



MARIA CLARA DE LIMA BATISTI

**DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO DA GENGIVITE
ULCERATIVA NECROSANTE EM PACIENTE SOROPOSITIVO –
RELATO DE CASO**

**Sinop/MT
2018**

MARIA CLARA DE LIMA BATISTI

**DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO DA GENGIVITE
ULCERATIVA NECROSANTE EM PACIENTE SOROPOSITIVO –
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Sinop - FASIPE, como requisito para aprovação da disciplina de TCC II.

Orientadora: Prof^ª Ms. Juliene Nunes de Souza Passoni

**Sinop/MT
2018**

MARIA CLARA DE LIMA BATISTI

**DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO DA GENGIVITE
ULCERATIVA NECROSANTE EM PACIENTE SOROPOSITIVO –
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em Odontologia.

Ms. Giuliene Nunes de Souza Passoni
Professora Orientadora
Departamento de Odontologia –FASIPE

Ms. Alessandra Nazaré
Professora Avaliador
Departamento de Odontologia –FASIPE

Ms. Carlos Henrique Justus
Professor Avaliador
Departamento de Odontologia - FASIPE

Ms. Giuliene Nunes de Souza Passoni
Coordenador do Curso de Odontologia
FASIPE - Faculdade de Sinop

**Sinop-MT
2018**

AGRADECIMENTO

- Acima de tudo a Deus, por não me deixar desistir em nenhum momento nessa caminhada.
- Aos meus pais Leoncio e Edena e meu irmão João Angelo, por todo apoio e auxílio nesses cinco anos para que eu concretizasse esse sonho.
- À minha professora orientadora Giuliene Nunes de Souza Passoni, por ter aceitado me orientar e me ajudar na construção desse projeto.
- Aos demais professores, que ao longo da graduação nos transmitiram seus conhecimentos e contribuíram para nossa formação e crescimento profissional.

DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO DA GENGVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM PACIENTE SOROPOSITIVO – RELATO DE CASO

Maria Clara de Lima BATISTI¹
Giulienne Nunes de Souza PASSONI²

¹Acadêmicos do 10º semestre de Odontologia da Faculdade FASIPE
²Professora Orientadora do curso de Odontologia da Faculdade FASIPE

RESUMO

A gengivite ulcerativa necrosante (GUN) é uma doença periodontal necrosante que acomete a região interproximal dos tecidos gengivais, caracterizada por papilas interdentes ulceradas e recobertas por uma pseudomembrana branco-amarelada necrótica. O diagnóstico é determinado por meio de dor intensa com início rápido, sangramento gengival, e presença de ulceração e necrose das papilas interdentes. Possui outros sintomas como halitose, sialorreia (hiperssalivação) e gosto metálico devido ao ferro presente no sangramento gengival. Existem diferentes formas de diagnosticar o vírus HIV⁺, seja por meio de infecções oportunistas, como a GUN ou através de exames complementares, como o teste ELISA. O HIV é caracterizado pela depleção das células T CD4⁺ o que facilita a entrada de microrganismos. O paciente soropositivo infectado pela GUN deve primeiro iniciar o tratamento do vírus HIV⁺ com a Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART) para depois prosseguir com o tratamento da GUN. O estudo é através de um relato de caso, juntamente com exames laboratoriais do paciente. Sua elaboração é através de uma pesquisa qualitativa e exploratória, bem como uma análise de artigos atuais encontrados na Scielo, Elsevier, Sobrape, Pubmed, além de literaturas específicas com relação ao tema. Ambos foram buscados do período de 1999 a 2018. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) do paciente foi encaminhado ao comitê de ética para espera de aprovação e posterior publicação em revista. Relato do paciente A. D. P., sexo masculino, 30 anos, leucoderma, apresentou-se na Fasiclin com dor intensa na região das papilas interproximais dos dentes anteriores e clinicamente manifestação periodontal de doenças e condições sistêmicas, pseudomembrana branco-amarelada nas papilas interdentes e hálito fétido. Foi prescrito gluconato de clorexidina 0,12%, bochechar 2x ao dia por 1 minuto + metronidazol 250 mg e amoxicilina 500 mg, 8/8 h, por 7 dias para melhora do quadro infeccioso. A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e as manifestações orais têm uma relação importante entre si para a determinação do diagnóstico precoce do HIV⁺. Isso pôde ser comprovado por meio do relato de caso, onde o sinal primário da GUN auxiliou na determinação de um pedido de teste ELISA que posteriormente confirmou a virologia positiva do paciente. Através disso o paciente iniciou o tratamento antirretroviral ativo e obteve sucesso no quadro infeccioso, onde as lesões periodontais regrediram totalmente sem deixar sequelas. Além disso, o paciente adquiriu sorologia negativa após o tratamento ter sido iniciado, isso se deu por meio de uma cura funcional, quando o paciente ainda está em fase de latência do vírus.

Palavras chave: Células T4. Doença periodontal. HIV.

ABSTRACT

Necrotizing ulcerative gingivitis (GUN) is a necrotizing periodontal disease that affects the interproximal region of the gingival tissues, characterized by ulcerated interdental papillae

and covered by a necrotic white-yellow pseudomembrane. The diagnosis is determined by intense pain with rapid onset, gingival bleeding, and presence of ulceration and necrosis of the interdental papillae. It has other symptoms such as halitosis, sialorrhea (hypersalivation) and metallic taste due to iron present in gingival bleeding. There are different ways to diagnose HIV + virus, either through opportunistic infections such as GUN or through complementary tests such as the ELISA. HIV is characterized by the depletion of CD4 + T cells which facilitates the entry of microorganisms. GUN infected seropositive patients should first initiate treatment of HIV + with Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) and then proceed with GUN treatment. The study is through a case report, along with patient laboratory tests. Its elaboration is through a qualitative and exploratory research, as well as an analysis of current articles found in Scielo, Elsevier, Sobrape, Pubmed, as well as specific literatures related to the theme. Both were sought from the period 1999 to 2018. The informed consent form (TCLE) of the patient was referred to the ethics committee for approval and subsequent publication. Patient report A. D. P., male, 30 years old, leucoderma, presented in Fasiclin with intense pain in the region of the interproximal papillae of the anterior teeth and clinically periodontal manifestation of diseases and systemic conditions, white-yellow pseudomembrane in the interdental papillae and fetid breath. Chlorhexidine gluconate 0.12%, 2x per day for 1 minute + metronidazole 250 mg and amoxicillin 500 mg, 8/8 h, were prescribed for 7 days for improvement of the infectious condition. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and oral manifestations play an important role in determining the early diagnosis of HIV +. This could be proved by means of the case report, where the primary GUN signal assisted in the determination of an ELISA test request that subsequently confirmed the patient's positive virology. Through this the patient started the active antiretroviral treatment and was successful in the infectious condition, where the periodontal lesions regressed totally without leaving sequels. In addition, the patient acquired negative serology after the treatment was started, this was done through a functional cure, when the patient is still in the latency phase of the virus.

Keywords: T4 cells. Periodontal disease. HIV.

INTRODUÇÃO

A Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) é uma doença periodontal necrosante.¹ Os pacientes mais acometidos por essa patologia são os adolescentes e jovens adultos. A sua etiologia é inespecífica, porém a GUN pode ser provocada por diferentes fatores. Os fatores locais que provocam com maior frequência a GUN são o tabaco, a higiene bucal debilitada e a deficiência nutricional. Os fatores psicossomáticos que provocam com maior frequência essa patologia são a ansiedade e o estresse. E o fator sistêmico que provoca com maior frequência o aparecimento da GUN é a imunossupressão, que na maioria dos casos está relacionada a infecção pelo vírus HIV^{2,3,4,5}.

A GUN é caracterizada por ulcerações e necroses na região interproximal dos dentes, atingindo de forma generalizada ou localizada as papilas interdentais, deixando-as parecidas a crateras (*black spaces*)^{1,2,6,7}. Essas papilas têm aparência edemaciada, eritematosa, inflamatória, além de possuir uma pseudomembrana branco-amarelada necrótica que as recobre. O paciente possui outras características como dor intensa, hálito fétido, sialorreia e clinicamente sangramento ao toque, que possui um gosto metálico provocado pela presença de ferro no sangue. Em casos mais extremos linfadenopatia, febre e mal-estar estão presentes^{2,3,6,8,9}.

A gengiva marginal livre, quando saudável, apresenta características como coloração rósea devido à grande quantidade de feixes colágenos existentes em sua lâmina própria, além de ter consistência firme, mas com mobilidade. Nos casos em que ocorre inflamação gengival, o edema se instala modificando a estrutura e deixando a superfície brilhante^{10,11}.

A patologia da GUN possui um tecido conjuntivo extremamente avermelhado, inflamado e com um denso infiltrado de leucócitos polimorfonucleares (PMNs) nos espaços intercelulares do sulco gengival. Ao redor da pseudomembrana podem surgir numerosos plasmócitos, representando uma área de gengivite crônica com grande quantidade de anticorpos que se sobrepõem à lesão. As alterações no epitélio e no tecido conjuntivo são menores, permanecendo um tecido gengival normal em regiões mais distantes da gengiva marginal necrosada^{4,11}.

As lesões provocadas por GUN apresentam uma pseudomembrana branco-amarelada composta por fibrina, tecido necrosado, células inflamatórias, bactérias ativas e inativas, que quando removidas provocam sangramento e exposição de tecido conjuntivo¹².

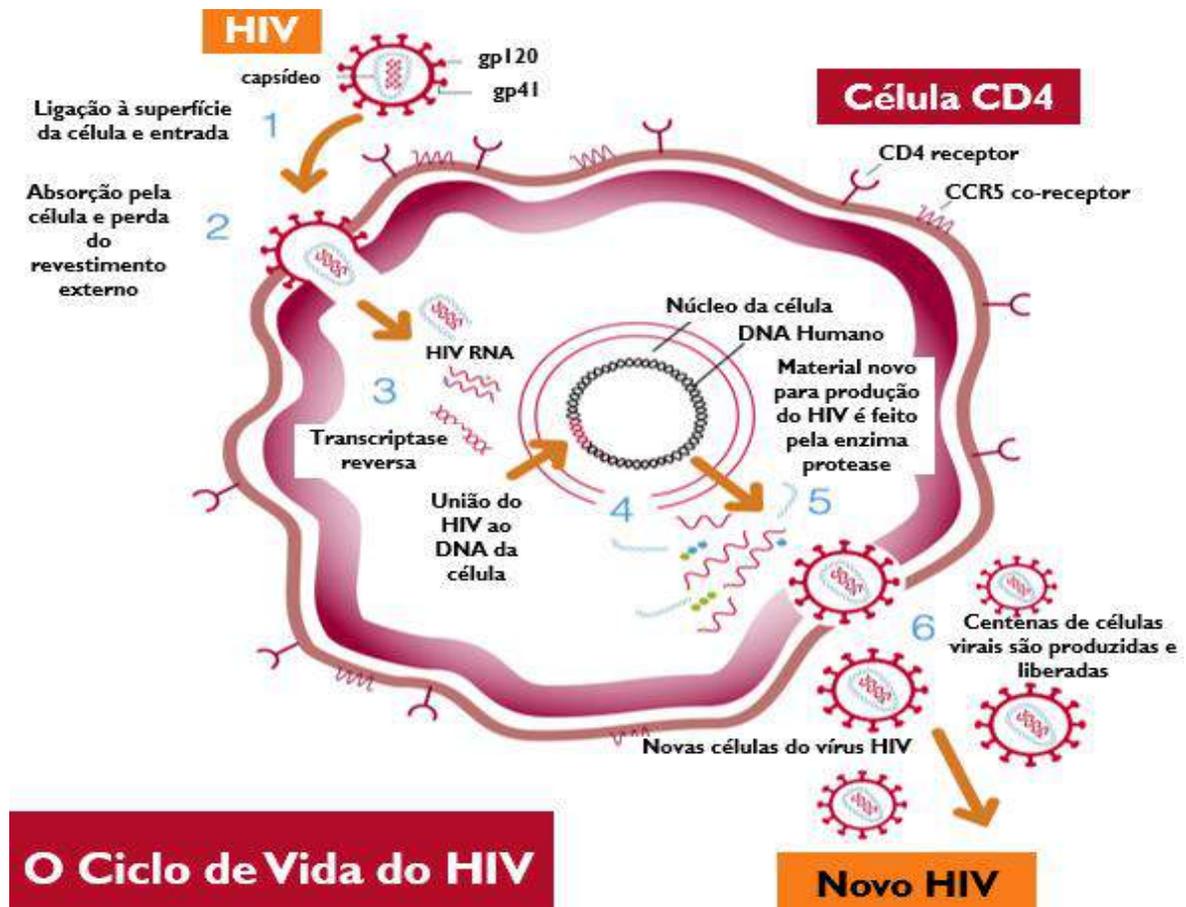
A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS: *Acquired Immune Deficiency Syndrome*), é uma infecção pelo vírus do HIV⁺ de evolução rápida. Ela possui três fases diferentes entre si: infecção primária; fase de latência clínica; e a AIDS propriamente

ditada. Durante a fase de latência clínica, o número de linfócitos T CD4 vai diminuindo lentamente, o que provoca o aparecimento de doenças oportunistas^{7,13}.

Existem diferentes formas de diagnosticar o vírus HIV⁺, seja por meio de infecções oportunistas, como a GUN que é considerada o primeiro sinal clínico da doença, principalmente em pacientes que desconhecem a condição sorológica. Também através de exames complementares, como o hemograma mostrando, contagem de linfócitos T, isolamento do vírus no sangue, ou contagem de anticorpos anti – HIV no soro^{5,6,14,15,16}.

Pessoas portadoras da AIDS têm uma maior tendência em desenvolver doenças periodontais, tal como a GUN, devido à perda de células T CD4⁺ importantes para resposta imunológica humoral que atua na produção de anticorpos e na defesa contra microrganismos. Essa redução das células T4 auxiliares é causada pelo tropismo que o vírus HIV⁺ possui em relação ao marcador CD4 que fica na superfície do linfócito T, ou seja, ocorre por meio de uma ligação direta do vírus com essa célula T4 auxiliar (FIGURA 1)^{1,7,14}.

Figura 1 – Ciclo de vida do HIV.



Fonte: <<http://i-base.info/guides/art-in-pictures/the-hiv-lifecycle>>. Acessado em: 24 de junho de 2018 (Traduzido).

As características clínicas específicas da GUN são a dor intensa com início rápido, a necrose das papilas interdentais e o sangramento gengival. Se um destes sintomas estiver ausente, não há possibilidade de diagnóstico^{9,17}. Em casos em que o diagnóstico seja tardio, a gengiva pode apresentar uma modificação em seu contorno normal².

Em pacientes imunossuprimidos, deve-se recomendar uma antibióticoterapia com metronidazol em dosagem entre 250 mg a cada 8 horas por cinco dias e associar bochechos com solução de gluconato de clorexidina 0,12% a cada 12 horas por sete dias, para promover reparo tecidual, melhora da dor e da infecção, e um controle químico da placa bacteriana^{12,18,19,20,21}.

Devido a imunodeficiência em pacientes soropositivos, o organismo não consegue ter uma melhora do quadro patológico da GUN, então deve-se tratar inicialmente a infecção pelo vírus HIV, por meio da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART) que age na diminuição da replicação do vírus, reduz a carga viral nos tecidos linfoides e ajuda na regulação do sistema imune do paciente, posteriormente se faz o tratamento da GUN. Infecções como a GUN tiveram regressão significativa após o paciente iniciar a profilaxia antirretroviral. A infecção pelo vírus HIV⁺ provoca uma diminuição significativa da quantidade de células T CD4^{5,14,22}.

Quando se estabelece uma terapêutica medicamentosa antimicrobiana adequada, a GUN em geral tem duração de apenas alguns dias. O tecido gengival pode ser destruído rapidamente, devendo ser realizadas com frequência as consultas para o controle da placa e o controle das lesões necrosantes^{23,24}.

Antes da determinação de um plano de tratamento adequado para o controle periodontal, deve-se ter o devido cuidado com algumas questões importantes para a prática odontológica, como o histórico médico do paciente, caso ele possua alguma patologia sistêmica como a infecção pelo vírus HIV¹.

O tratamento da GUN ocorre primeiramente na fase aguda da doença, que se divide em impedir a progressão e a destruição tecidual da doença e em controlar a dor que impossibilita uma eficiente dieta alimentar e higiene oral do paciente. Em seguida, a eliminação de fatores preexistentes da condição periodontal do paciente, depois o tratamento corretivo das sequelas da doença e finalmente etapa de manutenção¹⁸.

A gengiva após o tratamento inicial pode ficar extremamente dolorida e sensível, dessa forma deve-se fazer algumas orientações quanto a utilização de escova extra macia, dentífrico menos abrasivo e enxaguatório bucal sem álcool, além da não ingestão de alimentos condimentados, quentes e bebidas alcólicas para não causar desconforto. O

paciente deve ingerir bastante líquido, se alimentar de dieta pastosa, aumentar o período de repouso e diminuir o estresse^{1,4,6,22,24}.

Esse tema é de grande relevância para o cotidiano do cirurgião-dentista, em virtude do desconhecimento do primeiro passo a ser seguido nos casos de diagnóstico da patologia GUN em pacientes portadores do vírus HIV⁺.

O objetivo deste trabalho é relatar a respeito do diagnóstico e tratamento precoce da gengivite ulcerativa necrosante em pacientes soropositivos, compreender seus sinais e sintomas e interpretar os resultados dos exames laboratoriais.

RELATO DE CASO

Paciente A. D. P., do sexo masculino, 30 anos, leucoderma, apresentou-se na Fasiclin para atendimento de urgência devido estar com dor intensa na região das papilas interproximais dos dentes anteriores, além de apresentar clinicamente manifestação periodontal de doenças e condições sistêmicas, pseudomembrana branco-amarelada nas papilas interdentais e hálito fétido (FIGURA 2 e 3).

Figura 2 – Cratera presente na papila entre os incisivos centrais por ulceração da GUN.



Fonte: Imagem cedida pela Prof. Ms. Giuliene Nunes de Souza Passoni.

Figura 3 – Presença de ulceração e pseudomembrana branco-amarelada na região interproximal (palatina) dos dentes anteriores.



Fonte: Imagem cedida pela Prof. Ms. Giuliene Nunes de Souza Passoni.

Ao final do atendimento foi prescrito gluconato de clorexidina 0,12%, bochechar 2x ao dia por 1 minuto + metronidazol 250 mg e amoxicilina 500 mg, 8/8 h, por 7 dias para melhora do quadro infeccioso. Devido hipótese diagnóstica de gengivite ulcerativa necrosante (GUN), foi solicitado um exame anti-HIV para confirmação de patologia da AIDS. Foi solicitado também periapicais de todos os dentes para observar o osso alveolar e as lesões de cárie que o paciente possuía (FIGURA 4).

Figura 4 – Rx periapical inicial dos dentes anteriores acometidos pela GUN.



Fonte: Raio-x cedido pelo paciente A.D.P.

Um mês depois, constatou-se que o paciente possuía sorologia positiva confirmado por meio do teste ELISA. Através do diagnóstico precoce, o paciente foi encaminhado para o início do tratamento antirretroviral ativo (HAART) do HIV⁺. Após cinco meses da análise do exame, observou-se melhora da dor e da GUN, foi feito profilaxia e raspagem supragengival para facilitar a higiene do paciente. No mês seguinte deu-se sequência ao restante dos procedimentos. O paciente trouxe um novo resultado do teste ELISA, onde na análise dos resultados a sorologia foi negativa, além disso clinicamente não havia mais nada referente a patologia da GUN na região de dentes anteriores (FIGURA 5 e 6).

Figura 5 – Ausência de Inflamação Gengival característica da GUN.



Fonte: Imagem cedida pela Prof. Ms. Giuliene Nunes de Souza Passoni.

Figura 6 – Após o início do tratamento antirretroviral ativo (HAART).

Remissão dos sinais clínicos da GUN.



Fonte: Imagem cedida pela Prof. Ms. Giuliene Nunes de Souza Passoni.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo é através de um relato de caso, juntamente com exames laboratoriais do paciente. Sua elaboração é através de uma pesquisa qualitativa e exploratória, bem como uma análise de artigos atuais encontrados na Scielo, Elsevier, Sobrape, Pubmed, além de literaturas específicas com relação ao tema. Ambos foram buscados do período de 1999 a 2018. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) do paciente foi encaminhado ao comitê de ética para espera de aprovação e posterior publicação em revista.

DISCUSSÃO

A GUN é uma patologia que possui características específicas para a sua identificação, são elas: a dor intensa, sangramento gengival e odor fétido. Caso o paciente não apresente essas características, não há possibilidade de diagnóstico^{2,10}.

Devido às limitações do HAART, o diagnóstico e a terapêutica medicamentosa dessas infecções oportunistas, continuam a ser importantes no manejo desses pacientes¹⁵. Em 1990, a GUN foi classificada como o primeiro sinal clínico do HIV⁺, o que deu confiança aos profissionais no momento de solicitação de exames anti-HIV (FIGURA 7). Por meio da confirmação de sorologia positiva desse exame, é feito o encaminhamento do paciente para o tratamento antirretroviral ativo (HAART)²³.

Figura 7 – Confirmação da infecção pelo vírus HIV⁺ através de teste ELISA.

Laboratório Oswaldo Cruz
Análises e Pesquisas Clínicas

Sua saúde é nosso melhor resultado!

COLETA A DOMICÍLIO (66) 3531-7070

Paciente	[REDACTED]	Idsde	29 (A)
Médico	NELSON URIO	Coleta	Unidade Central
Convênio	PARTICULAR	Entrega	Laboratorio Central
		Data	06/02/18 16:01
		Data Emissão	07/02/18 11:50

RESULTADO

REAÇÃO DE V.D.R.L. Reagente

Data da Coleta : 06/02/18 16:01
Material : Soro
Método : Flocculação
V.R. : NÃO REAGENTE
Observação : Titulado 1/4.
Resultado repetido e confirmado com re coleta.

ANTIGENO AUSTRÁLIA (HBsAg) Não Reagente

Data da Coleta : 06/02/18 09:51
Material : Soro
Método : Imunocromatografia
V.R. : Não Reagente

Examinado em 06/02/18 09:51

Assinado eletronicamente
Dr. Renan Tavares de Aguiar
CRF-MT 3775

Fonte: Exame cedido pelo paciente A.D.P.

Em 13 de novembro de 1996 foi criada a Lei Federal nº 9.313 que permitiu o acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral para a população brasileira. Algum tempo depois, no Brasil, se tornou possível a realização de serviços e ações de prevenção, além de exames de controle laboratorial da infecção pelo HIV. Isso ocorreu em conjunto aos princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS): equidade, integralidade e participação social¹⁵.

Em Sinop, o paciente deve se dirigir ao Serviço de Assistência Especializada (SAE) onde são feitos gratuitamente exames para diagnóstico e tratamento dessa patologia. No caso relatado, o paciente realizou a coleta para o teste ELISA em um laboratório particular da cidade.

As primeiras semanas depois do início do tratamento HAART são as mais críticas. Os efeitos adversos dos medicamentos mais frequentes nesse período, são principalmente associados ao sistema gastrointestinal, tais como desconforto abdominal moderado, associado a enjoos e vômitos, até dor intensa. Os pacientes podem criar expectativas negativas quanto à ocorrência desses efeitos adversos e acabar desenvolvendo alguns sintomas de ansiedade. Portanto, a adesão do paciente deve ser avaliada a cada nova consulta, para verificar se existe algo que esteja afetando a continuidade desse tratamento¹⁵.

No relato o paciente teve a sua sorologia negativa, por ter sido diagnosticado precocemente e começado o tratamento logo em seguida. Essa confirmação ocorreu através do teste ELISA realizado cinco meses após o último atendimento (FIGURA 8).

O diagnóstico da AIDS ocorre por meio da coleta de sangue ou através de fluido oral. No Brasil, temos os exames laboratoriais e os testes rápidos, que detectam os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos. Esses exames podem ser feitos de forma anônima e gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tanto nas unidades da rede pública, como nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Além da coleta e realização dos testes, existe aconselhamento para melhor compreensão da situação a qual o paciente se encontra. Por meio do Disque Saúde (136) é possível saber os locais onde são realizados o teste na sua região²⁵.

Figura 8 – Confirmação de sorologia negativa através do teste ELISA.

Resultado atual											
CD4:		CD8:		CD4/CD8:		Técnica					
670 células/µl 33.74%		843 células/µl 42.44%		0,79		Citometria de Fluxo / FacsCalibur - Multitest*					
Observações: importacao de resultado											
Histórico (Últimos 18 exames)											
Carga Viral						CD4+/CD8+					
Coleta	Cópias	Log	Método	Resultado	CD4 %	CD8 %	CD4/CD8	CD45+	Resultado		
01/08/2018	Não detectado	—	Abbott RealTime HIV1	06/08/2018	570	33.74	843	42.44	0.79	1985	02/08/2018
07/03/2018	121.374	5.0841256647799	Abbott RealTime HIV1	22/03/2018	345	26.37	725	55.37	0.48	1309	08/03/2018

Fonte: Exame cedido pelo paciente A.D.P.

Quando é realizado o diagnóstico precoce e é feito o tratamento na fase de latência do vírus HIV⁺, o paciente, em alguns casos, consegue a sorologia negativa. Então ocorre em seguida, após a parada da medicação, um período chamado de cura funcional, onde o vírus não é detectável e não há propagação do HIV por meio de relações sexuais, instrumentos perfuro cortantes contaminados com sangue, ou outra forma de contato com o sangue contaminado^{26,27}.

Para que se obtenha sucesso no tratamento, a não detecção do vírus HIV através de contagem plasmática, a melhora da condição imunológica e ausência de sintomatologia, é necessário que o paciente tenha uma aceitação maior que 95%, pois caso seja inferior a esse número ocorrerá uma diminuição da quantidade de células T CD4, provocando a instalação de sintomatologia e conseqüentemente o aparecimento da AIDS¹⁵.

Portanto o paciente está ciente da situação a qual se encontra, onde deverá permanecer tratando o vírus HIV durante a sua vida inteira, pois a presença de carga viral negativa após a suspensão do HAART não significa eliminação total do vírus. O tratamento antirretroviral tem por objetivo a manutenção do vírus em sua fase de latência²⁸.

No caso é relatado a ausência de sinais e sintomas da patologia GUN logo após confirmação da sorologia negativa. Esse fato se deu por meio da melhora parcial da função do sistema imunológico e ao crescimento do número de células T CD4⁺, após terapia antirretroviral; além da diminuição da destruição celular provocada pelo HIV⁺ e pelo efeito antiapoptose contido em algumas medicações²⁹.

A AIDS quando não diagnosticado precocemente em sua fase de latência, onde não apresenta sintomatologia, poderá evoluir para a fase final onde apresenta sintomas como

febre, linfadenopatia e mal estar, diminuição exacerbada de células T CD4⁺, além do paciente estar mais propenso a infecções oportunistas já que imunidade humoral está mais debilitada em relação a produção de células T^{14,18}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome da imunodeficiência adquirida e as manifestações orais têm uma relação importante entre si para a determinação do diagnóstico precoce do HIV⁺. Isso é certificado pelas literaturas já comprovadas cientificamente e por meio do relato de caso, onde o sinal primário da GUN auxiliou na determinação de um pedido de teste ELISA que posteriormente confirmou a virulência positiva do paciente. Através disso o paciente iniciou o tratamento antirretroviral ativo e obteve sucesso no quadro infeccioso, onde as lesões periodontais regrediram totalmente sem deixar sinais clínicos evidentes da GUN. Além disso, o paciente adquiriu sorologia negativa após o tratamento ter sido iniciado, isso se deu por meio de uma cura funcional, devido ao paciente ainda estar em fase de latência do vírus.

REFERÊNCIAS

- ¹Barros, AVM, Barros, AMI, Silva, RKS, Carvalho, CVS, Filho, ESDD, Donato, LFA, et al. Doenças periodontais em pacientes HIV-positivos: uma revisão da literatura. *Revista Periodontia – SOBRAPE*. 2017 Jun, 27(2):54-60.
- ²Cawson, RA, Odell, EW. *Cawson's – Fundamentos básicos de patologia e medicina oral*. São Paulo: Santos, 2013.
- ³Tommasi MH. *Diagnóstico em patologia bucal*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- ⁴Klokkevold PR, Carranza, FA. Infecções gengivias agudas. In: Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. *Carranza - periodontia clínica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- ⁵Jorge, Antonio Olavo Cardoso. *Microbiologia e imunologia oral*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- ⁶Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- ⁷Leão MVP, Jorge AOC. Autoimunidade e imunodeficiências. In: Jorge AOC. *Microbiologia e imunologia oral*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- ⁸Siqueira FM. *Eventos agudos na atenção básica [recurso eletrônico]: dor de origem periodontal e de mucosa*. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina, 2013.
- ⁹Kanjiraparambil, Shine S., et al. Management of necrotizing ulcerative gingivitis in a pregnant patient – a rare case report. *Journal of Dental and Medical Sciences*. 2017 May, 16(5):112-116.
- ¹⁰Katchburian, E, Arana, V. *Histologia e embriologia oral: texto, atlas, correlações clínicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- ¹¹Bath-Balogh, M, Fehrenbach, MJ. *Anatomia, histologia e embriologia dos dentes e das estruturas orofaciais*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- ¹²Michel M, Soledade KR, Azoubel E, Azoubel MCF. Doenças periodontais necrosantes e uso de antimicrobianos como terapia adjunta – revisão da literatura. *Revista Periodontia – SOBRAPE*. Belo Horizonte – MG, v. 22, n. 1, 34-44 p., mar. 2012.
- ¹³Ministério da Saúde. *Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids : recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais*. Brasília, 2010. 224p.
- ¹⁴Abbas, AK, Lichtman, AH, Pillai, S. *Imunologia celular e molecular*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

- ¹⁵Paulique NC, Cruz MCC, Simonato LE, Moreti LCT, Fernandes KGC. Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. *Arch Health Invest*. 2017 Jun, 6(6):240-244. doi:10.21270/archi.v6i6.2067.
- ¹⁶Kato H, Imamura, I. Unexpected acute necrotizing ulcerative gingivitis in a well-controlled HIV-infected case. *Internal Medicine*. 2017 Aug, 56(16):2223-2227. doi:10.2169/internalmedicine.8409-16.
- ¹⁷Özberk SS, Gündoğar H, Şenyurt SZ, Erciyas K. Adjunct use of low-level laser therapy on the treatment of necrotizing ulcerative gingivitis: a case report. *J Lasers Med Sci*. 2018;9(1):73-75. doi:10.15171/jlms.2018.15.
- ¹⁸Malek R, Gharibi A, Khilil N, Kissa J. Necrotizing ulcerative gingivitis: a case report. *Contemp Clin Dent*. 2017, 8(3):496-500. doi:10.4103/ccd.ccd_1181_16.
- ¹⁹Campos, CC, Frazão, BB, Saddi, GL, Morais, LA, Ferreira, MG, Setúbal, PCO, *et al*. Manual Prático para o atendimento odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais. Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Odontologia, 2009.
- ²⁰Hirata, Cleonice Hitomi Watashi. Oral manifestations in AIDS. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2015. 81(2):120-123.
- ²¹Andrade, ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
- ²²Rees TD. Patologia e manejo de problemas periodontais em pacientes com infecção pelo HIV. In: Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza - periodontia clínica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- ²³Rowland RW. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Ann Periodontol. California – USA*. 1999 Dec, 4(1):65-73. doi:10.1902/annals.1999.4.1.65.
- ²⁴Klokkevold PR, Carranza FA. Tratamento da doença gengival aguda. In: Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza – periodontia clínica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- ²⁵Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília. 2010. [acesso em 2018 dez 12]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/diagnostico-do-hiv>
- ²⁶Martins, TA, Kerr, LRFS, Freire, DG, Mota, RS. Desafios para vencer a epidemia de AIDS no mundo. *Rev Fisioter S Fun*, 2015 Jan-Jun, 4(1):2-5.
- ²⁷Loreto, S, Azevedo-Pereira, JM. A infecção por HIV – importância das fases iniciais e do diagnóstico precoce. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 2012 Jan-Dez, 2(1):5-17.
- ²⁸Kallás EG, Donini CS. Perspectivas de cura da infecção pelo HIV. *BJID – Educação Médica Continuada*, 2016 Out, 2(5):162-169.
- ²⁹Gasparin AB, Ferreira FV, Danesi CC, Mendonza-Sassi RA, Silveira J, Martinez AMB, *et al*. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes

HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. Cad. Saúde Pública, 2009 Jun, 25(6):1307-1315.