sobre a adesão da TARV em crianças e adolescentes, resultando que tem sido demonstrada a importância de iniciar a TARV o mais precocemente possível para que a supressão viral ocorra mais cedo. Um estudo transversal com crianças que estavam em tratamento há pelo menos uma década mostrou que na maioria das crianças, nas quais foi suprimida a replicação do HIV antes de um ano de idade, os níveis circulantes de DNA do HIV foram significativamente mais baixos do que em crianças nas quais a replicação foi suprimida após um ano de idade ou mais.

No Brasil, o acesso aos medicamentos antirretrovirais é gratuito e garantido pela Lei nº 9.313 de 1996. Além disso, o País se tornou a primeira nação de renda média a disponibilizar os antirretrovirais sem custo a todas as pessoas infectadas pelo HIV (Marca et al, 2022).

3. METODOLOGIA

O presente trabalho é uma revisão da literatura narrativa. As bases utilizadas foram, PubMed, Scielo e BVS (Biblioteca virtual em saúde), utilizando as seguintes palavras-chave: HIV; AIDS; Lesões bucais; Pediatria e Doenças periodontais, com linguagem em português, inglês e espanhol. A margem de anos de artigos publicados não foi selecionada, por ser um tema tão importante e de longa data de pesquisa. Foram excluídas revisões da literatura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da análise dos trinta e um (31) artigos pesquisados, foi observado que as manifestações clínicas e a evolução da AIDS são mais agressivas e de rápida evolução em crianças do que em adultos. Lacerda (2021) cita que tal fato pode ser justificado pela inabilidade do sistema imunológico em crianças, pois o mesmo encontra-se em desenvolvimento, logo uma infecção grave, como a do HIV/AIDS, e em uma fase precoce da vida, favorece o desenvolvimento de manifestações agressivas e em curto período de tempo.

Adicionalmente, Gasparin et al. (2009) cita que o sistema imune em desenvolvimento reflete diretamente na proteção da mucosa bucal, deixando-a mais susceptível ao desenvolvimento infecções fúngicas e virais, doença periodontal avançada e necrosante, neoplasias malignas, dentre outras complicações da AIDS.

O diagnostico pode ser após o nascimento, esse teste é chamado de *dried blood spot* (DBS), é um teste de amostra de sangue seco, a UNAIDS em (2017) cita que é um teste simples sem alguma sofisticação, apenas uma “picada” no calcanhar do recém-nascido, uma gota de sangue, em um papel de filtro e seca, e assim é enviada ao laboratório e com menos de um (01) mês de vida, esse bebê já tem seu diagnóstico.

Como consequência da redução da imunidade da cavidade bucal infecções oportunistas, como as causadas pela a *Candida albicans* se manifestam. A candidíase pseudomembranosa, que é a forma de apresentação mais comum nas crianças com soropositivas. Adicionalmente, Paulique et al. (2017), cita que os aspectos clínicos da candidíase pseudomembranosa no paciente HIV positivo, é muito exacerbado (figura

1), dessa forma, o profissional deve suspeitar que o paciente tem algum comprometimento na imunidade.

Figura 1. Paciente pediátrico com presença de pseudomembranas esbranquiçadas ou amareladas.



Fonte: Elsevier, 2012 – Angus C. Cameron.

Segundo Lacerda (2021), o diagnóstico da candidíase pseudomembranosa é basicamente por meio da avaliação clínica detalhada, pois são placas brancas, semelhante a leite “coalhado”, são facilmente removidas por raspagem. A citologia esfoliativa pode ser realizada em caso de dúvidas no diagnóstico. Paulique et al. (2017) relata que o paciente tem a sensação de “algodão” dentro da boca, dor e ardência.

A candidíase pode ser tratada com antifúngicos tópicos encontrados em farmácia e de fácil aplicação, como a Nistatina, Clotrimazol, Itraconazol, Cetaconazol e Fluconazol. Patton (2003) justifica que o uso desses antifúngicos devem estar associados ao tratamento da TARV, para que a supressão viral ocorra mais cedo, sendo assim, os níveis de DNA do HIV sejam relativamente mais baixos. Adicionalmente, Plas (2016) ressalta a higienização correta da cavidade bucal, como escovação adequada, uso do fio dental e remoção das placas fúngicas com instrumento esterilizado ou uma saburra bucal (raspador lingual), pode ser realizada.

Além da candidíase pseudomembranosa, outra infecção presente com frequência nas crianças soropositivas é a gengivoestomatite herpética primária (GEH). A GEH é uma infecção viral frequente em crianças de uma forma geral, porém nos

pacientes HIV positivos a sua manifestação é mais exacerbada, em virtude da incapacidade do sistema imunológico infantil em responder adequadamente ao ataque do herpes vírus (Patton, 2003). Correia et al. (2016) cita que a inabilidade do sistema imunológico em responder adequadamente ao herpes vírus, junto a depleção das células CD4 na criança com HIV/AIDS, faz com que a GEH seja tão agressiva. Exposição aguda a radiação ultravioleta (UV), estresse, trauma na região das lesões e febre de 39,4° a 40,5 °C, podem ser fatores facilitadores da manifestação da GEH em crianças soropositivas.

A GEH é caracterizada clinicamente pelo aparecimento inicial de vesículas na região do vermelhão do lábio e no dorso da língua. Fonseca (1999) evidenciou que tais vesículas são facilmente rompidas dando lugar a pequenas e múltiplas úlceras extremamente dolorosas. Os sinais prodrômicos como queimação e formigamento podem ser evidenciados de 6 a 48 horas antes do aparecimento das vesículas bucais. Calafrios, febre, náuseas, desnutrição, irritabilidade também são frequentes.

A grave estomatite bucal decorrente da GEH associado ao quadro de dor bucal generalizada faz com que a criança fique impossibilitada de ingerir alimentos sólidos e por vezes líquidos, e como consequência pode ficar debilitada e desidratada. Kiderman et al. (2002) alerta que diante desse quadro agravado da GEH, pais e responsáveis, devem com urgência procurar um auxílio hospitalar, pois a desidratação e desnutrição dificulta a recuperação da criança.

Figura 2. Quadro grave de gengivoestomatite herpética primária. Observa-se a presença de múltiplas úlceras menores distribuídas por toda a cavidade bucal e vermelhão do lábio de criança HIV positiva.



Fonte: NEVILLE (2016).

Carneiro et al. (2020) cita que o tratamento da GEH deve ser medicamentoso, seja tópico e/ou sistêmico associado ao TARV. Corrêa et al. (2016) e Carneiro et al. (2020) relatam que o uso de medicação analgésica e antitérmica, como analgésicos tópicos, como a lidocaína, pode ser usado para alívio da dor bucal, em especial quando a criança for ingerir alimentos. Carneiro et al. (2020) ressalta que apenas crianças a partir de 5 anos de idade podem usar o analgésico tópico, pois mesma já controla o ato de deglutir. Repouso e alimentação adequada, líquidos e alimentos pastosos deve ser incentivada, exceto comidas ácidas, pois podem exacerbar a dor local.

A higienização da cavidade bucal não pode ser negligenciada e em seu estudo Carneiro et al. (2020), cita que uso de clorexidina a 0,12%, sem álcool com o auxílio dos pais e/ou responsáveis pode ser utilizado para limpeza da cavidade bucal e para os bebês o auxílio de gaze embebida clorexidina.

A criança soro positivo, por sua imunodeficiência adquirida, acaba tendo doenças periodontais mais extremas, como eritema gengival, denominada de eritema gengival linear, gengivite ulcerativa necrosante, periodontite ulcerativa necrosante e periodontite crônica com perda intensificada de inserção clínica, Paulique et al. (2017) e Pereira (2018), justificam que esse feito ocorre devido a imunossupressão resultante do HIV, modificando a microbiótica oral, deixando a cavidade oral suscetível a lesões gengivais e periodontais, como a destruição alveolar e a perda precoce dos elementos dentários. Jesus (2013) cita que essas alterações periodontais acontecem devido as manifestações sistêmicas associadas ao HIV/AIDS.

A necessidade dos cuidados odontológicos associado a TARV, são de estrema importância, Vernon et al. (2013) mostra que o uso da terapia medicamentosa contribui na diminuição das doenças periodontais devido a reconstrução do sistema imunológico.

A importância de TARV combinada está em evitar essas manifestações bucais, pelo fato que ela reduz a vitalidade do HIV no organismo, reduzindo as infecções e manifestações oportunistas, como infecções fúngicas e virais, doença periodontal avançada e necrosante, neoplasias malignas, dentre outras complicações em decorrência da AIDS. Gasparin et al. (2009) justifica esse feito pela recuperação parcial do sistema imunológico. Com o uso precoce do tratamento, o TARV ajuda a suprimir o desenvolvimento do vírus HIV no organismo da criança. Quando a criança ainda recém nascida, para evitar a AIDS, deve ser realizada a profilaxia com ARV, Beck et al. (2017), cita que, se a profilaxia com ARV não tiver bons resultados a TARV deve ser iniciada.

A TARV, deve ser seguida conforme é passado pelo médico infectologista, seguir o tratamento é crucial para a eficacidade do tratamento, caso não haja o cumprimento do tratamento, o corpo vai resistir os medicamentos assim não tendo os resultados desejados (Beck et al. 2017). Assim, o TARV prescrito pelo médico juntamente com a adesão e compromisso dos pais ou responsáveis pela criança em realizar da forma prescrita o tratamento, devem andar juntos para ter bons resultados Marca et al. (2022) justifica essa junção entre responsáveis e profissionais, para acompanhar a eficácia do tratamento e analisar possíveis efeitos colaterais, incluindo também fazer exames para saber da contagem de células CD4, carga viral e avaliações clínicas.

Guerra e Seidl (2009) destaca o papel do Cirurgião-dentista, em especial a odontopediatra, que é o profissional especializado que tem experiência em diagnosticar e tratar as afecções bucais em crianças, exerce o papel imprescindível no diagnóstico precoce do HIV/AIDS, uma vez que, as manifestações bucais são as primeiras a aparecer nesses pacientes.

5. CONCLUSÃO

Em conclusão, o HIV, um vírus, age atacando o sistema imunológico, resultando na imunossupressão do paciente, o que torna o organismo suscetível a infecções oportunistas e outras complicações. Em destaque, a importância das manifestações bucais como indicadores de infecção por HIV e de sua progressão para a AIDS, especialmente em pacientes pediátricos, cujos sistemas imunológicos estão em desenvolvimento. A cavidade bucal é uma fonte valiosa de informações para o diagnóstico e prognóstico da doença, e os dentistas desempenham um papel crucial no reconhecimento de riscos e sinais clínicos.

É enfatizado a necessidade de um diagnóstico correto e cuidados frequentes em pacientes com HIV, particularmente em crianças, onde as manifestações bucais podem ser mais complexas. O cuidado odontológico desempenha um papel essencial no acompanhamento desses pacientes, contribuindo para melhorar sua qualidade de vida e prevenir complicações decorrentes da AIDS.

REFERÊNCIAS

1. BECK, S. T.; VIELMO, L.; CASTRO, C. Q.; LUBINI, A. R.; ZANKOSKI, M.; OLIVEIRA, J dos S**. Adesão a terapia antirretroviral de crianças e adolescentes vivendo com HIV**. v. 10 n. 3 (2017). DOI: 10.15448/1983-652X.2017.3.25282.
2. CABRAS, M.; GAMBINO, A.; BROCCOLETTI, R.; LODI, G.; ARDUINO, P. G. **Treatment of angular cheilitis: A narrative review and authors' clinical experience**. *Oral Dis*, 2019. DOI: 10.1111/odi.13183. Epub ahead of print. PMID: 31464357.
3. CORREIA, F. V. P.; OLIVEIRA, H. F.; AZEVEDO, M. R. D. de. **Crianças com HIV/AIDS no Brasil: fatores de risco predisponentes, uma revisão sistemática** / Children with HIV/AIDS in Brazil: predisponent risk factors, a systematic review. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 8142–8163, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n2-344.
4. CARNEIRO, F. R. O.; BELTRÃO, L. V. M.; GÓES, N. G. dos S.; NASCIMENTO, C. V. da S.; SILVA, L. S. A. da; SANTOS, L. C. dos; CALDERARO, Y. M. R.; GUIMARÃES, A. W. **Recidiva de Herpes Zoster como sintoma inicial da infecção pelo HIV em criança**/Herpes Zoster recurrence as an initial symptom of HIV infection on a child. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 3, n. 5, p. 11796–11803, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n5-036.

5. CORRÊA, A. R.; Passos E. M., Corrêa G. R., Vilarino G. G., Pessim K. de Silveira., Sabbagh M. P. de Freitas. **Gengivoestomatite Herpética Primária**. 2016.
6. Cabras, M., Gambino, A., Broccoletti, R., Lodi, G., & Arduino, P. G. (2019). **Treatment of angular cheilitis: A narrative review and authors' clinical experience**. *Oral di-seases*, 10.1111/odi.13183. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/odi.13183.
7. FONSECA, B. A. L. **Clinical manifestations and treatment of infections caused by Herpes Simplex 1 and 2 viruses**. *Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto*, v. 32, p. 147-153, abr./jun. 1999.
8. GASPARIN, A. B. et al.. **Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1307–1315, jun. 2009.
9. GUERRA, C. P. P.; SEIDL, E. M. F. **Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma**. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 19, n. 42, p. 59–65, 2009. DOI: 10.1590/s0103-863x2009000100008
10. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunford RG, Matchei EE et al. **Assessment of risk for periodontal disease**. I. Risk indicators forattachment loss. *J Periodontol*, 1994; 65(3):260-7.
11. GNANN, J. W.; WHITLEY, R. J. **Herpes zoster**. *New England Journal of Medicine*, v. 347, n. 5, p. 340-346, 2002.
12. KIDERMAN, A. et al. **How successfully do general practitioners diagnose herpe-tic gingivo-stomatitis clinically?** *British Journal of General Practice*, v. 52, p. 481-482, jun. 2002.
13. LACERDA, Érica Costa. **Lesões bucais em pacientes pediátricos soropositivos: principais manifestações patológicas e implicações clínicas para o cirurgião-dentista**. São Luís: Centro Universitário UNDB, 2021. Disponível em: http://repositorio.undb.edu.br/jspui/handle/areas/508\.
14. LEMOS, A. D. **AIDS na terceira idade**. 2012http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/2201
15. MEDEIROS, L. de O.; MOREIRA, M. A. .; FERNANDES, P. H. P.; LEITE, R. D.; SOLON, F. R. N. **Infant herpes zoster: a 10-year retrospective study**. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 9, p. e3211931705, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i9.31705.
16. MARCA, L. M., DIAS, F. A., SCHULTZ, D. B., HOFELMANN, D. A., RATTMANN, Y. D. (2023). **Perfil sociodemográfico e farmacoepidemiológico de crianças infectadas pelo HIV**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(3), 123-145. DOI: 10.1590/0103-11042022E514.
17. MOURA, J. A. de; SOUZA, E. L. M. da S. .; SILVA, B. O. .; LIMA , A. S. .; FRANÇA, T. de; CORREIA, A. K. F. C. C. **. Oral manifestations in patients**

with HIV/AIDS: a literature review. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 14, p. e350111430859, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i14.30859.

18. Motta, W. K. de S., Nóbrega, D. R. de M., Santos, M. G. C. dos, Gomes, D. Q. de C., Godoy, G. P., & Pereira, J. V. (2014). **Aspectos demográficos e manifestações clíni-cas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/Aids.** *Revista de Odontologia Da UNESP*, 43(1), 61–67. doi:10.1590/s1807-25772014000100010.

19. ORTIGÃO, M. B.. **Aids em crianças: considerações sobre a transmissão vertical.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 11, n. 1, p. 142–148, jan. 1995.

20. PATTON, L. L.; BONITO, A. J.; SHUGARS, D. A. **A systematic review of the efficacy and effectiveness of antifungal drugs in the prevention and treatment of oropharyngeal candidiasis in HIV-positive patients**. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v. 92, n. 2, p. 170–9, 2001.

21. POWDERLY, W. G. et al. **Oropharyngeal candidiasis in patients with HIV: suggested guidelines for therapy**. *AIDS Res Hum Retroviruses*, v. 15, n. 18, p. 1619–23, 1999.

22. Patton, L. L. (2003). **HIV Disease**. *Dental Clinics of North America*, 47(3), 467–492. doi:10.1016/s0011-8532(03)00016-8.

23. SOUSA, Ivanice da Silva. **Protocolos terapêuticos para gengivoestomatite herpética primária**. 15 P. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em odontologia) - Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa, 2022.

24. PAULIQUE, N. C.; CRUZ, M. C. C. da; SIMONATO, L. E.; MORETI, L. C. T.; FER-NANDES, K. G. C. **Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS.** *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, [S. l.], v. 6, n. 6, 2017. DOI: 10.21270/archi.v6i6.2067.

25. PLAS, Rosana van der. **Candidíase oral: manifestações clínicas e tratamento**. 2016. 80 f. Mestrado Integrado em Medicina Dentária. http://hdl.handle.net/10284/5783

26. TONELLI, S. Q.; OLIVEIRA, W. de F.; OLIVEIRA, G. A.; POPOFF, D. A. V.; COELHO, M. de Q.; BARBOSA JÚNIOR, E. de S. **Manifestações bucais em pacientes pediátri-cos infectados pelo HIV - uma revisão sistemática da literatura**. *Revista da Facul-dade de Odontologia - UPF*, [S. l.], v. 18, n. 3, 2014. DOI:10.5335/rfo.v18i3.3584.

27. VERNON, L. T.; DEMKO, C. A.; BABINEAUM, D. C.; WANG, X.; TOOSSI Z.; WEIN-BERG, A.; RODRIGUEZ, B. **Effect of Nadir CD4+ T cell count on clinical measu-res of periodontal disease in HIV+ adults before and during immune reconsti-tution on HAART**. *PLoS One*, 2013 Oct 11;8(10):e76986. doi: 10.1371/journal.pone.0076986.

28. Vaz J. I. I., Simão V. M., Júnior M. M., Faria S. A. de Corrêa., Audi P. S. (2002) **Norma técnica de avaliação da incapacidade laborativa para fins de benefícios previ-denciários em HIV/AIDS**. 2002.

29. VASCONCELLOS, M. R. A.; CASTRO, L. G. M.; SANTOS, M. F. dos. **Soropositividade para HIV em doentes de herpes zoster**. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 32, n. 5, p. 364–369, 1990. DOI: 10.1590/s0036-46651990000050001.

30. VOLKSWEIS, M. R., SEVERO, A. F., de FIGUEIREDO, M. A. Z., YURGEL, L. S., CHERUBINI, K. **Herpes zoster em pacientes HIV positivo: relato de caso**. *RFO UPF*, v. 8, n. 2, p. 24-28, jul.-dez. 2003.

31. ZANON, B. P.; PAULA, C. C. DE .; PADOIN, S. M. DE M.. **Revelação do diagnóstico de HIV para crianças e adolescentes: subsídios para prática assistencial.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. spe, 2016.