

# Lesões bucais manifestadas em pacientes aidéticos e tuberculosos, relacionadas com a contagem celular cd4+ / cd8+.

MAURÍCIO ROTH VOLKWEIS\* ; RODRIGO S. DA ROCHA\*\* ; LEONARDO L. N. LEONARDO\*\*\* ; JOÃO CARLOS B. WAGNER\*\*\*

## RESUMO

Este trabalho relata manifestações bucais que ocorrem em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), assim como descreve sua etiopatogenia. Apresenta como pesquisa de campo quantitativa o estudo da prevalência das manifestações bucais da AIDS, em 42 pacientes portadores do HIV e com tuberculose, internados no Hospital Sanatório Partenon. Relacionou-se a lesões encontradas clinicamente com o estado de imunodepressão mapeado através de contagem celular de linfócitos CD4+ e relação celular CD4+/CD8+. Verificou-se que a lesão mais prevalente é a Candidíase nas suas diversas formas de manifestação clínica, independente de contagem linfocitária, com números variando de depressões imunológicas severas à brandas, evidenciando seu caráter oportunista. Com relação a Leucoplasia Pilosa, este estudo mostra a sua especificidade com relação ao estado avançado de imunodepressão do paciente infectado pelo HIV; a Doença Periodontal apresenta-se como uma manifestação clínica de prevalência moderada, estando relacionada sua etiologia ao controle de placa do paciente, mostrando-se um padrão mais agressivo em áreas localizadas.

## UNITERMOS

Tuberculose, AIDS, diagnóstico

VOLKWEIS, M.R., et al. Oral Lesions in Patients with AIDS and Tuberculosis and the Relation to the CD 4+/CD8+ Cells Counting. *PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos*, v.4, n.3, set./dez. 2001.

## ABSTRACT

*The aim of this research is to relate the presence of oral lesions in patients with Tuberculosis and AIDS and the CD4+ and CD8+ cells. Method: Patients with both diseases and being treated at the Sanatório Partenon Hospital were evaluated. The lesions observed were related to the immunodeficiency state, according to the CD4+ and CD8+ cells counting. A normal level of CD4+ cells is over than 600 cell/mm<sup>3</sup>, and the immune depression is defined when the counting is smaller than 500 cell/mm<sup>3</sup>, or a relation CD4/CD8 lower than 0,5%. Results: 42 patients, 19 male and 23 female, with age between 16 and 62 years old were seen. Some patients presented more than one lesion. The most common lesion in patients HIV+ with tuberculosis is Candidiasis in their different clinical presentation. Hairy Leucoplakia corresponded to 18,5% (n.5), with a CD4+ counting between 10 and 141, and a relation CD4/CD8 between 0,02 and 0,40%. Periodontal Diseases was found in 25,9% (n.7) and their CD4+ counting was between 32 and 530 cell/mm<sup>3</sup> and the CD4/CD8 relation between 0,06 and 0,45%. Conclusions: The different presentations of Candidiasis were the most frequent lesion in*

\*Professor Adjunto de Cirurgia e Patologia Bucal - Faculdade de Odontologia - ULBRA Canoas, Cirurgião e Professor do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto-Alegre - cx. postal 124 - cep 92420280.

\*\*Estagiário da disciplina de Cirurgia da Faculdade de Odontologia - ULBRA - Canoas.

Professor Titular de Cirurgia - Faculdade de Odontologia - ULBRA, Chefe do Serviço e Coordenador do Curso de Especialização em CTBMF do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre.

patients with Tuberculosis and AIDS, according to this research. The decrease of CD4+ counting seems to be related to the occurrence of Hairy Leucoplakia and Herpes Zoster. The occurrence of Candidiasis seems not to be related with the CD4 cells counting, affecting patients with lower or higher levels. The Periodontal Diseases occurs in a very large variation of CD4 cells counting, not being depending on it.

## UNITERMS

Tuberculosis, AIDS, diagnosis

## INTRODUÇÃO

A AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - é uma doença causada por um retro-vírus transmitido por via sexual, drogas injetáveis, transfusão sanguínea ou via placentária. Causa imunodeficiência e é capaz de manifestar-se logo após o contágio ou levar algum tempo até a primeira manifestação. Consiste em um problema de saúde com contexto social e abrangência mundial, na medida que não existe um tratamento que traga a cura.

A importância de um correto diagnóstico das manifestações bucais de pacientes HIV positivos é que, na maioria das vezes, é na boca que manifestam-se os primeiros sinais clínicos da doença. Neste sentido, foi realizado um estudo em pacientes aids e com tuberculose internados no Hospital Sanatório Partenon, procurando relacionar as manifestações bucais encontradas com seu estado de imunodepressão avaliados de acordo com a contagem de células de defesa conhecidas como linfócitos T CD4+ e CD8+.

A AIDS é uma doença fatal, descrita em 1981, após o surgimento de um tipo raro de Pneumonia, causada pelo *Pneumocystis carinii* em homossexuais (Gallo & Montagner<sup>9</sup>, 1988; Farthing et al. 1989; Lima et al.<sup>16</sup>, 1997).

Segundo Robbins, Cotran e Kumar (1996), a AIDS é uma pandemia caracterizada por um colapso imunológico do organismo provocando o aparecimento de múltiplas lesões, incluindo manifestações bucais. A imunodepressão acentuada afeta a imunidade celular, com a depressão de células T (CD4+) que é a característica mais marcante da AIDS.

O HIV infecta diretamente linfócitos e, em particular, deprime o número de linfócitos T (helper)

CD4+, reverte o índice de linfócitos T helper para linfócitos T supressores (CD8+). Anticorpos produzidos contra o vírus parecem não ser protetores e não existem evidências de que o vírus seja jamais eliminado do organismo. (Cawson et al.<sup>6</sup>1995).

Na fase inicial há um alto índice de produção de vírus, controlada por uma resposta imune antiviral durante duas a três semanas, com sintomatologia inespecífica. A fase intermediária compreende um período de contenção imune do vírus, onde há replicação do HIV latente de baixo nível, podendo durar vários anos, assintomático ou linfadenopatia generalizada persistente. A fase final é caracterizada por uma ruptura nas defesas do hospedeiro. Nesta fase a contagem de células T CD4+ está reduzida e o paciente apresenta fadiga, diarreia, febre e emagrecimento. O desenvolvimento da AIDS ocorre quando sobreveem infecções oportunistas graves, neoplasias ou doença neurológica clínica (Kumar et al.<sup>15</sup> 1994).

O principal efeito da depleção dos linfócitos T helper é o aumento da depressão na imunidade mediada por célula. A resposta dos linfócitos aos antígenos declina progressivamente, e a hipersensibilidade tardia torna-se prejudicada ou perdida, antes que surjam quaisquer sintomas clínicos da doença. O principal efeito da imunodeficiência, e principal causa da morte, é a infecção, particularmente por microorganismos oportunistas. (Cawson et al.<sup>6</sup> 1995).

**Linfócitos CD4+ e relação CD4 +/CD8 + -** A contagem normal de células CD4+ é acima de 600 cél/mm<sup>3</sup>, e a supressão imune inicial é definida como uma contagem abaixo de 500 cél/mm<sup>3</sup>. Casos de severa imunodepressão são definidos com uma contagem de células CD4+ abaixo de 200 cél/mm<sup>3</sup>, apresentando uma perda anual de 60 a 80 cél/mm<sup>3</sup>, podendo apresentar variações individuais (Glick<sup>11</sup> 1996). Ceballos et al.<sup>7</sup> (1996), mostraram que o aparecimento de lesões bucais associadas ao HIV aumentam com a diminuição na contagem de linfócitos CD4+, principalmente em níveis inferiores a 200 cél/mm<sup>3</sup> .

Para o paciente soropositivo, o exame de controle é a contagem de CD4+, onde pode-se avaliar o grau de comprometimento do sistema imunológico (Barlett<sup>5</sup>, 1996). Cawson et al.<sup>6</sup> (1995), afirmaram

que os marcadores hematológicos que são indicadores da progressão da infecção por HIV incluem a presença de antígenos virais no soro, altos níveis de imunoglobulinas beta-2, produção de interferon, induzida por antígeno, altamente deprimida e contagem de linfócitos CD4+ menor que 200 células/mm<sup>3</sup> ou uma relação CD4/CD8 menor que 0,5%.

**Manifestações bucais da AIDS** – Pindborg<sup>20</sup> (1989), formulou a primeira classificação das manifestações bucais associadas a infecção pelo vírus HIV. A classificação se baseava em fatores etiológicos e as lesões foram divididas em fúngicas, bacterianas, virais, neoplásicas e de origem desconhecida. Scully et al.<sup>26</sup> (1991) e Glick<sup>10</sup> (1996), relatam que as manifestações bucais mais frequentemente associadas ao HIV são candidíase, leucoplasia pilosa e doença periodontal.

A prevalência das diferentes lesões é oferecida de forma comparativa na discussão deste trabalho. A seguir, serão abordados aspectos de diagnóstico e etiopatogenia das doenças mais prevalentes e relevantes tão somente para este estudo.

**Candidíase** - A candidíase é a manifestação mais comum na boca em pacientes HIV positivo (Scully et al.<sup>26</sup>, 1991). É uma doença fúngica provocada pela *Candida albicans*, e por outras espécies muito menos comuns, que habitam as mucosas e somente causa doenças quando existem condições que favoreçam o seu desenvolvimento através da penetração nos tecidos mesmo que superficialmente (Regezi & Sciubba<sup>23</sup>, 1989; Magalhães et al.<sup>17</sup>, 1993; Cawson et al.<sup>6</sup> 1995).

**Tuberculose** - A tuberculose é uma doença infecciosa granulomatosa causada pelo bacilo aeróbico *Mycobacterium tuberculosis*. As manifestações bucais decorrem usualmente da implantação do bacilo existente no escarro resultante da expulsão de bactérias pela tosse, sendo a linha mediana do dorso da língua, o palato e lábios como sítios mais prevalentes. Apresenta-se como uma úlcera irregular ou de aspecto estrelado, geralmente dolorosa, superficial ou profunda, fundo granuloso, tendendo a aumentar de tamanho lentamente e que não cicatriza. (Regezi & Sciubba, 1989; Cawson, Binnie e Eveson, 1995).

Segundo Regezi & Sciubba<sup>23</sup> (1989), pode ocorrer envolvimento ósseo da maxila e mandíbula,

geralmente por disseminação hematogênica da infecção causando osteomielite tuberculosa frequentemente na fase terminal da doença e tendo prognóstico desfavorável.

**Doença periodontal** – Murray<sup>19</sup> (1994), relatou que os indivíduos infectados pelo HIV podem apresentar desde uma gengivite caracterizada por uma faixa eritematosa até uma periodontite, frequentemente localizada, destrutiva e necrosante do periodonto de inserção.

Conforme Winkler & Murray<sup>27</sup> (1987), Yeung & Sergi<sup>28</sup> (1994) e Greenspan et al.<sup>13</sup>, 1996, as semelhanças existentes entre os casos de Gengivite Ulcerada Necrosante Aguda (GUNA) e periodontite associada ao HIV resultam em dificuldades de se estabelecer diagnóstico diferencial. Entretanto, a natureza progressiva e rápida da degradação tecidual, inclusive com a destruição da crista óssea alveolar não representa um quadro de GUNA, já que esta só resulta perda de inserção após alguns episódios.

As características da doença periodontal associadas ao HIV incluem sangramento gengival abundante e espontâneo, eritema marginal, rápida perda óssea, exposição da crista alveolar com formação de seqüestro, ulceração, necrose interproximal e formação de crateras, dor intensa e profunda, envolvimento da gengiva inserida e mucosa alveolar, sem apresentar quantidades de depósitos bacterianos (placa e cálculo) compatíveis com o quadro clínico (Rosenstein et al.<sup>25</sup>, 1989; Yeung & Sergi<sup>28</sup>, 1994; Cawson et al.<sup>6</sup>, 1995).

**Leucoplasia pilosa** - A leucoplasia pilosa foi descrita pela primeira vez por Greenspan et al.<sup>13</sup> (1984) em um grupo de homossexuais masculinos jovens. Relataram um tipo inusitado de lesão branca, crônica, quase patognomônica de infecção por HIV. Mais de 60% dos pacientes desenvolveram a doença num período de 4 anos.

Axell et al.<sup>4</sup> (1993), descreveram a leucoplasia pilosa como uma lesão acinzentada ou esbranquiçada localizada nas bordas laterais da língua, podendo apresentar enrugamentos verticais e estender-se até a superfície ventral e dorsal da língua.

A leucoplasia pilosa pode ser variável, bilateral, se apresentando assintomáticas e a sua presença é um fator negativo em termos de prognóstico

(Ramirez et al.<sup>21</sup>, 1992; Ramirez et al.<sup>22</sup> 1996). Segundo Cawson et al.<sup>6</sup> (1995) podem estar associadas linfopenia, baixa contagem de linfócitos CD4+, candidíase e linfadenopatia.

Scully et al.<sup>26</sup> (1991) e Itin & Lautenschlager<sup>14</sup> (1997), relataram que a presença de leucoplasia pilosa está associada a uma contagem de linfócitos CD4+ menor que 300 células/mm<sup>3</sup>. A leucoplasia pilosa é a manifestação mais específica em pacientes HIV positivo.

## PROPOSIÇÃO

Identificar a prevalência de lesões bucais em pacientes aids e com tuberculose no Hospital Sanatório Partenon, relacionando sexo e contagem de linfócitos CD4 + e linfócitos CD8 +.

## MATERIAL E MÉTODOS

A população examinada foi de 42 indivíduos de um total de 57 pacientes que estiveram internados no Hospital Sanatório Partenon durante oito meses. O protocolo de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Sanatório Partenon.

Do total de 57 pacientes, 15 não foram atendidos pelos seguintes motivos: 4 negaram-se, três faleceram entre o consentimento e os exames, e oito tiveram alta do Hospital após o consentimento. Desses, sete eram mulheres e oito homens.

Todos os pacientes eram informados da natureza da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Informado antes do exame. Foram buscados nos prontuários de cada paciente dados relativos ao sexo, idade, raça, hábitos viciosos, formas de contágio e história médica. Cabe salientar que todos os indivíduos HIV positivo examinados apresentavam tuberculose que é fator determinante para a internação do mesmo na instituição de saúde pesquisada. Na consulta foi realizado exame clínico constando da avaliação física do paciente com palpação da cadeia linfática e exame bucal através da inspeção visual e palpação da mucosa bucal na busca de manifestações clínicas bucais associadas ao HIV. O exame foi realizado por dois examinadores calibrados com os mesmos critérios de exame. Em caso de discordância entre os examinadores, um terceiro profissional

utilizando os mesmos critérios era chamado. Nos exames foram utilizados odontoscópio, gaze, abaixadores de língua e refletor. Os examinadores utilizavam equipamentos de proteção individual como luva, máscara, óculos e gorro, sendo o exame realizado no consultório odontológico existente dentro do hospital.

Buscou-se a contagem de linfócitos CD4 + e a relação celular CD4 +/CD8 + através de exames sorológicos com coleta de sangue e processamento laboratorial, ambos realizados pelo Laboratório de Análises Clínicas utilizado pelo Hospital e, então, relacionou-se com as lesões bucais manifestadas.

## RESULTADOS

Dos 42 pacientes examinados havia 19 indivíduos do sexo masculino e 23 do sexo feminino com idade variando entre 16 e 62 anos, com média de 32,3 anos no total da população examinada. No sexo masculino os limites de idade eram de 22 e 62 anos com média de 36,5 anos e no sexo feminino entre 16 e 42 anos com média de 29,5 anos. Os pacientes eram 19 da raça negra sendo dez mulheres e nove homens, e 23 da raça branca sendo 13 mulheres e dez homens.

As formas de contágio entre toda a população examinada apresentavam 22 indivíduos infectados através de relações heterossexuais, 17 usuários de drogas injetáveis, dois homossexuais e um indivíduo receptor de transfusão sanguínea. Considerando-se as 23 mulheres, 17 relataram terem sido contaminadas através de relações heterossexuais e seis por uso de drogas injetáveis. Dos 19 homens, 11 indivíduos relataram o uso de drogas injetáveis, cinco por relação heterossexual, dois por relações homossexuais e um por transfusão sanguínea como forma de contágio.

É importante ressaltar que a soma das lesões bucais apresentadas em cada tabela é maior que o número de pacientes porque alguns paciente apresentavam mais de uma patologia.

O tipo de lesão bucal foi relacionado inicialmente com o sexo dos pacientes examinados (Tabela 1). A Tabela 1 indica que a lesão mais prevalente é a Candidíase multifocal acometendo 24 pacientes (57,1 %), seguida da Candidíase pseudomembranosa com 14 casos (38,1 %). 9 pacientes (21,4%) não apresentavam lesões bucais.

**Tabela 1 – Prevalência das lesões bucais em pacientes com tuberculoses e AIDS, de acordo com o sexo.**

Lesões	n	%	Homens (n = 19)	%	Mulheres (n = 23)	%	p
Candidíase multifocal crônica	24	57,1	9	47,4	15	65,2	0,395
Candidíase pseudomembranosa	16	38,1	6	31,6	10	43,5	0,638
Candidíase eritematosa	4	9,5	-	-	4	17,4	0,166
Candidíase hiperplásica	1	2,4	-	-	1	4,3	1,000
Queilite angular	14	33,3	4	21,1	10	43,5	0,228
Periodontite	10	23,8	4	21,1	6	26,1	0,986
Leucoplasia pilosa	6	14,2	3	15,8	3	13,1	1,000
Moriscatio Labiorium	5	11,9	3	15,8	2	8,7	0,819
Herpes Zoster	3	7,1	1	5,3	2	8,7	1,000
Condiloma Acuminado	2	4,8	-	-	2	8,7	0,556
Liquen Plano Bucal	1	2,4	1	5,3	-	-	0,923
Afta Menor	1	2,4	-	-	1	4,3	1,000
Herpes Simples	1	2,4	-	-	1	4,3	1,000
Hiperpigmentação Melânica	1	2,4	-	-	1	4,3	1,000

A significância foi determinada pelo Teste Qui-Quadrado e Correção de Yates.

Também relacionou-se o tipo de lesão bucal com o sexo dos pacientes (Tabela 2) e as contagens de linfócitos, apresentando-se o número de indivíduos encontrados, valor médio da contagem de CD4, valor mínimo, valor máximo, relação média CD4/CD8 encontrada, menor e maior valor desta relação.

Nos pacientes do sexo masculino com lesões bucais, dois pacientes não apresentaram exame sorológico de contagem de linfócitos CD4+ e relação CD4+/CD8+ sendo que destes pacientes um tinha Candidíase Pseudomembranosa e o outro apresentava Leucoplasia Pilosa e Doença Periodontal. Nos pacientes do sexo feminino com lesões bucais, totalizou-se quatro indivíduos que não apresentaram exame sorológico de contagem de linfó-

citos CD4+ e relação CD4+/CD8+ sendo que destes pacientes uma tinha Queilite Angular, Candidíase Eritematosa e Doença Periodontal, outra apresentava Herpes Simples, enquanto a terceira apresentava Candidíase Eritematosa, Candidíase Pseudomembranosa e Doença Periodontal. A última paciente deste grupo apresentava Queilite Angular, Candidíase Pseudomembranosa e Moriscatio Labiorium.

A Tabela 3 relaciona a presença ou ausência de lesões bucais, estabelecendo relação com a contagem de linfócitos e a relação entre eles. Desta forma, demonstra também o valor médio encontrado para a contagem de CD4, valor mínimo e máximo e o valor médio da relação entre células CD4/CD8, com os extremos encontrados.

**Tabela 2 – Prevalência de lesões bucais, contagem de células CD4+, relação CD4+/CD8+, de acordo com o sexo.**

<b>Lesão</b>	<b>Homens média (p25 - p75) n</b>	<b>Mulheres média (p25 - p75) n</b>	<b>p</b>
Candidíase multifocal crônica	9 pacientes	19 pacientes	
CD4	396 (31 – 423)	102 (12 – 172)	0,234
CD4/CD8	0,13 (0,06 – 0,74)	0,42 (0,07 – 0,47)	0,779
Candidíase pseudomembranosa	5 pacientes	8 pacientes	0,123
CD4	258 (31 – 396)	71 (10 – 102)	0,271
CD4/CD8	0,13 (0,06 – 0,25)	0,27 (0,03 – 0,47)	
Candidíase eritematosa	Sem pacientes	2 pacientes	
CD4		92 (12 – 172)	0,379
CD4/CD8		0,14 (0,03 – 0,25)	0,164
Candidíase hiperplásica	Sem pacientes	1 paciente	
CD4		244	0,507
CD4/CD8		0,47	0,444
Queilite angular	4 pacientes	8 pacientes	
CD4	396 (18 – 423)	102 (71 – 160)	0,942
CD4/CD8	0,13 (0,02 – 0,74)	0,42 (0,25 – 0,47)	0,391
Doença Periodontal	3 pacientes	4 pacientes	
CD4	109 (32 – 129)	131 (73 – 172)	0,749
CD4/CD8	0,06 (0,06 – 0,12)	0,25 (0,24 – 0,27)	0,080
Leucoplasia pilosa	2 pacientes	3 pacientes	
CD4	25 (18 – 32)	131 (10 – 141)	0,048
CD4/CD8	0,04 (0,02 – 0,06)	0,23 (0,03 – 0,40)	0,016
Moriscatio Labiorium	3 pacientes	1 paciente	
CD4	572 (74 – 587)	10	0,593
CD4/CD8	0,04 (0,02 – 0,06)	0,03	0,68
Herpes Zoster	1 paciente	2 pacientes	
CD4	18	43,5 (12 – 75)	0,041
CD4/CD8	0,02	0,22 (0,03 – 0,42)	0,068
Condiloma Acuminado	Sem pacientes	2 pacientes	
CD4		57(12 – 102)	0,164
CD4/CD8		0,26 (0,03 – 0,49)	0,682
Líquen Plano	1 paciente	Sem pacientes	
CD4	572		0,114
CD4/CD8	0,73		0,202
Hiperpigmentação Melânica	Sem pacientes	1 paciente	
CD4		102	0,646
CD4/CD8		0,49	0,332
Afta Simples	Sem pacientes	1 paciente	
CD4		10	0,114
CD4/CD8		0,03	0,126

A significância foi determinada pelo Teste Qui-Quadrado e Correção de Yates.

**Tabela 3 – Presença ou ausência de lesões bucais, relacionado com a contagem de células CD4+ e relação CD4/CD8.**

LESÃO	PRESENTE	AUSENTE	p
	média (p25 - p75) n	média (p25 - p75) n	
Candidíase multifocal crônica	20 pacientes	14 pacientes	
CD4	115 (31,5 – 327)	174 (108 – 301)	0,234
CD4/CD8	0,33 (0,08 – 0,59)	0,42 (0,23 – 0,45)	0,779
Candidíase pseudomembranosa	13 pacientes	21 pacientes	
CD4	73 (31 – 258)	160 (108 – 301)	0,123
CD4/CD8	0,25 (0,07 – 0,47)	0,42 (0,24 – 0,48)	0,279
Candidíase eritematosa	2 pacientes	32 pacientes	
CD4	92 (12 – 172)	136 (972 – 348,5)	0,379
CD4/CD8	0,14 (0,03 – 0,25)	0,41 (0,13 – 0,49)	0,164
Candidíase Hiperplásica	1 paciente	33 pacientes	
CD4	244	131 (71 – 301)	0,507
CD4/CD8	0,47	0,38 (0,12 – 0,48)	0,444
Queilite Angular	12 pacientes	22 pacientes	
CD4	144 (73 – 320)	136 (67 – 301)	0,942
CD4/CD8	0,44 (0,19 – 0,57)	0,27 (0,12 – 0,45)	0,396
Doença Periodontal	7 pacientes	27 pacientes	
CD4	129 (73 – 172)	160 (67 – 396)	0,749
CD4/CD8	0,24 (0,06 – 0,27)	0,43 (0,13 – 0,57)	0,080
Leucoplasia pilosa	5 pacientes	29 pacientes	
CD4	32 (18 – 131)	172 (74 – 396)	0,048
CD4/CD8	0,06 (0,03 – 0,24)	0,43 (0,23 – 0,49)	0,016
Moriscatio Labiorum	4 pacientes	30 pacientes	
CD4	323 (42 – 579,5)	136 (71 – 258)	0,593
CD4/CD8	0,48 (0,13 – 1,11)	0,39 (0,12 – 0,47)	0,688
Herpes Zoster	3 pacientes	31 pacientes	
CD4	18 (12 – 75)	160 (73 – 396)	0,041
CD4/CD8	0,03 (0,02 – 0,42)	0,40 (0,13 – 0,49)	0,068
Condiloma Acuminado	2 pacientes	32 pacientes	
CD4	57 (12 – 102) 2	150,5 (72 – 348,5)	0,164
CD4/CD8	0,26 (0,03 – 0,49)	0,39 (0,13 – 0,48)	0,687
Líquen Plano	1 paciente	33 pacientes	
CD4	572	131 (71 – 258)	0,114
CD4/CD8	0,73	0,38 (0,12 – 0,47)	0,202
Afta Simples	1 paciente	33 pacientes	
CD4	10	141 (73 – 301)	0,114
CD4/CD8	0,03	0,40 (0,13 – 0,48)	0,126
Hirperpigmentação Melânica	1 paciente	33 pacientes	
CD4	102	141 (71 – 301)	0,646
CD4/CD8	0,49	0,38 (0,12 – 0,47)	0,332

A significância foi determinada pelo Teste Qui-Quadrado e Correção de Yates.

## DISCUSSÃO

Lesões provocadas por *Cândida* são um achado comum em todos os estudos analisados. Este fungo, tem ocorrido com bastante prevalência em pacientes HIV, não sendo diferente neste estudo. Tem-se que salientar que sua ocorrência não está diretamente associado com severas baixas na contagem celular de linfócitos CD4+ e relação CD4+/CD8+, na qual se mostram bastante variáveis para cada paciente, como mostra esta pesquisa. A Candidíase Multifocal é a de maior prevalência neste estudo, e Ceballos et al. (1996) mostram a forma pseudomembranosa. Já lesões eritematosas mostram-se em maior presença em outros estudos analisados como o de Aguirre et al.<sup>1</sup> (1999), Alapont et al.<sup>2</sup> (1996) e Moniaci et al.<sup>18</sup> (1990). Comparando-se os dados obtidos neste estudo com o relatado na literatura pode-se perceber que lesões de Candidíase são um achado clínico comum em pacientes HIV positivo, variando sua forma de manifestação.

A relação comparativa dos dados encontrados neste trabalho com os principais relatos da literatura encontram-se no Quadro 1.

As lesões de Leucoplasia Pilosa apontam para que pacientes com uma contagem de linfócitos

CD4+ e relação celular CD4+/CD8+ bastante deprimidas apresentam lesões.

Quanto a Doença Periodontal, os dados levantados por este estudo não permitem afirmar se as causas bacterianas diferem de indivíduos não contaminados por HIV. Tendo em vista que a população examinada, em sua maioria, apresentava condições precárias de higiene bucal, torna-se difícil observar se a possível presença de colonização bacteriana prévia pode contribuir na manifestação desta doença durante a infecção por HIV. A contagem celular de linfócitos CD4+ e relação celular CD4+/CD8+ não se demonstra conclusiva no que diz respeito ao aparecimento desta doença, mas caracteriza a natureza progressiva e rápida na destruição tecidual.

O Herpes Zoster aparece de forma pouco significativa no estudo realizado por Moniaci et al.<sup>18</sup> (1990), e não é relatada por outros pesquisadores analisados. Neste estudo sua prevalência não é um número alto se comparado a outras manifestações bucais em pacientes HIV positivo. Mostra, ainda, que sua ocorrência clínica está associada a uma baixa contagem de linfócitos CD4+ e relação CD4+/CD8+ também bastante diminuída.

**Quadro1 - Resultados de diferentes estudos realizados sobre prevalência de manifestações bucais em pacientes HIV positivo, comparados a este trabalho.**

Lesão Bucal	Resultados et al.,1990	Moniaci et al.,1996	Alapont et al.,1996	Ceballos et al.,1999	Aguirre
Candidíase Eritematosa	7,4 %	11,4%	39,8%	32,6%	22,2%
Candidíase Pseudomem.	48,1%	7,0%	21,3%	52,0%	6,9%
Candidíase Hiperplásica	3,7%	2,0%	5,5%	10,5%	4,2%
Queilite Angular	44,4%	3,25%	14,8%	24,3%	9,7%
Leucoplasia Pilosa	18,5%	9,9%	11,1%	22,4%	5,5%
Doença Periodontal	25,9%	0,7%	—	—	—
Úlcera Aftosa	3,7%	2,9%	—	—	—
Varicela Zoster	11,1%	0,4%	—	—	—
Sarcoma de Kaposi	—	—	1,8%	3,7%	—
Linfoma Não-Hodg.	—	—	—	0,3%	—



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se ambos os sexos, as diferentes manifestações da Candidíase, incluindo a Queilite Angular, são as lesões de maior prevalência com 35 casos e mostrou-se independente da população de células CD4+. A diminuição da con-

tagem de células CD4+ relacionou-se com o aparecimento de Leucoplasia Pilosa e Herpes Zoster. A Doença Periodontal manifesta-se em sete pacientes também com uma contagem celular de CD4+ bastante variada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIRRE, J.M. et al., Reduction of HIV-associated oral lesions after highly active antiretroviral therapy. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 88, n. 2, p.114-5, ago., 1999.
2. ALAPONT, M. et al., Alteraciones orales mas representativas en pacientes infectados por HIV en Bizkaia. **Rev Vasca Odontol Estomatol**, v. 6, p. 307-14, 1996.
3. ARCE, G.A.T et al. Aspectos clínicos das lesões de Líquen plano na mucosa bucal: pacientes da disciplina de diagnóstico bucal da Universidade Federal do Paraná. **Dens**. v.11, p.15-22. 1995.
4. AXELL, T. et al., Atualização da classificação e critérios diagnósticos das lesões orais na infecção pelo HIV. **Rev Port Est Cir Maxilofac**, v.34, n.1, p.5-9, 1993.
5. BARLETT, J.G. **Tratamento clínico da infecção pelo HIV**. São Paulo: Ed. Três, 1996.
6. CAWSON, R.A.; BINNIE, W.H.; EVESON, J.W. **Atlas colorido de enfermidades da boca - correlações clínicas e patológicas**, 2 ed. São Paulo: Artes Médicas. 1995.
7. CEBALLOS, A. et al., Oral manifestations associated with human immunodeficiency virus infection in a Spanish population. **J Oral Pathol Med**, v.25, n.10, p.523-6, 1996.
8. FARTHING, C.F.; BROWN, S.E.; STAUGHTON, R.C., **Atlas colorido de AIDS e doença do HIV**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1989.
9. GALLO, R.C.; MONTAGNIER, L.; AIDS em 1988. **Scient Am**, v. 259, p. 25-32, 1988.
10. GLICK, M. et al., Oral manifestation associated with HIV related diseases as Markers for immune suppression and AIDS. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 77, n. 4, p. 344-349, 1994.
11. GLICK, M., The role of the dentist the era of AIDS. **Dent Clin of North Am**. v.40, n.2, p.343-57, abril, 1996.
12. GREENSPAN, D. et al., Oral hairy leukoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papilloma virus and a herpes group virus. **Lancet**, v. 13, p. 831-834 1984.
13. GREENSPAN, J.S. et al. Síndrome da imunodeficiência adquirida: alterações orais e periodontais. In: GENCO, R.J.; COHEN, D.W.; GOLDMAN, H. M. **Periodontia contemporânea**. São Paulo: Ed Santos, 1996. cap.23, p.298.
14. ITIN, P.H.; LAUTENSCHLAGER, S. Viral lesions of the mouth in HIV-infected patients. **Dermatology**, v.194, n.1, p.1-7. 1997.
15. KUMAR, V.; COTRAN, R. S.; ROBBINS, S. L. **Patologia básica**, 5 ed, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1994. 608p.
16. LIMA, A.L. et al. **Perguntas e respostas: HIV/AIDS**. São Paulo: Atheneu, 1997.
17. MAGALHÃES, C.F. et al. Lesões brancas da mucosa oral de importância em clínica médica. **J Bras Med**, v. 64, n.6, p.186-90, jun. 1993.
18. MONIACI, D. et al., Epidemiology, clinical features and prognostic, value of HIV-1 related oral lesions. **J Oral Pathol Med**, v. 19, p. 477-81, 1990.
19. MURRAY, P.A. Periodontal diseases in patients infected by human immunodeficiency virus. **Periodontology** 2000, v.6, p.50-67, 1994.
20. PINBORG, J.J. Classification of oral lesions with HIV-infection. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.67, p. 292-5, 1989.
21. RAMIREZ et al., Patologia bucal en 161 pacientes VIH-positivos asintomáticos y sintomáticos. **Rev Inv Clin**, v.44, n.1, p.43-52 enero/marzo. 1992.
22. RAMIREZ et al. Prognostic value of oral candidoses and hairy leukoplakia in 111 Mexican HIV-infected patients. **J Oral Pathol Med**, v.25, n.5, p.206-11, 1996.
23. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J. J. **Patologia bucal - correlações clínico-patológicas**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
24. ROBBINS, S.; COTRAN, R., KUMAR, V.. **Patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996. 1277 p.
25. ROSENSTEIN, D.I. et al. Rapidly progressive periodontal diseases associated with HIV infection. Report of case. **J Am Dent Assoc**, v.118, p. 313-4, Mar. 1989.
26. SCULLY, C. et al. Oral manifestations of HIV infection and their management. More common lesions. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.71, n.2, p.158-66, Set.1991.
27. WINKLER, J.R.; MURRAY, P.A. Periodontal disease a potential intraoral expression of AIDS may be a rapidly progressive periodontitis. **Calif Dent Assoc J**, v.15, n.1, p.20-2. Jan. 1987.
28. YEUNG, S.; SERGI, P.; HIV infection and the dentist. **Aust Dent J**, v.34, n.3, p.73-6, Abr. 1994.

Recebido para publicação em 04/04/01

Aceito para publicação em 12/11/01