Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

ABO - Associação Brasileira de Odontologia Regional de Uberlândia

Carolina Pereira de Sousa

MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS HIV POSITIVOS REVISÃO DA LITERATURA

UBERLÂNDIA-MG

2020

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

ABO - Associação Brasileira de Odontologia Regional de Uberlândia

Carolina Pereira de Sousa

MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS HIV POSITIVOS REVISÃO DA LITERATURA

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Marília Rodrigues Moreira

UBERLÂNDIA-MG

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Sousa, Carolina Pereira.

Manifestações bucais em pacientes pediátricos HIV positivos – Revisão de Literatura / Carolina Pereira de Sousa, 2020.

24 folhas

Uberlândia, Minas Gerais, 2020.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Marília Rodrigues Moreira

Palavras chave: 1. Manifestações bucais, 2. Pacientes pediátricos soropositivos, 3. AIDS em crianças.

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016
Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

Monografia intitulada "**MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS HIV POSITIVOS - REVISÃO DA LITERATURA"** de autoria da aluna **Carolina Pereira de Sousa** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria.

Aprovada em ____/____/ 2020 pela banca constituída dos seguintes professores

_____

Prof.ª Dr.ª Marília Rodrigues Moreira

_____

Prof.ª Me. Luciane Antunes Lemos

_____

Prof. Esp. Fabrício Campos Machado

Uberlândia, 22 de junho de 2020

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, primeiramente, a Deus, por ter iluminado meu caminho durante a realização do meu curso. Aos meus pais João e Tereza, os quais serei eternamente grata pelo tanto que me apoiaram em cada passo que eu dei, o quanto me encorajaram para ir atrás dos meus sonhos e fizeram de tudo para que eu conseguisse concluir cada etapa importante da minha vida. Ao meu noivo André, agradeço pela paciência e compreensão durante os anos da especialização, o qual sempre me apoiou para que eu procurasse aprender cada vez mais e que acalçasse meus objetivos profissionais. Às minhas colegas de curso, pelo apoio e pela maravilhosa convivência durante os anos de especialização. Aos professores da ABO de Uberlândia, deixo meu eterno agradecimento por fazerem parte da minha formação, através do compartilhamento de seus conhecimentos tanto teóricos quanto práticos, a disposição de sempre me ajudar quando os procuro com várias dúvidas, e assim contribuindo no encerramento de mais uma etapa da minha vida com mais aprendizado e sucesso. A cada funcionário da ABO de Uberlândia, por ter ajudado em cada momento no decorrer do curso, os quais foram de suma importância para a conclusão da minha especialização. E agradeço principalmente a Professora, Coordenadora e também minha Orientadora Dra. Marília Rodrigues Moreira, pelo excelente curso de Especialização em Odontopediatria, pela contribuição no meu trabalho acadêmico e por ter feito parte do meu desenvolvimento e crescimento na área da Odontopediatria.

RESUMO

Dentro do grupo de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), estão as crianças, que são indivíduos de 0 a 13 anos de idade, e quando a infecção se desenvolve no organismo destas faz com que o sistema imunológico que já é imaturo se torne mais debilitado, iniciando uma série de manifestações de doenças oportunistas pelo corpo. E dentre as variadas doenças consequentes do agravamento da infecção pelo vírus HIV, destacam-se as manifestações bucais, que é aparecimento de lesões como candidíase oral, gengivoestomatite herpética, doença periodontal e entre outras, que são considerados um dos principais indicadores da presença do vírus no corpo da criança. Portanto, com a instalação das manifestações na região da boca se torna necessário o tratamento e acompanhamento das crianças infectadas com profissionais da saúde, dentre eles, o cirurgião dentista, que irá proporcionar uma melhor qualidade de vida para a criança ao intervir na progressão das lesões bucais.

Palavras Chaves: manifestações bucais, pacientes pediátricos soropositivos, AIDS em crianças.

ABSTRACT

Within the group of people infected with the human immunodeficiency virus (HIV), there are children, who are individuals from 0 to 13 years of age, and when the infection develops in their bodies, the immune system, which is already immature, becomes become more debilitated by initiating a series of opportunistic disease manifestations throughout the body. Among the various diseases resulting from the worsening of HIV infection, oral manifestations stand out, which is the appearance of lesions such as oral candidiasis, gingival herpetic stomatitis, periodontal disease and others, which are considered one of the main indicators of the presence of virus in the child's body. Therefore, with the installation of the manifestations in the mouth region, it is necessary to treat and monitor infected children with health professionals, including the dental surgeon, who will provide a better quality of life for the child when intervening in the progression of injuries buccal.

Keywords: oral manifestations, pediatric seropositive patients, AIDS in children.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO……09
2. METODOLOGIA…….11
3. REVISÃO DA LITERATURA……12
4. DISCUSSÃO……18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS……....20
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS……..21

1- INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) é uma doença que afeta o sistema imunológico do indivíduo, fazendo com que fique suceptível tanto à infecções oportunistas quanto à neoplasias malignas (MARÇAL *et al.*, 2018).

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o causador da AIDS, o qual é considerado um retrovírus que tem a capacidade de se reproduzir no corpo humano através dos linfócitos TCD4+, que são nossas células de defesa, e assim provocará uma depressão no sistema imunológico, fazendo com que o corpo fique debilitado. O contágio por este vírus acontece principalmente a partir da via sanguínea, pelo contato sexual e pela via vertical, que é quando a transmissão pode acontecer durante a gestação, o parto ou a amamentação (ALVES *et al.*, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; MARÇAL *et al.*, 2018).

Em 1983, o Center for Disease Control (CDC) notificou os primeiros casos suspeitos de infecção do HIV em crianças, com isso iniciando as primeiras divulgações sobre AIDS pediátrica, que é quando há o desenvolvimento da síndrome da imunodefiência adquirida em indivíduos de 0 a 13 anos de idade (CDC, 1994).

Atualmente, há aproximadamente 1,7 milhões de crianças, menores de 15 anos de idade, convivendo com o HIV no mundo. Sendo que em 2018, 160 mil crianças de até 9 anos de idade foram infectadas, e 89 mil crianças menores de 5 anos de idade adquiriram o virus da imunodeficiência humana por via vertical, sendo a transmissão materna a partir da gestação ou do parto (UNAIDS, 2019; UNICEF, 2019).

Dentro da normalidade de uma criança, é comum esta apresentar um sistema imunológico imaturo, ou seja, em fase de desenvolvimento, e essa característica se agrava ainda mais quando se trata de indivíduos pediátricos soropositivos, fazendo com que apresentem um sistema imunológico mais deficiente na defesa das infecções quando se comparado aos indivíduos adultos soropositivos (ALVES *et al.*, 2009).

A partir do agravamento do sistema imunológico causado pela infecção do HIV faz com que a criança apresente várias enfermidades, sendo que um dos indicadores da presença do vírus no corpo é o aparecimento das doenças bucais, como candidíase oral, herpes simples, doença periodontal e entre outras. Conseguinte desses fatos, o cirurgião dentista, muitas das vezes, é o primeiro profissional da saúde a presenciar os sintomas e os sinais clínicos causados por essa doença no paciente pediátrico (DÁVILA *et al.*, 2011; SALES-PERES *et al.*, 2012).

Essa revisão da literatura terá como finalidade fornecer informações teóricas a partir da literatura científica atual sobre as manifestacões bucais em pacientes pediátricos HIV positivos, abordando aspectos desde a etiologia do contágio pelo vírus da imunodeficiência humana em

crianças, até a importância do entendimento sobre os sintomas e aspectos clínicos bucais dessa doença em pacientes pediátricos, e abordando também o papel da Odontopediatria para a contribuição na promoção da saúde bucal e na melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

2- METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido por meio de revisão da literatura, com pesquisa em bases de dados nacionais (Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde) e internacional (PubMed), por meio do uso das palavras chaves: manifestações bucais, pacientes pediátricos HIV positivos, síndrome da imunodeficiência adquirida em crianças, odontologia, aspectos orais da AIDS em crianças e adolescentes, e suas relações bem como seus correspondentes em inglês: oral manifestations, HIV/AIDS infected children, dentistry. Em uma pesquisa inicial foram encontrados 55 artigos e após a seleção por relevância do tema e ano de publicação foram selecionados 37 artigos para realização desse trabalho, sendo que os artigos selecionados correspondem a um intervalo de de tempo dentre os anos de 1992 até o ano de 2019.

3- REVISÃO DA LITERATURA

O vírus da imunodeficiência humana (HIV), é um retrovírus que possui a capacidade de destruir os linfócitos TCD4+, que são conhecidos como células de defesa do corpo humano, com isso prejudicando o sistema imune, que consequentemente irá aumentar o risco da instalação câncer e infecões oportunistas no organismo do indivíduo infectado (CACHAY, 2018).

A infecção pode ser causada por dois tipos de vírus da imunodeficiência humana (HIV), o HIV-1 e o HIV-2. Sendo que o HIV-1 desenvolveu-se incialmente na África Central, através de uma transmissão ao ser humano causada pelo vírus relacionado a chimpanzés, e este tipo de vírus se tornou o principal disseminador da infecção pelo mundo, possuindo maior virulência. Já o HIV-2, tem o maior número de casos relatados nas regiões da África Ocidental, tendo como característica ser menos virulento que o HIV-1 (CACHAY, 2018).

As formas de transmissão do vírus HIV são por via sexual, que é a principal forma de contágio, via sanguínea, através da transfusão sanguínea, acidente envolvendo objetos perfuro cortantes contaminados, uso de drogas endovenosas, e via vertical, conhecida como transmissão materno-fetal, sendo que o contágio ocorre quando a mãe infectada transmite o vírus HIV para o filho, o qual pode acontecer nas últimas semanas de gestação, pela amamentação, durante o trabalho de parto ou no parto (ROSA *et al.*, 2015; MARÇAL *et al.*, 2018).

A fase inicial da infecção causada pelo HIV pode ser assintomática ou ter aparecimento de sintomas brandos, transitórios e inespecíficos, os quais são caracterizados como síndrome retroviral aguda. Esta síndrome pode ocorrer depois de 1 a 4 semanas da infecção, e tem como duração de 3 a 14 dias, e os sinais e sintomas podem ser definidos como fadiga, mal-estar, febre, dermatites, linfadenopatia em vários locais e entre outros, e na maioria das vezes estes são confundidos com síndromes virais benignas ou com monoclueose infecciosa (SMART STUDY GROUP et al., 2006).

Depois que os sintomas da fase aguda da doença desaparecem, inicia-se a fase de latência clínica, que é caracterizada pelo indivíduo infectado, que até mesmo sem tratamento, pode ficar um tempo entre 2 a 5 anos em uma fase assintomática, ou até mesmo apresentando sintomas brandos como: linfadenopatia, herpes-zóster, candidíase oral, diarreia, febre com sudorese contínua e fadiga (SMART STUDY GROUP *et al*., 2006; CACHAY, 2018).

Após vários anos de infecção do HIV e sem ter realizado o tratamento específico ou de forma correta, o indivíduo infectado pode desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que é uma síndrome desenvolvida devido a um sistema imunológico muito

debilidado e sem capacidade de combater infecções, assim abrindo portas para instalação de doenças oportunistas (COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE BOSTON, 2015).

A AIDS é considerada o estágio avançado da infecção após o contato do paciente com o HIV, portanto quanto mais cedo for realizado o diagnóstico do vírus da imunodeficiência humana maior será a chance de a doença não agravar para o estágio da AIDS (RAMOS Jr *et al.*, 2013).

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram reconhecidos nos países Estados Unidos e África, e consequentemente adquirindo um caráter de pandemia mundial (FORATTINI, 1993).

Na metade do século XX, inciou os estudos sobre o processo de infecção do HIV, e com isso houve relatos de que esta enfermidade teve seu surgimento na África Central e que o país estava relacionado com a mutação do vírus do macaco, pois acreditam que a transmissão do vírus foi passada do macaco para o ser humano, através de certas práticas culturais na África o qual o homem pode ter manipulado carnes de chimpanzés infectados, assim disseminando a doença pelo mundo (PINTO *et al*., 2007).

No ano de 1981 na cidade de São Francisco, foram notados um excessivo número de pacientes adultos, do sexo masculino e homossexuais, que apresentavam doenças como Sarcoma de Kaposi, sistema imunológico deprimido e Pneumonia causada pelo fungo *Pneumocystis carinii*. E a partir da alta repetição destas manifestações, os Estados Unidos reconheceram a existência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que era uma síndrome causada pelo agravamento da infecção provocada pelo contágio do vírus da imunodeficiência humana (GALVÃO, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em 2003, segundo dados estatísticos da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde o início do reconhecimendo AIDS como uma epidemia mundial, a doença ocasionou a morte 20 milhões de pessoas no mundo, sendo que 14 mil pessoas eram infectadas pelo HIV por dia, e se nos próximos 20 anos não fossem implatados métodos para o controle dessa infecção, 70 milhões de pessoas vão se encontrar infectadas (ROCHA, 2003).

Devido o surgimento da terapia antirretroviral (TARV), que é um tratamento desenvolvido para tratar a infecção causada pelo HIV, fez com que dentre os anos 2000 a 2018 13,6 milhões de pessoas fossem salvas, diminuindo em 45% as mortes e em 37% as novas infecções causadas pelo HIV. Porém, mesmo com a existência de tratamento e aumento da disponibilidade de prevenção e diagnóstico, o vírus da imunodeficiência ainda continua sendo um problema mundial de saúde pública, e que até no final do ano de 2018 há mais de 37,9 milhões de pessoas convivendo com o HIV (OMS, 2019).

Em 1982, o Brasil obteve seus primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, os quais foram reconhecidos no estado de São Paulo, e dentre os anos de 1980 a 2019, foram constatados 966.058 casos de pessoas com AIDS, sendo que nos últimos cinco anos foram registrados uma média de 39 mil novos casos de AIDS. Ao comparar os casos registrados do ano de 2013, que foram 42.934 de pessoas diagnosticadas com AIDS aos casos de 2018, que foram 37.161 notificações, nota-se uma diminuição anual dos casos de AIDS no Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

No Brasil, nos anos de 2014 a 2018, a média de casos de AIDS de cada estado foram correspondentes da seguinte forma: região sudeste com 15,4 mil casos, região nordeste com 8,9 mil casos, região sul com 7,7 mil casos, região norte com 4,4 mil casos e região centro-oeste com 2,8 mil casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Em 1982, teve o primeiro o relato da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) infantil, e no Brasil, foi em 1983 o primeiro caso registrado de AIDS em crianças. No ano de 2018, foram registrados no mundo aproximadamente 1,7 milhões de crianças, menores de 15 anos, infectadas pelo HIV (ORTIGÃO *et al.*, 1995; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998 apud UNAIDS, 2019).

Essa síndrome possui a maioria dos sintomas divergentes quando se é comparada entre crianças e adultos, assim obtendo duas classificações: AIDS pediátrica e AIDS em adultos. Portanto, é considerado AIDS pediátrica quando a infecção pelo vírus ocorre entre 0 à 13 anos de idade, e a AIDS em adultos é classificada quando o contágio pelo HIV acontece acima dos 13 anos de idade (ALVES *et al.*, 2009; DÁVILA *et al.*, 2011).

A forma mais comum de transmissão que acontece na criança é a vertical, que é quando a mãe infectada passa o vírus da imunodeficiência humana para o filho, e isso é mais frequente devido ao alto índice de infecção pelo HIV em mulheres cbm idade reprodutiva. E este tipo de contaminação na criança acontece predominantemente por via transplacentária ou durante o parto, porém existem casos raros em que o contágio se deu através do aleitamento materno (BORKOWSKY *et al*., 1992; DUNN *et al*., 1992; QUINN *et al*., 1992).

A transmissão vertical felizmente afeta somente 30% das crianças que nasceram de mães infectadas, logo 70% das crianças que possui a parte materna infectada não adquiram o vírus causador da AIDS (QUINN *et al*., 1992).

As manifestações sistêmicas em uma criança infectada pelo HIV são caracterizadas por doenças que acontecem de forma isolada ou associada, sendo as mais comuns diarréia crônica ou recorrente, pneumonia, febre contínua, otite, linfoadenopatia, anemia e tuberculose,

entretanto, a causa mais comum de morte nestas crianças é a doença que afeta os pulmões (CECCOTTI, 1995; SOUZA *et al*., 1996).

Normalmente, os primeiros sinais ou até mesmo a progressão da infecção causada pelo HIV em crianças são vistas a partir de manifestações orais. Logo, em 1994, o Center for Disease Control (CDC) aderiu os sinais clínicos estomatológicos nos critérios de classificação da AIDS pediátrica, assim apontando as manifestações orais como grande relevância prognóstica na análise da progressão da doença (LEGGOTT, 1992; JOSE *et al*., 2013).

Em relação aos pacientes pediátricos soropositivos, as manifestações orais foram divididas em três grupos, sendo o primeiro grupo é das lesões mais frequentes em crianças infectadas com o HIV, que são herpes simples, candidíase, aumento da glândula paródita, eritema linear gengival e úlceras aftoras recorrentes, já o segundo grupo é sobre as lesões menos comuns, como papiloma, doença periodontal e xerostomia, e o terceiro grupo são das lesões que são mais comuns nos adultos infectados pelo HIV e que também são encontradas em crianças infectadas porém de forma mais rara, como linfoma, leucoplasia pilosa e sarcoma de kaposi (FERREIRA *et al*., 2004).

Por ordem descrescente de frequencia, as principais manifestações orais em pacientes pediátricos HIV positivos são: candidíase, gengivite, hipertrofia de parótidas, úlceras aftosas, estomatite herpética e abcessos dentários; e as manifestações mais raras são: leucoplasia pilosa, neoplasias malignas e ulcerações relacionadas à citomegalovirose, varicela zoster e ao vírus cocksackie (RUBINI, 2001).

Os medicamentos utilizados no tratamento da infecção em pacientes pediátricos soropositivos conhecidos como antiretrovirais, que além de ter como efeito colateral a xerostomia, estes possuem uma grande concentração de sacarose, que é conhecido como um tipo de acúçar, o que demonstra que estes medicamentos possuem fatores cariogênicos, o que explica muita das vezes a alta incidência de cárie em crianças infectadas pelo HIV (SOUZA *et al*., 1996).

A candidíase bucal, é uma doença provocada pelo fungo *Candida albicans*, e pode ser identificada em quatro proporções, como eritematosa, queilite angular, hiperplásica e pseudomembranosa, sendo que a forma pseudomembranosa é a mais frequente, a qual apresenta-se na forma de manchas ou placas removíveis de coloração branca ou amarelada posicionadas na região da mucosa bucal. O indíviduo soropositivo que possui a candidíase bucal, possui como prognóstico de sobrevida menor, pois esta doença poderá agravar ainda mais o sistema imunológico que já se encontra deprimido, e além de atigingir a região da boca,

esta infecção local pode ser disseminada para outros lugares do corpo, como esôfago e sistema respiratório (CHIGURUPATTI *et al*., 1996).

A estomatite herpética é considerada uma manifestação bucal comum em pacientes pediátricos soropositvos, sendo que nestes pacientes essas lesões se manifestam de forma crônica e recorrente. Esta manifestação oral é causada pelo mesmo vírus do herpes simples (vírus – 1 HSV), e apresenta-se como lesões vesiculares na região do vermelhão do lábio, que ao se romperem pode formar úlceras nos lábios ou pequenas úlceras doloras na região do palato e na gengiva, possuindo como sintomas febre intensa, aumento dos gânglios, letargia e ausência de fome. Lembrando que devido o sistema imunológico da criança HIV positiva ser imunodeprimido e fazendo com o quadro das infecções se manifestem de forma mais severa, pode acontecer da necessidade de hospitalização destes pacientes devido a quadros intensos de estomatite herpética (LEGGOTT, 1992; CHIGURUPATTI *et al*., 1996; RAMOS-GOMEZ *et al*., 1999).

A Gengivoestomatite Herpética Aguda (GEHA) além de ser uma manifestação bucal constantemente encontrada em crianças infectadas pelo HIV, a doença também afeta muita das vezes crianças saudáveis entre 2 a 6 anos de idade, que nestas a apresentação da doença se dá na forma de vesículas amareladas e agrupadas na mucosa mastigatória, que rapidamente se desfazem e formam úlceras rasas, que apresentam um tempo de duração de 10 a 14 dias, diferente nas crianças imunodeprimidas, em que as lesões aparecem maiores e com maior duração que o normal, através de vesículas com bordos avermelhados, que quando se rompem formam úlceras nos lábios ou de forma agrupada e pequena no palato e gengiva, e que se não forem tratadas podem deixar grandes sequelas (LEGGOTT, 1992; CHIGURUPATTI *et al*., 1996; KLINE, 1996).

A gengivite também é apresentada como uma manifestação comum em crianças infectadas pelo HIV, a qual apresenta-se como um eritema linear na gengiva marginal da superfície vestibular e proximal. Esta lesão aparece na boca sem que o local dê condições propícias para essa manifestação, que seria má higienização bucal e presença de placas bacterianas (LEGGOTT, 1992).

Outro tipo de manifestação é a hipertrofia da glândula parótida, que é uma lesão de etiologia desconhecida e apontada como fator de distinção de infeção do HIV em pacientes pediátricos, a qual a glândula demonstra um crescimento de forma difusa e crônica, tendo consistência firme, podendo ser uni ou bilateral, e essa anormalidade vem acompanhada pelos sintomas de xerostomia e não sensibilidade ao toque (CHIGURUPATTI *et al*., 1996; KLINE, 1996).

A cavidade bucal por ser o local ideal para acomodação de lesões causadas por infecções oportunistas, faz com que as manifestações orais em crianças soropositivas para o HIV sejam vistas como indicadores da progressão da doença, da não eficácia ou até mesmo da ausência de um tratamento antiretroviral, assim sendo necessário uma avaliação completa do sistema estomatognático. (ISRAEL *et al*., 2002; TONELLI *et al.,* 2013).

Logo, é importante o acompanhamento da criança infectada pelo HIV pelos profissionais da saúde, e ressaltando também a importância do profissional da saúde bucal, pois o Odontopediatra realizará uma avaliação completa do sistema estomatognático, e irá orientar sobre a prevenção e o tratamento destas manifestações bucais, com isso proporcionando a criança uma melhor qualidade de vida.

4- DISCUSSÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus que tem capacidade de deprimir o sistema imune humano, que pode ser transmitido por via sexual, via sanguínea e via vertical, sendo que em crianças a forma mais comum de contágio pelo HIV é através da transmissão vertical ((BORKOWSKY *et al*., 1992; CACHAY, 2018; MARÇAL *et al.*, 2018).

Os pacientes que estão infectados pelo HIV durante muitos anos, e que não realizam tratamento ou não o faz de forma correta, podem desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), assim dando início ao aparecimento de doenças oportunistas, podendo acometer tanto indivíduos adultos quanto crianças, porém a AIDS pediátrica pode apresentar maioria das vezes uma forma mais exarcebada da infecção (ALVES *et al.*, 2009; COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE BOSTON, 2015; ROSA *et al.*, 2015).

No ano de 2003, a infecção pelo HIV ocasionou a morte de 20 milhões de pessoas no mundo e 14 mil pessoas eram infectadas por dia, mas com o surgimento da terapia antirretroviral (TARV), os anos 2000 à 2018 apresentaram uma diminuição de 45% das mortes e 37% de novas infecções pelo HIV no mundo. Em 1982, teve o primeiro caso de AIDS pediátrica e em 2018 já se registrava aproximadamente 1,7 milhões de crianças infectadas pelo mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998; ROCHA, 2003; OMS, 2019; UNAIDS, 2019).

As manifestações bucais são normalmente consideradas os primeiros sinais da infecção causada pelo HIV em crianças, consequentemente se tornando um importante método de classificação da AIDS pediátrica segundo o Center for Diasease Control (CDC), e se apresentam de forma mais frequente a partir de sinais clínicos como abcessos dentários, estomatite herpética, úlceras aftosas, hipertrofia de parótida, gengivite e candidíase (LEGGOTT, 1992; RUBINI, 2001; JOSE *et al*., 2013).

Os abcessos dentários podem ter origem a partir do aumento da incidência de cárie devido associação de fatores como a má higienização bucal e o uso de antirretrovirais com grande concentração de sacarose. Já a estomatite herpética, é causada pelo vírus do herpes simples como hospedeiro no organismo, se manifestando de forma crônica e recorrente a partir da presença de lesões vesiculares na região bucal acompanhamento de sintomas como febre intensa, aumento dos gânglios e ausência de fome (SOUZA *et al*., 1996; CHIGURUPATTI *et al*., 1996).

A hipertrofia de parótida se manifesta com origem desconhecida, demonstrando um aumento da glândula parótida de forma difusa, crônica, com consistência firme, podendo ser uni ou bilateral e com sensibilidade ao toque. Já a gengivite se manifesta em crianças soropositivas para o HIV de forma aguda e sem a presença de fatores desencadeantes desta

condição, como a má higienização bucal e presença de placa bacteriana. E a candidíase bucal acontece devido a intalação do fungo Candida albicans devido a depressão do sistema imunológico da criança infectada pelo HIV, tendo como forma de apresentação clínica manchas ou placas removíveis de coloração branca ou amarelada (LEGGOTT, 1992; CHIGURUPATTI *et al*., 1996; KLINE, 1996).

As manifestações bucais por serem um dos principais indicadores da infecção do HIV em pacientes pediátricos, ressalta-se a necessidade do acompanhamento destes pacientes com profissionais da área da saúde, principalmente com o Odontopediatra, que irá orientar e tratar em relação as lesões orais, assim proporcionando a criança infectada uma melhor qualidade de vida (LEGGOTT, 1992; FREIRE *et al.*, 2000).

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido aos fatores sociais e econômicos de uma população estarem relacionados com a determinação de certas doenças, identifica-se que a maior parte das crianças que estão infectadas pelo HIV são de famílias com uma baixa condição socioeconômica, as quais possuem pouco acesso a consultas odontológicas e a orientações de prevenção de doenças bucais, e baixa condição de aquisição de produtos de higiene pessoal, o que irá resultar em um conjuto de lesões bucais que na maioria das vezes podem causar danos na fala, mastigação e deglutição, e somando esses fatores estas crianças terão uma condição precária de saúde bucal, que consequentemente iram afeta-las também de modo sistêmico, pois a má condição bucal resultará na dificuldade de ingerir medicamentos, desidratação e perda de peso na criança, deixando-as mais debilitadas (RAMOS-GOMEZ *et al*., 1996; KLINE 1996).

Portanto, é essencial que a criança HIV positiva sempre consulte com o Pediatra e Odontopediatra, pois a partir destes profissionais da saúde que estas e os seus responsáveis irão ter orientações para obter qualidade de vida. E deve-se enfatizar a importância do acompanhamento com o Odontopediatra, pois este terá a função de orientar a família sobre como será o tratamento das lesões estomatognáticas estabelecidas devido a infecção do HIV, e também irá acompanhar a dentição decídua, a transição para dentição permanente e o desenvolvimento craniofacial da criança (FREIRE *et al.,* 2000).

6- REFERÊNCIAS

ALVES, F.B.T.; CZLUSNIAK, G.D.; DAL'MASO, A.M.S.; SHIMIZU, K.H.; VERRI, M.A. Lesões estomatológicas em crianças HIV positivas e suas implicações clínicas. Arq. Odontol. 2009; 45:191-8.

BORKOWSKY, W.; KRASINSKI, K. Perinatal Humam Immunodeficiency Virus Infection: Ruminations on Mechanisms of Transmission and Methods of Intervention. *Pediatrics,* 1992; 90: 133-6.

CACHAY, E.R. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). University of California, San Diego. Last full review/revision January 2018.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. (1994). Recommendations of us public health service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal Transmission of Human immunodeficiency Virus. MMWR, v. 43, n.11, pp. 1-20.

CECCOTTI, E. Nirios con SIDA: manifestaciones bucales. Revista Assoc. Odontot Argent. Buenos Aires, v.83, n.4, p.299-303, oct./dic., 1995.

CHIGURUPATTI, R.; RAGHAVAN, S.S.; STUDEN-PAVLOVICH, D.A. HIV infection and its oral manifestations: a review. *Pediatr Dent.* 1996 Mar-Apr; 18(2):106-13.

COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE BOSTON. Departamento de Doenças Infecciosas 1010, Massachusetts Avenue. Julho 2015, Boston, MA 02118. Disponível em: www.bphc.org, 617-534-5611 HIV.

DÁVILA, M.E.; GIL, M. Manifestaciones orales y caries dental em niños expuestos al virus de inmunodeficiencia humana. Rev Salud Pública 2011; 13:833-43.

de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: Aids e DST. 2013; Ano 88, n. 1.

DUNN, D.T.; NEWELL, M.L.; ADES, A.E.; PECHAM, C.S. Risk of Humam Immunodeficiency Virus Type 1 Transmission Through Breastfeeding. *Lancet,* 1992; 340: 585-8.

FERREIRA, D.C.; DIAS, A.P.V.; GODEFROY, P.; GARDIOLI, D. D. MELLO, P.B.M.; KNUPP, R.S. Aspesctos Orais da infecção pelo HIV em pacientes pediátricos – Uma abordagem atual. Oral aspects the HIV infection in pediatric children – An actual approach. DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2): 53-57, 2004.

FORATTINI, O. P. Aids e sua Origem. Rev. Saúde Pública vol.27 no.3 São Paulo. Junho, 1993.

FREIRE, M. C. M.; MACEDO, R. A.; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. *Pesq. Odont. Bras.* v.14, n.1, p.39-45, jan./mar. 2000.

GALVÃO, J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Ed.34; 2000.

ISRAEL, M. S.; PIMENTEL, R.; MACIEL, V.A. *et al.* Manifestações orais associadas à infecção pelo HIV em crianças. *RBO*, v.59, n.5, p.335-337, Set./Out. 2002.

JOSE, R.; CHANDRA, S.; PUTTABUDDI, J.H.; VELLAPPALLY, S.; AL KHURAIF, A.A.; HALAWANY, H.S.; ABRAHAM, N.B.; JACOB, V.; HASHIM, M. Prevalence of oral and systemic manifestations in pediatric HIV cohorts with and without drug therapy. *Curr HIV Res* 2013; 11(6):498-505.

KLINE, M.R. Oral manifestations of pediatric human immunodeficiency virus infection: a review of the literature. Pediatrics, Evanston, v.97, n.3, p.380-388, Mar.,1996.

LEGGOTT, P.J.Oral manifestations of HIV infection in children. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod, 1992. 73(2):87–92.

MARÇAL, C.S.; SILVA, L.C.; FAKER, K.; TOSTES, M.A.; CANCIO, V. Síndrome da Imunodeficiência adquirida na criança e no adolescente: conduta odontotológica. Disponível em Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 59, n. 2, jul./dez., 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2019. Brasília-DF. Número especial, Dez. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília-DF, Ano III, nº 1, Jan a Jun/ 2006 a. p. 3-5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Boletim Epidemiológico, AIDS 1998, ano XI (4). Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/dados/bol_aids1.htm.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento

OMS. HIV / AIDS. Publicado 15 de novembro 2019. Disponível em: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids. Visualizado no dia 25/01/2020, às 10:00 horas.

ORTIGÃO, M. B. AIDS in Children: Observations on Vertical Transmission. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 11 (1): 142-148, Jan/Mar, 1995.

PINTO, A.C.S.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N.F.C.; ALVES, M.D.S. Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(1): 45-50 – ISSN: 0103-4065

QUINN, T.C.; RUFF, A.; HALSEY, N. Pediatric Acquired Immunodeficiency Syndrome: Special Considerations for Developing Nations. *Pediatr Infect Dis. J,* 1992; 11: 558-68.

RAMOS Jr., A.N.; MATIDA, L.H.; ALENCAR, C.H.; HEARST, N.; HEUKELBACH, J. Late-stage diagnosis of HIV infection in Brazilian children: evidence from two national cohort studies. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(7): 1291-1300.

RAMOS-GOMEZ, F.J. et al. Risk factors for HIV - related orofacial soft-tissue manifestations in children. Pediatr. Dent., Chicago, v.18, n.2, p.121-126, Mar./Apr.,1996.

RAMOS-GOMEZ, F.J.; FLAITZ, C.; CATAPANO, P.; MURRAY, P.; MILNES, A.R.; DORENBAUM, A. Classification, diagnostic criteria, and treatmentrecommendation for orofacial manisfestation in HIV-infected pediatric patients. Collaborative workgroup on oral manifestations of pediatric HIV infection. *J Clin Pediatr Dent* Birmingham. 1999 Winter; 23(2):85-96.

ROCHA, S. AIDS: uma questão de desenvolvimento? In: Passarelli CA. AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. p. 34-40.

ROSA, M.C.; SILVA, N.M.O.; HORA, V.P. Patogênese do HIV: características do vírus e transmissão materno-infantil. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande -RS, Brasil. 2015.

RUBINI, N. Principais manifestações buco-maxilofaciais em crianças. Disponível como mensagem enviada por: antonio@aids.gov.br. em 6 ago. 2001.

SALES-PERES, S.H.C.; MAPENGO, M.A.A.; MOURA-GREC, P.G.; MARSICANO, J.A., SALES-PERES, A.C.; SALES-PERES, A. Oral manifestations in HIV+ children in Mozambique. Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17:55-60.

SOUZA, I. P. R.; TELES, G. S.; CASTRO, G. F.; PRIMO, L.G.; VIANNA, R.B.C.; PERES, M. Prevalência de cárie em crianças infectadas pelo HIV. Ver. Bras. Odontol. Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 49-51, jan./fev. 1996.

Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) STUDY GROUP; EL-SADR, W.MM; LUNDGREN, J.; NEATON, J.D.; GORDIN, F.; ABRAMS, D.; ARDUINO, R.C.; BABIKER, A.; BURMAN, W.; CLUMECK, N.; COHEN, C.J.; COHN, D.; COOPER, D.; DARBYSHIRE, J.; EMERY, S.; FATKENHEUER, G.; GAZZARD, B.; GRUND, B.; HOY, J.; KLINGMAN, K.; LOSSO, M.; MARKOWITZ, N.; NEUHAUS, J.; PHILLIPS, A.;

RAPPOPORT, C. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. The new england journal of medicine, 30 Nov 2006. 355(22):2283-96.

TONELLI, S.Q.; OLIVEIRA, W.F.; OLIVEIRA, G.A.; POPOFF, D.A.V.; COELHO, M.Q.; BARBOSA Jr, E.S. Manifestações bucais em pacientes pediátricos infectados pelo HIV: uma revisão sistemática da literatura. Set./Dez. 2013. RFO, Passo Fundo, v. 18, n. 3, p. 365-372.

UNAIDS. Estatísticas globais sobre HIV 2019. Disponível em: https://unaids.org.br/estatisticas/. Visualizado no dia 03/02/2020, às 21:50.