

**Escola de Ciências
da Saúde**



Giovanni Dionizio Santos Junior

Yukitoshi Pereira Yano

Manifestações orais em pacientes portadores do vírus HIV/AIDS

Rio de Janeiro, Rj.

2021

**Giovanni Dionizio Santos Junior
Yukitoshi Pereira Yano**

Manifestações orais em pacientes portadores do vírus HIV/AIDS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Marcela Melo dos Santos

Rio de Janeiro – RJ.

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

J95m Junior, Giovanni Dionizio Santos .
Manifestações orais em pacientes portadores do vírus HIV/AIDS / Giovanni
Dionizio Santos Junior, Yukitoshi Pereira Yano – Duque de Caxias, 2021.
20 f.; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Odontologia) –
Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de
Ciências da Saúde, Duque de Caxias, 2021.

“Orientadora: Prof^a. Marcela Melo dos Santos.”

Referências: f.19.

1. Odontologia. 2. Doença oral. 3. HIV. I. Yano, Yukitoshi Pereira. II.
Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. III. Título.

CDD – 617.6

**Giovanni Dionizio Santos Junior
Yukitoshi Pereira Yano**

**Manifestações orais em pacientes portadores do vírus
HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Grande Rio
“Professor José de Souza Herdy”, como
parte dos requisitos parciais para obtenção
do grau de bacharel em Odontologia

Orientadora : Marcela Melo dos
Santos

Aprovado em 22 de Junho de
2021.

Banca Examinadora



Prof. Plinio Senna
Universidade do Grande
Rio



Prof. Luis Paulo D. Barreto
Universidade do Grande Rio



Profa. Marcela Melo dos Santos
Universidade do Grande Rio

RESUMO

O presente trabalho sobre as manifestações orais em pacientes portadores do HIV relata as doenças, suas principais formas de contágio seus sintomas e tratamento. A pesquisa apresenta fatores preponderantes no diagnóstico da AIDS.

Objetivou-se auxiliar o cirurgião dentista no reconhecimento e diagnóstico mais preciso e nos marcadores de progressão da doença.

Foi realizada uma revisão de literatura por meio de artigos científicos e websites. Pacientes imunossuprimidos podem apresentar algumas manifestações orais que não são únicas da doença, porém são mais comumente vistas em portadores do vírus.

ABSTRACT

The present work on oral manifestations in patients with HIV reports the diseases, their main forms of contagion, their symptoms and treatment. The research presents preponderant factors in the diagnosis of AIDS.

The objective was to help the dental surgeon in the recognition and more accurate diagnosis and in the markers of disease progression.

A literature review was carried out through scientific articles and websites. Immunosuppressed patients may present with some oral manifestations that are not unique to the disease but are more commonly seen in virus carriers.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA	8
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
4. INFECÇÕES FÚNGICAS.....	9
4.1 CANDIDÍASE	9
5. INFECÇÕES VIRAIS.....	10
5.1 HERPES VÍRUS (TIPO I e II)	10
5.2 HERPES VÍRUS (TIPO III)	11
5.3 HERPES TIPO IV (EPSTEIN-BAR).....	11
5.4 HERPES TIPO V (CITOMEGALOVÍRUS)	12
5.5 HERPES TIPO VI.....	12
5.6 HERPES TIPO VIII (SARCOMA DE KAPOSI).....	12
5.7 VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV)	13
5.8 XEROSTOMIA	14
6. INFECÇÕES BACTERIANAS	14
6.1 TUBERCULOSE	14
6.2 SÍFILIS	15
6.3 DOENÇA PERIODONTAL	15
7. DISCUSSÃO.....	17
8. CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXOS.....	21

1. INTRODUÇÃO

O vírus da AIDS eclodiu como uma doença na década de 80. Em junho de 1981, foi publicado em revista médica o primeiro caso de morte de um jovem homossexual por pneumonia. Tratava-se de uma pneumonia grave, causada por um fungo capaz de causar doenças apenas em pessoas com a imunidade muito baixa. Já em 1982, a síndrome recebe o nome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS.¹

Um estudo, realizado em 1986 reuniu uma listagem de doenças que apresentavam lesões associadas com infecção pelo vírus da AIDS. Desta forma foram as lesões foram separadas por infecções virais, fúngicas e bacterianas, além de processos neoplásicos e lesões de natureza desconhecida.²

As doenças orais associadas com a infecção pelo vírus da AIDS precisam ser relacionadas dentro de três grupos, fundamentados na veemência com que se mostram nesta associação. O primeiro grupo consiste de lesões bucais que se mostram normalmente associadas com infecção pelo vírus da AIDS, como por exemplo, candidíase, leucoplasia pilosa, gengivite úlcero-necrosante aguda (GUNA) e sarcoma de Kaposi. Ulcerações atípicas, doenças de glândulas salivares, infecções virais por citomegalovírus (CMV) e vírus herpes, papiloma vírus e varicela-zoster são delimitadas no grupo II, pois são menos comuns de ocorrerem. O grupo III engloba lesões eventualmente associadas com a infecção pelo vírus da AIDS, como as seguintes doenças: Osteomielite, distúrbios neurológicos, sinusite, carcinoma epidermóide e etc.²

Não existem manifestações orais que sejam somente para portadores do HIV. Quaisquer manifestações orais encontradas entre os pacientes soropositivos também decorrem em outras doenças associadas com a imunodepressão. Logo, há uma conexão clara entre o aparecimento de manifestações bucais e a atenuação do sistema imunitário. Várias manifestações, como candidíase oral, leucoplasia pilosa, doença periodontal ulcerativa necrosante, e sarcoma de Kaposi, são fortemente sugestivas de comprometimento da resposta imune com contagens de células CD4 abaixo de 200 células/mm³. Se considerarmos as lesões orais como marcadores de imunossupressão e progressão da AIDS, isso poderá ter impacto nas estratégias de intervenção e tratamento.³

O objetivo é realizar uma revisão de literatura associando o HIV e suas manifestações bucais.

Abaixo, listamos as infecções orais decorrentes mais comuns em pacientes portadores do HIV, listando sintomas e tratamento.

2. METODOLOGIA

Este trabalho consiste em uma revisão bibliográfica na qual foram utilizados 18 documentos dentre eles artigos científicos, revistas eletrônicas e websites. As buscas foram realizadas de forma virtual priorizando bases de dados eletrônicos como: revistas odontológicas em Saúde e plataformas virtuais de pesquisas científicas

3. REVISÃO DE LITERATURA

4. Infecções Fúngicas

4.1 Candidíase

A candidíase é uma manifestação fúngica proveniente da presença de leveduras do tipo cândida da família Cryptococcaceae sendo a cândida albicans a mais conhecida e a mais comum.⁴

As infecções fúngicas se alojam na maioria dos pacientes portadores do HIV, devido às profundas modificações que ocorrem na função imunológica por meio dos linfócitos T, com diminuição da imunidade do paciente.⁴

Existe uma variação nos relatos, mas estima-se que por volta de 94% dos pacientes portadores de HIV foram infectados pelo fungo. É importante citar que a candidíase oral é um registro da progressão da doença e marca antecipadamente o reforço da imunodepressão.⁴

A candidíase oral está relacionada com a xerostomia, severidade da doença, imunossupressão e idade do paciente acima de 35 anos. É definida por quatro subtipos clínicos como: eritematosa; pseudomembranosa; hiperplásica e queilite angular. A forma eritematosa é reproduzida por áreas avermelhadas, localizadas principalmente no palato, língua e mucosa jugal enquanto a queilite angular acomete as comissuras labiais com diversos aspectos clínicos, desde os fissurais a ulcerados, relacionados ao tipo eritematoso ou pseudo-membranoso. A candidíase hiperplásica é representada sob a forma de placas ou nódulos esbranquiçados, firmemente aderidos às áreas eritematosas são menos frequentes e marcantes, podendo ocorrer mais na língua e ser confundida com a leucoplasia pilosa.⁴

O tratamento da candidíase oral é feito por meio de antifúngicos tópicos e sistêmicos. Terapias tópicas abrangem bochechos com antifúngicos tópicos, pastilhas e gel oral. Essas formulações precisam ser utilizadas simultaneamente com drogas sistêmicas. Terapias antifúngicas tópicas têm maior eficácia em pacientes com contagem de CD4 acima de 150 a 200 células/mm³. Tratamentos tópicos comuns envolvem a suspensão do medicamento oral nistatina (100.000

unidades/mL); nistatina em pastilhas; e gel em ora base, como 1% clotrimazol, e miconazol. Antifúngicos sistêmicos mais usuais incluem fluconazol (150 mg comprimidos), e itraconazol 100 mg.³

5. Infecções Virais

5.1 Herpes Tipo I e II

Os herpes vírus humano 1 e 2 (HHV-1 e HHV-2), também conhecidos como herpes vírus simples 1 e 2 (HSV-1 e HSV-2), foram os primeiros herpes vírus a serem descritos na literatura. O HHV-1 se relaciona melhor e atua, de forma mais eficaz, nas regiões oral, facial e ocular. O HHV-2 adapta-se melhor às regiões genitais, envolvendo em particular a genitália e a pele abaixo da cintura, entretanto pode-se constatar um padrão semelhante de manifestações em ambos. A infecção pelo HSV 1 e 2 pode ocasionar em mal-estar, febre, irritabilidade, náuseas, gengivoestomatite herpética primária, herpes labial recorrente e herpes intraoral recorrente.⁵ A gengivoestomatite herpética primária é o padrão mais comum de infecção herpética primária sintomática, geralmente decorrente do contato com gotículas de salive e contato direto com lesões ativas o início das manifestações é repentino caracterizado por formação de vesículas puntiformes, das quais se rompem formando inúmeras lesões ulceradas e eritematosas.⁵ O herpes labial recorrente se define por vesículas induzidas pelo HHV-1 ou com menor constância pelo HHV-2. Apresenta início súbito, normalmente após sensação de dormência, prurido, pontadas, dor e ardência nos lábios, que ocorrem por volta de 4 dias. Pode-se exemplificar como fatores que levam à recorrência luz ultravioleta, febre, estresse, trauma físico, menstruação e imunossupressão.^{3,5} As vesículas se rompem por volta de 4 a 6 dias, dando-se a formação de crosta, curando sem deixar cicatriz.⁵

O herpes intraoral é quase restrito de epitélio ceratinizado, o que facilita no seu diagnóstico diferencial com úlceras aftosas. Desse modo, as vesículas se mostram rasas, irregulares, sendo constituídas do agrupamento de erosões que devem coalescer.⁵

5.2 Herpes Tipo III ou Herpes-Zóster

O herpes-zóster é uma infecção viral causada pela reativação do vírus da varicela-zóster que permanece oculto nos gânglios sensoriais dos pacientes que sofreram a infecção primária, denominada como varicela. O principal fator no progresso do herpes-zóster parece ser o estado de imunossupressão celular. No entanto, outros fatores podem contribuir para esta condição, tais como tratamento com drogas citotóxicas, radiação, presença de neoplasias malignas, senilidade, abuso de álcool, estresse e manipulação dentária. As lesões orais referentes ao vírus da herpes zoster dão-se com o envolvimento dos ramos maxilar e/ou mandibular do nervo trigêmeo e podem estar presentes na mucosa móvel ou aderida. Frequentemente as lesões estendem-se para a linha média e acontecem juntamente com as lesões da pele, que recobrem o quadrante afetado, desaparecendo ao fim de uma semana. Excepcionalmente, podem surgir problemas que podem agravar-se, a julgar por infecções agudas no palato duro, fossa tonsilar e língua, sobretudo em pacientes imunocomprometidos. Na cavidade oral, as lesões se mostram de forma única, como vesículas branco-opacas com 1 a 4mm, que se rompem para formar ulcerações de pouca profundidade.^{5,6}

5.3 Herpes Tipo IV ou Epstein-barr

O vírus Epstein-Barr (EBV) ou HHV-4 mostra uma vasta distribuição mundial, cerca de 90% da população, sendo transmitido através da saliva, de objetos contaminados ou através de transfusões sanguíneas transmite-se especialmente pelo beijo, razão pela qual se chama à mononucleose infecciosa. A infecção pelo vírus acontece normalmente na infância e é assintomática na maioria dos casos, perdurando de forma latente, em toda a vida do indivíduo. A alta incidência de EBV em crianças infectadas pelo HIV comparada a crianças não infectadas insinua uma provável ligação entre as duas viroses. Tanto é que o EBV tem sido implicado na patogênese da pneumonite intersticial linfóide e da parotidite em crianças portadoras do vírus.⁵

5.4 Herpes Tipo V ou Citomegalovírus

O herpes humano tipo 5, também conhecido como citomegalovírus é um agente infeccioso que ataca preferencialmente fibroblastos. As principais vias de transmissão do CMV são as vias oral e respiratória podendo também ser transmitido pelo leite materno, saliva, urina, secreção do cérvix uterino, placenta, transfusões sanguíneas, transplantes de órgãos e relação sexual ⁵. O período de incubação após a infecção é de quatro a doze semanas, período ao qual o antígeno pode ser detectado. Em seguida, ocorre a fase aguda da doença, onde o vírus é encontrado nas secreções corporais. ¹² As manifestações orais são raras, porém quando há infecção das glândulas salivares, podendo ocorrer xerostomia, acompanhada de ulcerações bucais, em pacientes imunossuprimidos.

O citomegalovírus, quando estabelecido em período neo-natal, pode produzir defeito no desenvolvimento dentário. Em certos estudos, os dentes demonstraram hipoplasia do esmalte, atrição considerável, áreas de hipomaturação do esmalte e coloração amarelada da dentina subjacente. Em adultos, principalmente em pacientes transplantados, imunocomprometidos ou com AIDS, apresenta um padrão clínico semelhante ao da mononucleose infecciosa, diferenciando-se desta por ocorrer faringite e linfadenopatia em apenas um terço dos pacientes infectados, o que na mononucleose é de fato unânime. ⁵

5.5 Herpes Tipo VI

Acomete principalmente crianças, mas não apresenta sintomatologia oral, já em adultos é rara caracteriza-se por uma infecção hepática do tipo mononucleose. Mais comuns em adultos imunodeprimidos principalmente portadores de HIV. ⁵

5.6 Herpes Tipo VIII ou Sarcoma de Kaposi

É a doença maligna oral mais associada a AIDS, o SK intra-oral apresenta-se como uma lesão vascular plana, assintomática, de coloração vermelho-purpúrea ou marrom e que não desaparecem pela compressão. O neoplasma progressivo reacional desenvolve placas ou se tornam nodulares, associadas com dor, sangramento e disfunção oral. Além de que pode penetrar no osso e provocar

mobilidade. Ainda que ele possa ocorrer em qualquer região da mucosa bucal, o palato duro, a gengiva e a língua são os sítios mais habituais.⁵

O tratamento da doença é instituído para reduzir o número e tamanho das lesões. Baixas doses de radioterapia bem como a quimioterapia são eficientes no tratamento. Dos tratamentos sistêmicos disponíveis a quimioterapia é o mais relevante, possibilitando o controle da doença na maioria dos casos. Também são utilizados criocirurgia e laserterapia como tratamentos locais.⁵

É necessário saber que não há tratamento para a cura do vírus da herpes. A maioria dos tratamentos são paliativos e a tendência é diminuir a sintomatologia do vírus.⁵

“O principal agente de escolha com uma real e potente ação antivirótica seletiva e os farmacos mais utilizados são o aciclovir, cidofovir, fanciclovir, fomivirseno, foscarnet, ganciclovir, idoxuridina, penciclovir, trifluridina, valaciclovir, valganciclovir(11) e vidarabina, que representa um inibidor específico e tolerável da polimerase do DNA viral. Deve-se iniciar a terapia imediatamente após o início de sintomas, como dormência, pontadas, prurido, eritema e dor, sendo esse período denominado período prodrômico. O medicamento deverá administrado por via oral, endovenosa ou tópica, necessitando ser mantido até o desaparecimento das lesões.⁵

5.7 Vírus do Papiloma Humano (HPV)

O papilomavírus (HPV) é um DNA vírus do grupo papovavírus, que é altamente transmissível sexualmente, sendo que normalmente afeta a região genital e raro na mucosa oral. Após o contato com o vírus, os sintomas podem demorar a aparecer, podendo ficar incubado por anos.¹⁷ A sua implantação oral pode ser por autoinoculação ou pelo contato oro-sexual.¹⁵ Existem Pelo menos 150 subtipos diferentes de HPV, sendo que 25 têm sido detectados em lesões orais.¹⁶ As lesões provocadas pelo HPV não costumam apresentar sintomas, mas podem se manifestar como verrugas no local da contaminação ou por meio de lesões exofíticas.¹⁷ As manifestações orais associadas ao HPV são: papiloma, condiloma acuminado, verruga vulgar, hiperplasia epitelial focal, leucoplasias, líquen plano e

carcinoma.¹⁵ O diagnóstico do HPV é realizado por meio de anamnese, e a biópsia excisional da lesão, a identificação do tipo do vírus pode ser feito através do exame complementar (PCR).¹⁷

O tratamento, dependendo da lesão, pode ser clínico e/ou cirúrgico, obtendo assim a cura clínica, mas o HPV não tem cura, pois vírus permanece no epitélio da mucosa mesmo após o tratamento.¹⁶

5.8 Xerostomia

A presença de manifestações orais em pacientes portadores do vírus HIV é comum, sendo a xerostomia um dos problemas mais frequentes. Ela se apresenta propriamente como um sintoma de “boca seca” ou uma hipofunção das glândulas salivares. Há uma estimativa em que de 10 a 30% dos pacientes portadores do HIV apresentam xerostomia, sendo um dos principais fatores para o aumento das colaterais dos medicamentos, tais como medicamentos antirretrovirais. Existe uma grande variedade de medicamentos antirretrovirais à disposição no mercado, o que viabiliza algumas substituições no intuito de diminuir os efeitos colaterais provocados pelo seu uso. O Tratamento para xerostomia visa se concentrar em um alívio sintomático por hidratação, instruir ao paciente sobre a diminuição do consumo de álcool e cafeína e usar saliva artificial. Há estudos em que o uso de pilocarpina também está diretamente relacionado ao estímulo do fluxo de saliva.¹⁸

6. Infecções Bacterianas

6.1 Tuberculose

A tuberculose é uma enfermidade causada por uma bactéria denominada Bacilo de Koch.⁷ As lesões orais decorrentes do HIV acometem cerca de 3,5% dos pacientes infectados. Normalmente, não são vistas antes do seu acometimento pulmonar. As lesões são ulceradas, possuem a forma de uma cratera e normalmente são de cor amarelo acinzentada, variam de tamanho e acometem normalmente a língua, a gengiva e o palato.⁸

6.2 Sífilis

A sífilis é uma doença sistêmica infecciosa causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. Normalmente, ela pode afetar qualquer órgão do corpo podendo acarretar em problemas neurológicos, ósseos e cardiovasculares. Sua taxa de incidência e prevalência tem diminuído ao longo dos anos com o advento da Penicilina, porém estudos mostram que ao longo dos últimos anos, houve o ressurgimento da sífilis em alguns países.⁹ A sífilis possui três estágios: O primário, secundário e terciário. No estágio primário, temos o surgimento de lesões únicas, papulares e ulceradas que podem acometer a região de lábio, língua, gengiva e amígdalas.¹⁰ No estágio secundário, que ocorre entre 2 e 12 semanas após a exposição inicial há o aparecimento de lesões brancas opalescentes e úlceras mucosas. No estágio terciário que ocorre aproximadamente em 3 anos, pode haver o comprometimento do sistema nervoso central e causar a morte.⁹

6.3 Doença Periodontal

De acordo com estudos e amostras, foi constatado que pacientes soropositivos têm grandes chances de desenvolver periodontite e gengivite com evolução rápida, e isso se dá por conta da mudança da microbiota oral em pacientes imunocomprometidos.¹³ Em uma dessas amostras, foi feito um estudo em 48 pacientes, sendo 24 mulheres e 24 homens. De um total de 48 indivíduos HIV positivos da amostra estudada, constatou-se que a periodontite leve se manifestou em 11 homens (22,91%) e oito mulheres (16,66%); a periodontite moderada esteve mais presente no sexo feminino (20,83%) do que no masculino (14,58%) e houve uma igualdade quanto à manifestação da periodontite severa em ambos os sexos.¹⁴ O fumo, o alcoolismo e uso de drogas estão diretamente ligados a esses fatores de risco. A Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) e Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN) estão ligadas diretamente a condição periodontal de pacientes portadores do HIV.

A Gengivite ulcerativa necrosante, é uma inflamação na gengiva causada por bactérias anaeróbias como a *Prevotella intermedia*, as fusobactérias e as espiroquetas. Caracteriza-se por um epitélio necrosante, pseudomembranoso, com

odor fétido, gosto metálico, sensibilidade e extremamente doloroso. Em pacientes imunodeprimidos isso ocorre por presença de estresse e estado de imunodepressão relacionados com a AIDS. O tratamento da Gengivite ulcerativa necrosante deverá ser feito inicialmente com uma irrigação da área com água oxigenada, uma vez que os principais microrganismos causadores são anaeróbicos e se localizam próximos à área externa da gengiva e retirada das membranas necróticas com gaze estéril embebida em clorexidina a 0,12%. Deverão ser prescritos bochechos com clorexidina ou água oxigenada diluída, antibióticos (ex.: metronidazol, penicilina, eritromicina, tetraciclina), além de instruções de higiene oral, repouso e dieta nutritiva de consistência branda. Seguidamente à terapia inicial, é feito o tratamento periodontal básico.

Já a PUN, diferencia-se da GUN pela perda óssea alveolar e de inserção clínica, demonstrando ulceração local e necrose do tecido gengival, expondo o osso subjacente e destruindo-o rapidamente, havendo também sangramento espontâneo e dor grave. O tratamento é o mesmo da GUN, entretanto o prognóstico é muito desfavorável.¹³

7. DISCUSSÃO

Os pacientes portadores do vírus HIV podem desenvolver lesões orais como Candidíase, Herpes, Tuberculose, Doenças Periodontais, Sífilis, HPV. Essas lesões orais se apresentam como marcadores para diagnóstico e progressão da doença.¹³

Determinados pesquisadores dividiram as lesões orais associadas ao HIV em três grupos. No primeiro grupo estão as lesões orais mais frequentes associadas ao HIV como a candidíase, a GUN e sarcoma de kaposi. Já no grupo dois estão associadas as infecções virais como o CMV, herpes, HPV e varicela-zoster. No grupo três já abrange a Osteomielite que é menos comum.¹³

Em um estudo feito por Souza (2000) em números absolutos das manifestações orais da AIDS em pacientes do sexo masculino, foi constatado que a Candidíase está mais presente do que as demais manifestações em pacientes homens seguido da periodontite. Já em pacientes do sexo feminino, em um estudo, a gengivite se torna mais comum do que a periodontite.²

Já em uma pesquisa feita por Trentin (2007) observa-se também que as idades médias dos pacientes apresentaram diferenças estatísticas para homens e mulheres e confirma a diferença de gênero nos marcadores da doença.¹⁴

Cavassani (2002) realizou um estudo com 499 pessoas e no que se refere às manifestações estomatológicas encontrou: 128 casos de candidíase oral, sendo a manifestação de maior incidência. A gengivite aparece em 72 casos e é localizada de forma difundida.⁴

Segundo as pesquisas, concluímos que pacientes do sexo masculino apresentam maior incidência de manifestações orais. A candidíase é a doença que melhor marca o diagnóstico e evolução da doença. Em homens, a periodontite vem em segundo lugar, porém em alguns estudos, observa-se que a gengivite aparece em segundo lugar no sexo feminino.

8. CONCLUSÃO

É importante frisar que as manifestações orais provenientes do HIV são marcadores de progressão da doença e ajudam no diagnóstico do vírus. Sendo assim os pacientes imunocomprometidos apresentam inúmeras características que podem levar a suspeita de que os mesmos podem ser portadores do vírus. Estudos e amostras apontam que pacientes infectados apresentam maior predisposição de contágio para certas doenças do que para outras que caracterizam a imunodepressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. História Do HIV: Linha do tempo do HIV [Internet]. Moema, São Paulo - SP: Keilla Freitas; 2018 Jan 09. H: Linha do tempo do HIV; [cited 2021 Apr 20]; [1]. Available from: <https://www.drakeillafreitas.com.br/historia-do-hiv/#:~:text=Entre%201.884%20e%201.994%2C%20em,receberia%20o%20nome%20de%20HIV.>
2. Souza LB, Pinto LP, Medeiros AMC, Araújo RF, Mesquita OJX. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. AIDS. 2000 Jan 09;14(1):79-85
3. Hirata CWH. Manifestações orais na SIDA. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2014 Dec 25;81(2):120-123.
4. Cavassani VGS, Sobrinho JA, Homem MGN, Rapoport A. Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. HIV. 2002 Sep 01;68(5):630-634.
5. Santos MPM, Morais MPLA, Fonseca DDD, Faria ABS, Silva IGM, Carvalho AAT, Leão JC. Herpesvírus humano: tipos, manifestações orais e tratamento. Herpes. 2011 Jun 20;11(3)
6. Pivovar L, Cossul MF, Melo JR, Gil FBD, Lima AAS. Herpes-zóster com manifestação bucal em paciente imunossuprimido: relato de caso. Archives of Oral Research. 2014 Jan 16;9(2):135-140.
7. Bastos BLA. MANIFESTAÇÕES BUCAIS DE PACIENTES COM TUBERCULOSE E AIDS E A BIOSSEGURANÇA PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA: REVISÃO DE LITERATURA. Tuberculose. 2012 Jan 01:1-47.
8. Ribeiro BB, Guerra LM, Galhardi WMP, Corttelazzi KL. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. Manifestações Bucais. 2011 Jan 30:61-70.
9. Manifestações bucais da Sífilis. 2020 Nov 23. Sífilis; [cited 2021 May 24]; Available from: <https://blog.dentalspeed.com/conteudo-especial/manifestacoes-bucais-da-sifilis/>.

10. Souza BC. Manifestações clínicas orais da sífilis. *Sífilis*. 2017 Mar 02;22(1):82-85.
11. Tratamento farmacológico do vírus da herpes [Internet]. [place unknown]; 2021 Jan 01 [cited 2021 May 24]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/herpes-v%C3%ADrus/vis%C3%A3o-geral-das-infec%C3%A7%C3%B5es-por-herpes-v%C3%ADrus>
12. Martinho A, Oliveira A, Silva C. Monografia sobre os Herpesvírus humanos. *HPV*. 2003 Jan 13:1-49.
13. Paulique NC. Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. *HIV*. 2017 May 02:240-244.
14. Trentin MS. Doença periodontal e fatores de risco em pacientes HIV positivos. *HIV*. 2007 Aug 31;12(3):49-55.
15. Castro TMPG, Neto CER, Scala KA, Scala WA. Manifestações orais associada ao papilomavírus humano (HPV) conceitos atuais: revisão bibliográfica. *HPV*. 2004 Jul 01;70(4):546-550.
16. Silva EJ, Corrêa MMJ, Santos MAT, Flores LS. CONSIDERAÇÕES RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM CAVIDADE ORAL. *HPV*. 2016 May 01;28(2):117-125.
17. Reis DI, Kormann LA, Manfron APT, Bettega PVC, Moraes SH, Moraes GF. LESÕES ORAIS DO VÍRUS HPV:REVISÃO DE LITERATURA. *HPV*. [2020];2(22):19-29.
18. Tinós AMFG, Sales-Peres SHC. Xerostomia relacionada à infecção pelo HIV/AIDS: uma revisão crítica. *Xerostomia*. 2013 Aug 07;3(43):214-222.