

João Victor Borges Leal

Aluno de pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Fundação Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, Brasil;

Carolina Quintanilha de Sousa

Aluna do 8º período curso de graduação em odontologia da UniSãJosé, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

Laiza de Holanda Fonseca da Silva

Aluna do 8º período curso de graduação em odontologia da UniSãJosé, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Sydney de Castro Alves Mandarin

Docente do curso de pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Fundação Serra dos Órgãos - UNIFESO, Teresópolis, RJ, Brasil

Sylvio Luiz Costa de Moraes

Docente do curso de graduação da Faculdade de Odontologia UniSãJosé, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Jonathan Ribeiro da Silva

Docente do curso de pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Fundação Serra dos Órgãos - UNIFESO, Teresópolis, RJ, Brasil; e graduação da UniSãJosé, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

RESUMO

O objetivo deste estudo foi ressaltar a importância da preparação do cirurgião-dentista no atendimento de pacientes portadores de Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), quando diz respeito ao conhecimento das alterações patológicas e correto diagnóstico das manifestações orais que frequentemente acometem esses pacientes. Através de uma revisão de literatura acerca das principais patologias e alterações em pacientes com SIDA, Foi elaborado um guia de protocolo clínico, ressaltando os cuidados e medidas necessárias durante o tratamento em pacientes portadores de SIDA que necessitam de procedimentos mais invasivos como a exodontia.

Palavra Chaves: Cirurgia Bucal; Síndrome da imunodeficiência adquirida; Manifestações Bucais.

ABSTRACT

The aim of this study was to emphasize the importance of dentist preparation in the care of patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), when it comes to knowledge of pathological changes and correct diagnosis of oral manifestations that often affect these patients. A literature review about the main pathologies and alterations was performed, as well as the elaboration of a clinical protocol, emphasizing the necessary care and measures during treatment in AIDS patients who need more invasive procedures such as extraction.

Keywords: Oral Surgery; Oral Manifestations; Acquired Immunodeficiency Syndrome

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA) foi admitida oficialmente como uma patologia em 1981, pelo "Center for Disease Control and Prevention"- Órgão dos Estados Unidos que centraliza as normas e ações referentes às doenças (SOUZA et al, 2000; Malbergier e Schoffel, 2001). Caracteriza-se por uma imunodepressão consequente da infecção viral e destruição de linfócitos T-CD4, que são células importantes para resposta imune do organismo (FELIPE et al, 2016).

A Síndrome da Imunodeficiência adquirida é uma manifestação clínica avançada do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e suas principais vias de transmissão são: 1) Sexual, por meio das relações sexuais; 2) Sanguínea, por compartilhamento de agulhas, seringas e transfusões de sangue; 3) Perinatal, através da transmissão de mãe para o filho durante a gestação, no momento do parto ou durante o aleitamento materno. Além dessas, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada em acidentes de trabalho por profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfurocortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo vírus HIV (FELIPE et al, 2016).

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

Os principais testes utilizados para diagnosticar a infecção são:

- Elisa: Geralmente é o primeiro a ser realizado devido sua elevada sensibilidade, custo relativamente baixo e facilidade de execução.
- Western Blot: É realizado para confirmar o diagnóstico após o positivo para o Elisa, visto que esse teste é padrão de referência internacional para confirmação de resultados. É um exame de execução simples, porém possui um custo bastante elevado.
- Testes Rápidos: São utilizados quando é necessária a obtenção rápida da sorologia do paciente-fonte, e são executados em tempo inferior à 30 minutos (CORRÊA E ANDRADE, 2005).

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

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

Visto que há necessidade de um olhar mais atencioso quando comparado a pacientes clinicamente saudáveis com portadores do HIV, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura acerca da fisiopatologia e das manifestações orais em pacientes com SIDA e elaborar um protocolo de atendimento clínico explicando os cuidados necessários antes, durante e após o procedimento cirúrgico de exodontia.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado através da seleção e análise de artigos e revistas científicas, abordando temas relacionados às manifestações orais da SIDA, assim como ao protocolo de atendimento clínico para com esses pacientes. Para essa pesquisa, foram utilizadas duas bases de dados: Scielo e Google acadêmico. Nesse trabalho, abordaremos acerca das medidas e cuidados que o cirurgião dentista deve adotar antes da realização de um procedimento cirúrgico, para que possa evitar complicações e tornar o atendimento desse paciente no consultório menos traumática possível. Assim como das possíveis manifestações orais que podem acometer esses pacientes devido à baixa condição imunológica dos mesmos.

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

REVISÃO DE LITERATURA

FISIOPATOLOGIA

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

CARACTERÍSTICAS SISTÊMICAS

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

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

MANIFESTAÇÕES ORAIS

CANDIDÍASE

Infecção fúngica causada principalmente pela *Candida albicans*, sendo a manifestação oral mais frequente da infecção pelo HIV, podendo ser uma indicação de imunossupressão e progressão da doença. Apesar de ser preditiva e subsequente ao desenvolvimento da AIDS, a candidíase não pode ser usada para diagnóstico. Sendo subdividida em candidíase pseudomembranosa, candidíase eritematosa, candidíase hiperplásica e queilite angular. Quando a contagem de CD4+ cai para menos de 400 células/mm³ já há o início da candidíase eritematosa, seguida da candidíase pseudomembranosa com menos de 200 células/mm³ (NEVILLE, 2016).

LEUCOPLASIA PILOSA

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

SARCOMA DE KAPOSI

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

LINFOMA NÃO-HODGKIN

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

COMPLICAÇÕES CUTÂNEAS

HERPES SIMPLES TIPO 1 E 2

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

HERPES MUCOCUTÂNEO CRÔNICO

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

FOLICULÍTE HERPÉTICA

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

VARICELA ZÓSTER

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

COMPLICAÇÕES GASTROINTESTINAIS

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

COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS

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

COMPLICAÇÕES PULMONARES

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

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

TRATAMENTO

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

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

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

PROTOCOLO CLÍNICO DE CIRURGIA EM PACIENTES COM SINDROME DA IMUNODEFI- CIÊNCIA ADQUIRIDA

PARECER

Opinião fundamentada sobre determinado assunto, emitida por especialista (Novo Aurélio, século XX). O cirurgião dentista solicita parecer médico para iniciar o tratamento cirúrgico, a fim de avaliar se o paciente está apto para receber o mesmo, assim como para verificar sua atual condição de saúde.

EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS E TAXAS

Hemograma completo

- Contagem de plaquetas: Os procedimentos cirúrgicos odontológicos são contra-indicados se a contagem de plaquetas for inferior a 20.000 células/mm³. (STOMATOS, 2002)

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

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

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

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

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

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

PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

Segundo GLICK et al. (1994), PATTON et al. (2002) e SHIRLAW et al. (2002), mesmo havendo comprometimento imunológico desses pacientes, não há diminuição da capacidade de reparação tecidual e aumento da ocorrência de alveolites. Dessa forma, a profilaxia antibiótica só deverá ser indicada em casos particulares, que dependem do grau de comprometimento imunológico do paciente, extensão do procedimento a ser realizado, dos níveis de linfócitos T CD4+, dos níveis de granulócitos (neutrófilos, eosinófilos e basófilos) pois a queda do número de granulócitos diminui a resistência orgânica e representa um fator de risco para infecções bacterianas.

Quando necessário deve ser administrado dose única de 2 g de amoxicilina, uma hora antes do procedimento odontológico. Se o paciente for alérgico à penicilina recomenda-se a utilização de clindamicina 600mg, uma hora antes do procedimento (CORRÊA e ANDRADE, 2005).

ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

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

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

ESCOLHA DO ANESTÉSICO LOCAL

Pode-se fazer o uso da adrenalina normalmente, principalmente para infiltração local, pois este tipo de paciente pode apresentar um sangramento gengival acentuado, devendo ser utilizada a menor dose necessária para um bloqueio eficaz (SONIS, 1995).

CIRURGIA ATRAUMÁTICA

Logo que as técnicas de exodontia mais primordiais foram desenvolvidas, várias têm sido as tentativas de minimizar o esforço do profissional, diminuir o tempo cirúrgico e amenizar o sangramento e os processos inflamatórios, além de tentar minimizar o trauma psicológico e físico gerado nos pacientes.

PRESCRIÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

- Dipirona 1g, tomar 1 comprimido à cada 6 horas durante 3 dias, após esse período, tomar somente em caso de dor.

- Clorexidina 0,12%, deve-se banhar a região 2x ao dia 30 minutos após a escovação durante 7 dias.

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

CONSULTAS DE RETORNO

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

CONCLUSÃO

Como podemos observar durante todo o desenvolvimento do trabalho, é de suma importância que o cirurgião dentista esteja apto a tratar pacientes com diagnóstico de SIDA, assim como a identificar lesões orais sugestivas da síndrome, uma vez que muitas vezes o paciente não sabe que contraiu o vírus HIV e os primeiros sinais clínicos da doença podem se desenvolver na região bucal. Sendo assim, esse profissional tem uma grande responsabilidade no diagnóstico precoce da doença, resultando em uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

O protocolo clínico de cirurgia, foi desenvolvido a fim de salientar que o profissional deve cobrir-se de todos os cuidados e precauções possíveis, para que o procedimento cirúrgico seja livre de intercorrências e um bom prognóstico. Para isso é necessário, primeiramente, solicitar parecer médico quanto a condição geral do paciente e avaliar as taxas dos exames pré-operatórios e só de acordo com esses resultados, prosseguir com o procedimento cirúrgico. Ao seguir o protocolo clínico, o risco de complicações são reduzidos, oferecendo maior segurança tanto ao profissional quanto a paciente.

REFERÊNCIAS LITERÁRIAS

1. ALBANO LA. Centro Universitário de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde. A I D S, uma epidemia do mundo atual Brasília 2000
2. CORRÊA, E.M.C.; ANDRADE E.D. Tratamento odontológico em pacientes hiv/aids. Revista odonto ciência - Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 49, jul/set.2005 .
3. DODSON TB. HIV status andtheriskof post-extractioncomplications.Journalof Dental Research1997 Oct;76(10):1644-52
4. FELIPE, LCS. Patientswith HIV/AIDS in dentistryandits oralmanifestations. Journalof orofacial investigation. 2016;3(1):53-62
5. FELTRIN EE, Navarro CM, Sposto MR. Nível de informação e comportamento dos dentistas brasileiros em relação à AIDS e à infecção pelo HIV. RevOdontUnivEstad São Paulo 1997; 26(2):287-95.
6. GLICK M et al. Dental complicationsaftertreatingpatientswith AIDS. J AmDent Assoc. 1994;125(3): 296-301. 17.
7. HIRATA CH. Oral manifestations in AIDS. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81:120-3
8. MENESES DR. Exodontia Atraumática e Previsibilidade em Reabilitação Oral com Implantes Osseointegráveis - Relato de Casos clínicos Aplicando o Sistema Brasileiro de Exodontia AtraumáticaXt Lifting. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial Volume 50, Nº1, 2009
9. NEVILLE, B.W.;ALLEN,C.M.; DAMM,D.D.;et al. Patologia: Oral & Maxilofacial. 4. ed. Guanabara Koogan, 2016.
10. PATTON LL, SHUGARS DA. Immunologicand viral markersof HIV-1 diseaseprogression: implications for dentistry. J AmDent Assoc. 1999;130(9): 1313-22.
11. PORRO, A.M.; YOSHIOKA, M.C.N. Dermatologicmanifestations os hivinfection. AnbrasDermatol, Rio de Janeiro, 75(6):665-691, nov./dez. 2000.
12. Rev. Bras. Otorrinolaringol. Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV vol.68 no.5 São Paulo Oct. 2002
13. Revista Brasileira de Cancerologia. Linfoma Não-Hodgkin de Alto Grau. 2008; 54(2): 175-183
14. Revista Stomatos. Conduta pré-operatória frente a pacientes HIV+ e aidéticos. v. 8, n. 14, p. 27-32, Jan./ jun.2002.
15. SHIRLAW PJ et al. Oral and dental careandtreatmentprotocols for the management of HIV-infectedpatients. Oral Dis. 2002;8(suppl. 2):136-43.
16. SONIS ST, Frazio RC, Fang L.Princípios e práticas da medicina oral. 2ª Ed. 1995. Cap:47.