

## ACTUALIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS LESÕES ORAIS NA INFECCÃO PELO HIV

### EC-Clearinghouse in Oral Problems Related to HIV Infection e WHO (OMS) Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus

Axell T, Azul AM, Challacombe S, Ficarra G, Flint S, Greenspan D, Greenspan J, Hammerle C, Laskaris G, Loeb I, Lucas-Tomas M, Monteil RA, Pindborg JJ (Clearinghouse Co-ordinator), Reichart P, Robinson P, Scully C, Swango P, Syrjanen S, Thornhill MH, van der Wall I, Williams DM (Working Group Chairman) e Wray D

#### INTRODUÇÃO

O Grupo de Trabalho reuniu para rever os critérios diagnósticos das lesões orais observadas na infecção pelo HIV. A discussão baseou-se no relatório da reunião anterior do grupo de trabalho, efectuada em Amesterdão em 1990 (J Oral Pathol Med 1991; 20:97-100). As alterações mais significativas foram a inclusão de critérios de presunção e definitivos para as situações descritas; a retirada da referência ao HIV nas situações referidas; e a classificação da doença periodontal neste grupo de doentes.

Esta classificação revista tenta reconciliar as diferenças entre as primeiras propostas do grupo da EC-Clearinghouse e a abordagem adoptada pelo grupo de trabalho dos EUA (Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73:142-4).

#### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA AS LESÕES ORAIS

No geral, a aplicação destes critérios assume um conhecimento básico da patologia da mucosa

oral. Estão divididos em critérios por presunção e definitivos. Os primeiros destinam-se sobretudo à utilização clínica e epidemiológica e serão aplicados na primeira observação do doente. Aceita-se que não são perfeitos pois outras doenças podem apresentar aspectos semelhantes. Os critérios definitivos são necessários para estabelecer um diagnóstico absoluto e podem exigir exames clínicos ou laboratoriais suplementares. Tendo em conta as possíveis graves implicações dos diagnósticos apresentados no Grupo 1, os critérios definitivos devem ser confirmados antes de se aceitar o diagnóstico quando num doente cuja seropositividade não é conhecida.

Uma melhoria na definição dos critérios agora apresentados dependerá de estudos correctamente conduzidos que os validem.

#### Grupo 1. Lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV

##### Candidose

O grupo efectuou a revisão da classificação

prévia da EC-Clearinghouse e fizeram-se alterações. Especificamente, a candidose hiperplásica foi retirada da classificação.

### **Candidose Eritematosa**

#### *Critérios de presunção*

Zona vermelha, geralmente localizada no palato e dorso da língua, mas podendo surgir ocasionalmente na mucosa jugal. Podem observar-se placas ou manchas brancas, mas são geralmente pouco evidentes.

#### *Critérios definitivos*

Não há actualmente critério definitivo para esta entidade. No entanto, a detecção de *Candida albicans* e/ou a resposta ao tratamento antifúngico pode ajudar a estabelecer o diagnóstico.

### **Candidose Pseudomembranosa**

#### *Critérios de presunção*

Manchas ou placas brancas ou amarelas localizando-se em qualquer região da mucosa oral e podendo ser raspadas revelando uma superfície eritematosa e eventualmente hemorrágica.

#### *Critérios definitivos*

1. O principal critério definitivo é a resposta das lesões à terapêutica antifúngica.

2. Os exames demonstrando a presença de *Candida albicans* não são essenciais para o diagnóstico, embora possam aumentar a probabilidade, particularmente em casos resistentes à terapêutica antifúngica. Estes exames devem incluir esfregaços e culturas.

#### **Notas:**

1. A queilite angular pode estar associada à *Candida albicans* e observar-se em doentes com a infecção pelo HIV e sem ausência de peças dentárias.

2. As candidoses eritematosas do palato associadas ao uso de próteses podem também surgir em doentes com a infecção pelo HIV.

3. Tipos diferentes de candidose podem coexistir no mesmo doente.

### **Leucoplasia pilosa**

#### *Critérios de presunção*

Lesões esbranquiçadas ou acinzentadas, bilaterais, nos bordos da língua. Não são removíveis e podem apresentar enrugamento ("corrugation") vertical. As lesões podem estender-se para as superfícies ventral e dorsal da língua, tomando geralmente um aspecto plano. Estas lesões podem ainda ocorrer raramente na mucosa jugal.

#### *Critérios definitivos*

1. Demonstração do EBV nas lesões.

2. Na incapacidade técnica para demonstrar presença de EBV, a ausência de resposta ao tratamento antifúngico ou a presença de um estado de imunodeficiência poderá apoiar o diagnóstico de presunção.

#### **Nota:**

Podem observar-se características histológicas semelhantes às da leucoplasia pilosa na ausência de infecção pelo EBV. Por este motivo as alterações histológicas não são suficientemente específicas de forma a constituírem um critério definitivo.

### **Doença periodontal**

Para além das formas específicas de doença periodontal descritas abaixo, deve ser enfatizado que a gengivite crónica marginal e a periodontite do adulto podem também surgir em doentes com infecção pelo HIV. A clínica destas situações pode, no entanto, ser alterada ou exagerada em resultado da imunossupressão.

Ao rever a anterior classificação da doença periodontal relacionada com o HIV, o EC-Clearinghouse efectuou diversas alterações significativas. Especificamente a gengivite-HIV foi renomeada *Eritema Linear Gengival* — a gengivite necrosante-HIV foi renomeada *Gengivite Necrosante* — (*ulcerativa*) — (NUG) e a periodontite-HIV foi renomeada *Periodontite* — *Necrosante*



(*ulcerativa*) (NUP). Para além destas alterações, também se reviram os critérios definindo as situações.

### **Eritema linear gengival**

#### *Critérios de presunção*

Banda vermelha bem distinta na margem gengival. O eritema é desproporcionadamente intenso em relação à quantidade de placa observada. Não existe ulceração e não há evidência de bolsas ou perda de attachment.

#### *Critérios definitivos*

Este diagnóstico é, actualmente, clínico, sem critérios definitivos. No entanto, uma característica da lesão é a ausência de resposta às medidas de higiene oral, à remoção de placa e cálculo.

#### **Notas:**

A microbiologia da lesão não foi ainda definida, estando ainda por estabelecer o papel das espécies de *Candida* na etiologia.

### **Gengivite necrosante (ulcerativa)**

#### *Critérios de presunção*

Destruição de uma ou mais papilas interdentárias. No estágio agudo do processo ulcerativo podem observar-se necrose e destruição tissular com hemorragia fácil e hálito característico.

#### *Critérios definitivos*

Este diagnóstico é, actualmente, clínico, sem critérios definitivos.

### **Periodontite necrosante (ulcerativa)**

#### *Critérios de presunção*

Periodontite caracterizada por perda de tecidos moles em resultado de ulceração ou necrose. Pode observar-se exposição, destruição ou for-

mação de sequestros ósseos. Pode ainda existir mobilidade dentária importante. A dor pode ser um sintoma proeminente.

#### *Critérios definitivos*

Este diagnóstico é, actualmente, clínico, sem critérios definitivos.

#### **Notas:**

1. A destruição tissular pode estender-se através da junção muco-gengival.

2. Esta situação é crónica e pode observar-se com ulceração durante uma fase activa ou sem ulceração durante uma fase menos activa.

3. Há geralmente uma perda rápida de attachment. A formação de bolsas pode, no entanto, ser mínima devida à concomitante perda de tecidos moles e duros.

### **Sarcoma de Kaposi**

#### *Critérios de presunção*

Uma ou mais máculas ou tumefacções eritematosas, ligeiramente azuladas ou arroxeadas, com ou sem ulceração. Observam-se predominantemente no palato ou gengiva.

#### *Critérios definitivos*

Histologia característica na biópsia.

### **Linfoma Não-Hodgkin**

#### *Critérios de presunção*

Tumefacção firme e elástica, por vezes avermelhada ou purpura, com ou sem ulceração. Os locais de predilecção são a gengiva, a mucosa palatina e a orofaringe.

#### *Critérios definitivos*

Histologia característica na biópsia, apoiada por investigação apropriada em imunocitoquímica e biologia molecular.

## ALTERAÇÕES NA CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES DO GRUPO 2 E 3

### Grupo 2. Lesões menos associadas à infecção pelo HIV

Entre as alterações efectuadas nestes grupos, houve a passagem da infecção pelo citomegalovírus (CMV) do Grupo 2 para o Grupo 3 e da pigmentação melanótica do Grupo 3 para o Grupo 2. As infecções bacterianas produzidas pelo *Mycobacterium avium-intracellulare* ou o *Mycobacterium tuberculosis* — foram também transferidas do Grupo 3 para o grupo 2. A estomatite necrosante (ulcerativa) foi adicionada ao Grupo 2 e os seus critérios estão descritos abaixo. As ulcerações atípicas foram retiradas e substituídas pelo termo Ulceração NOS (sem outra especificação) cujos critérios são também descritos abaixo.

#### Estomatite necrosante (ulcerativa)

##### Critérios de presunção

Lesão ulceronecrotica da mucosa oral, aguda, localizada e dolorosa, expondo osso subjacente ou estendendo-se para os tecidos contíguos. Estas lesões podem entender-se a partir de zonas de periodontite necrosante.

##### Critérios definitivos

As características histológicas são as das ulcerações não-específicas. Os estudos microbiológicos não demonstraram um agente etiológico específico.

#### Ulcerações NOS (sem outra especificação)

##### Critérios de presunção

Ulcerações predominando no palato e orofarínge não correspondendo a nenhum padrão reconhecido das ulcerações orais recorrentes (UOR).

##### Critérios definitivos

As características histológicas são as das ulcerações não-específicas. As culturas bacterianas ou

## QUADRO I

Revisão da classificação das lesões orais associadas à infecção pelo HIV (de acordo com a reunião da *EC Clearinghouse on — Oral Problems Related to HIV Infection* — efectuada em Londres, Setembro 17-18 de 1992)

• Todas as lesões estão listadas por ordem alfabética.

### Grupo 1. Lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV

Candidose  
Eritematosa  
Pseudomembranosa  
Eritema linear gengival  
Gengivite necrosante (ulcerativa)  
Leucoplasia Pilosa  
Linfoma Não Hodgkin  
Periodontite necrosante (ulcerativa)  
Sarcoma de Kaposi

### Grupo 2. Lesões menos frequentemente associadas à infecção pelo HIV

Infecções bacterianas  
*Mycobacterium avium-intracellulare*  
*Mycobacterium tuberculosis*  
Hiperpigmentação melanótica  
Estomatite necrosante (ulcerativa)  
Patologia das salivares  
Xerostomia por diminuição do fluxo salivar  
Tumefacção uni ou bilateral das salivares principais  
Púrpura trombocitopénica  
Ulcerações NOS (sem outra especificação)  
Infecções virais  
Vírus do Herpes simplex  
Vírus do papiloma humano  
Condiloma acuminado  
Hiperplasia epitelial focal  
Verruga vulgar  
Vírus Varicella zoster  
Herpes zoster  
Varicela

### Grupo 3. Lesões observadas na infecção pelo HIV

Infecções bacterianas  
*Actinomyces israelii*  
*Escherichia coli*  
*Klebsiella pneumoniae*  
Angiomatose epiteloide  
Doença do arranhão do gato  
Reações a drogas (ulcerativas, eritema multiforme, liquenóides, epidermólise tóxica)  
Infecções fúngicas (excepto Candidose)  
*Cryptococcus neoformans*  
*Geotrichum candidum*  
*Histoplasma capsulatum*  
*Mucoraceae* (mucormicose/ zigomicose)  
*Aspergillus flavus*  
Alterações neurológicas  
Paralisia facial  
Nevralgia do trigémio  
Ulcerações Orais Recorrentes  
Infecções virais  
Citomegalovírus  
Molluscum contagiosum

virais não demonstraram agentes etiológicos específicos.

### **Grupo 3. Lesões observadas na infecção pelo HIV**

Este grupo era previamente denominado "Lesões possivelmente associadas ao HIV". Diversas situações deste Grupo foram retiradas da classificação (infecções bacterianas produzidas pelo *Enterobacter — cloacae*, exacerbação de peridontite apical, osteomielite, sinusite, celulite submandibular e talvez, de forma mais relevante, o carcinoma espinocelular). A hiperpigmentação melanótica foi transferida para o Grupo 2. Uma nova Secção

de infecções virais foi introduzida no Grupo 3, incluindo as lesões associadas ao CMV (transferida do Grupo 2) e o molluscum contagiosum.

Finalmente as ulcerações orais recorrentes (UOR) foram adicionadas ao Grupo 3. Embora a incidência de UOR possa não ser superior nos seropositivos, a incidência dos tipos major e herpetiforme de UOR está aumentada.

### **AGRADECIMENTOS**

Agradece-se o apoio financeiro adicional para esta reunião à Unilever Dental Research.