

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA INFECÇÃO PELO HIV II — CANDIDIASE

António Mano Azul*

RESUMO: Neste segundo artigo de uma série dedicada às manifestações orais da infecção pelo HIV, o autor aborda os aspectos epidemiológicos e clínicos da candidiase oral em doentes infectados por esse vírus. É ainda analisado o papel predictivo da candidiase oral no desenvolvimento da SIDA.

SUMMARY: This second article of a series about oral lesions of HIV infection reviews the epidemiology and clinical diagnosis of oral candidiasis in HIV infected patients, as well as its predictor role on the development of AIDS.

Palavras-chave: Candidiase, HIV, SIDA

Key-words: Candidiasis, HIV, AIDS

Muitas das pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) desenvolvem lesões orais que são com frequência a primeira manifestação clínica de doença. Entre estas, algumas das quais iremos abordar em artigos futuros, encontra-se a candidiase oral.

A candidiase é uma infecção produzida por um fungo do género *Candida*, membro da família *Cryptococcaceae*. Este género é constituído hoje em dia por 81 espécies. A infecção produzida pela *Candida albicans* é uma das infecções oportunistas observadas na SIDA, incluindo-se a candidiase do esófago nos critérios definitivos desta doença definidos pela OMS/CDC. Recentemente, foi propos-

to à OMS que a sua nova Classificação para a SIDA, incluía a candidiase nos grupos 2 e 3. (1)

No primeiro relato sobre a SIDA em homossexuais, a candidiase oral foi descrita em 4 dos 5 doentes observados. (2) Imediatamente depois, MASUR e col., (3) descreveram 11 jovens do sexo masculino com pneumonia por *Pneumocystis carinii*, em quatro dos quais a candidiase oral estava presente. Hoje em dia a candidiase oral é descrita em todos os trabalhos que abordam os aspectos clínicos da infecção pelo HIV.

Embora a candidiase da cavidade oral se possa observar em diversas situações incluindo portadores de próteses removíveis, doentes com xerostomia e doentes portadores de patologia provocando alterações imunitárias ou em tratamento com drogas imunossupressoras, cada vez mais o aparecimento de infecção por *Candida* em doentes jovens ou de meia-idade, sobretudo se do sexo masculino, deve alertar-nos para a importância crescente desta infecção como factor altamente sugestivo da infecção pelo HIV.

* Médico, especialista em Estomatologia. Responsável pela Disciplina de Patologia Oral ESM DL/CFP. Consultor da Comissão de Investigação e Epidemiologia Oraís da Federação Dentária Internacional (CORE FDI)

EPIDEMIOLOGIA DA CANDIDIASE ORAL NA INFECÇÃO PELO HIV

Muito poucos estudos epidemiológicos foram efectuados de forma a determinar a frequência de candidiase em doentes HIV positivos. A maioria dos trabalhos aborda a ocorrência desta infecção oportunista em doentes com SIDA. Assim, em seropositivos temos percentagens de doentes com candidiase oral que vão desde 15% (WANZALA e col, 1989) até 49% (LIKIMANI e col, 1989) (4,5). Quando consideramos em conjunto os seropositivos e os doentes com ARC (Complexo relacionado com a SIDA) SYRJANEN e col. (1988) reportam 93% de doentes com candidiase oral. (9) Nos doentes com SIDA, os resultados vão desde 43% (SCHIODT e col, 1988) (7) até 93% (SMALL e col., 1983) (8).

SILVERMAN e col. (9) em 373 homossexuais masculinos, cultivaram *Candida albicans* em 66% dos casos compreendendo doentes com SIDA, ARC, alto risco, contactos e indivíduos saudáveis. A cultura de *Candida* a partir da cavidade oral foi indicativa de baixas taxas de linfócitos T Helper /supressores, em homossexuais dinamarqueses. (10).

Um dos maiores problemas para avaliação epidemiológica é o facto de em diversos países os seropositivos iniciarem terapêutica específica, particularmente AZT, que diminui as manifestações clínicas nestes doentes, tornando particularmente difíceis os estudos longitudinais.

CLÍNICA DA CANDIDIASE ORAL NA INFECÇÃO PELO HIV

A candidiase oral relacionada com a infecção pelo HIV ocorre sob 4 formas fundamentais: (1) pseudomembranosa, (2) hiperplástica, (3) eritematosa (atrófica) e (4) queilite angular. (11,12)

O tipo pseudomembranoso caracteriza-se pela presença de placas brancas ou amareladas, semi-aderentes, numa mucosa de cor normal ou avermelhada (Fig. 1). Pode surgir em qualquer local da mucosa oral, mas apresenta predileção pelo palato, mucosa jugal e labial e dorso da língua.

O tipo hiperplástico caracteriza-se por placas brancas que não são removíveis por raspagem, surgindo mais frequentemente na mucosa jugal, em contraste com os doentes não infectados pelo HIV onde esta forma de candidiase surge com



Fig. 1 — Candidiase pseudomembranosa

predomínio nas comissuras. Pode surgir também na língua (Fig. 2).



Fig. 2 — Candidiase crónica hiperplásica

O tipo eritematoso (atrófico) apresenta um aspecto vermelho, com uma intensidade de cor que varia de vermelho vivo até manchas discretas de cor rosa. As localizações mais comuns são o palato e o dorso da língua. (Fig. 3 e 4) Quando localizada no dorso da língua, está frequentemente associada a perda das papilas filiformes (glossite romboide mediana). Pode ainda surgir sob a forma de pequenas manchas na mucosa jugal, o que é muito característico nos seropositivos, mas poucas vezes diagnosticada por ausência de sintomas.

Nas pessoas idosas, particularmente quando portadores de prótese removível, perda de dimensão vertical ou associada a anemia ou deficit vitamínico, a queilite angular é uma lesão que

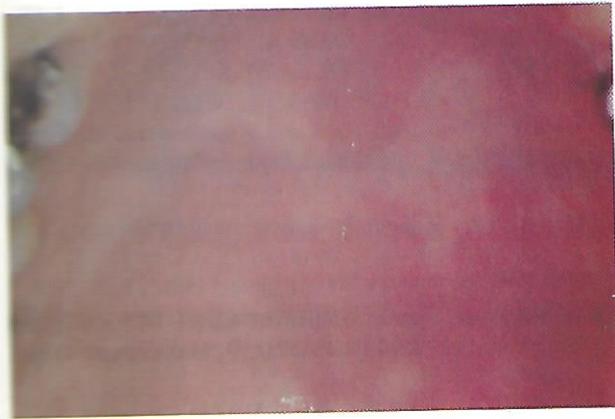


Fig. 3 — Candidiase eritematosa

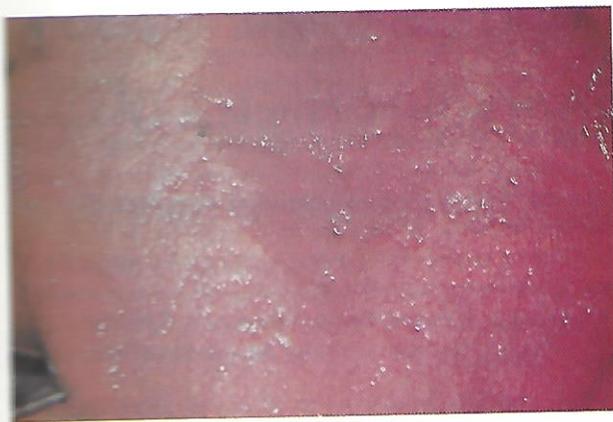


Fig. 4 — Candidiase eritematosa

surge com alguma frequência. No entanto, quando observada em jovens, pode ser a primeira indicação de infecção pelo HIV (13) (Fig. 5).



Fig. 5 — Queilite angular

Apesar do principal factor etiológico ser a *Candida albicans*, pode estar também associado o *Staphylococcus aureus*. (Fig. 5).

Para além da importância, para o dentista, em reconhecer a candidiase oral como eventual primeiro sintoma da infecção pelo HIV, reconhece-se hoje em dia o valor predictivo da infecção pela *Candida albicans* no desenvolvimento da seropositividade em direcção à SIDA (13). Assim, diversos investigadores demonstraram uma inversão da taxa T4/T8 e aparecimento de linfadenopatia generalizada nos doentes que inicialmente apresentavam candidiase pseudomembranosa, bem como uma maior prevalência de infecções oportunistas e Sarcoma de Kaposi nestes doentes. (14,15) De igual modo, uma redução nos linfócitos T4 em combinação com candidiase oral indica um mau prognóstico em doentes com infecção pelo HIV. (16) Num estudo de MELBYE e col, demonstrou-se que as manifestações que mais aumentam a probabilidade do aparecimento de SIDA em seropositivos são a candidiase oral e a leucoplasia pilosa (17).

Do ponto de vista terapêutico, o tratamento da candidiase oral em doentes com infecção pelo HIV não coloca mais problemas que num doente não infectado, utilizando-se os clássicos agentes tópicos (nistatina, anfotericina B ou miconazol) e sistémicos (nistatina — pouco eficaz —, ketoconazol — com monitorização da função hepática pela sua hepatotoxicidade — e mais recentemente o fluconazol que parece ser mais eficaz e seguro que a anterior e que se utiliza em doses de 50 mg/dia) (13).

BIBLIOGRAFIA

1. EEC — Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Human Immunodeficiency Virus. Copenhagen, Denmark, 1990.
2. GOTTLIEB MS, SCHANKER HM, FAN PT, e col. Pneumocystis pneumonia — Los Angeles. MMWR 1981; 30: 250-2.
3. MASUR H, MICHELIS MA, GREENE JB, e col. An outbreak of community-acquired Pneumocystis carinii pneumonia. N Engl J Med 1981; 305: 1431-8.
4. WANZALA P, MANJI F, PINBBORG JJ, PLUMMER F. Low prevalence of mucosal lesions in HIV-1 seropositive African women. J Oral Pathol Med 1989; 18: 415-8.

5. LIKIMANI S, DE COCK KM, GREEN TL, e col. Oral manifestations of HIV infection in Abidjan, Cote d'Ivoire. 5. Int Conf AIDS, Montreal 1989; Abstr Th. B.P. 346.
6. SYRJANEN S, VALLE S-L, ANTOUEN J, e col. Oral candidal infections as a sign of HIV infection in homosexual men. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 65: 36-40.
7. SCHIODT M, BAKILANA PB, HIZA JFR e col. Oral candidiasis and hairy leukoplakia correlate with HIV-infection in Tanzania. Oral Surg Oral Med Oral Pathol: 1990; 69: 591-6.
8. SMALL CB, KLEIN RS, FRIEDLAND GH, e col. Community-acquired opportunistic infections and defective cellular immunity in heterosexual drug abusers and homosexual men. J Med 1983; 74: 433-41.
9. SILVERMAN S JR, MIGLIORATI CA, LOZADA-NUR F, GREENSPAN D, CONANT MA. Oral findings in people with or at high risk for AIDA: a study of 375 homosexual males. JADA 1986: 112; 187-92.
10. SCHONHEYDER H, MELBYE M, BIGGAR RJ e col. Oral yeast flora and antibodies to Candida albicans in homosexual men. Mykosen 1984; 27: 39-44.
11. AXELL T, BAERT A-E, BROCHERIOU C, CHAL-LACOMBE S, GREENSPAN D, TENKATE RW, LASKARIS G, MANO AZUL A, PINDBORG JJ, REICHAERT P, SCHULTEN EAJM, SCULLY C, SYRJANEN S, VAN DER WALL I, WILLIAMS D. An update of the classification and diagnostic criteria of oral lesions in HIV infection. J Oral Pathol Med 1991; 20: 97-100.
12. AZUL AM. Manifestações orais na Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) — O estado da arte. Rev Port Estomatol e Cir Maxilofac, 1991; 32 (1): 29-35.
13. Aids and the mouth. GREENSPAN D, SCHIODT M, GREENSPAN JS, PINDBORG JJ. Munksgaard, Copenhagen, 1990, 94.
14. KLEIN RS, HARRIS CA, SMALL CB, e col. Oral candidiasis in high risk patients as the inicial manifestation of the acquired immunodeficiency syndrome. N Eng J Med, 1984; 311: 354-8.
15. MURRAY HW, HILLMAN JK, RUBIN BY e col. Patients at risk for AIDS-related opportunistic infections. N Engl J Med 1985; 313: 1504-10.
16. MOSS AR, BACHETTI P, OSMUND P e col. Seropositivity for HIV and the development of AIDS or AIDS related condition: three year follow-up of the San Francisco General Hospital cohort. Br Med J 1988; 296: 754-50.