

TRATAMENTO REABILITADOR DE PACIENTE COM PERIODONTITE COMO MANIFESTAÇÃO DE HIV: RELATO DE CASO CLÍNICO

REHABILITATIVE TREATMENT OF A PATIENT WITH PERIODONTITIS AS HIV MANIFESTATION: CLINICAL CASE REPORT

ESTHER CAMPOS CLEMENTE¹, PABLO HENRIQUE MACHADO GUIMARÃES¹ NADIELLY ABADIA MENDONÇA VITAL¹, SARA LIA GONÇALVES DE LIMA^{2*}, LUCAS PEIXOTO DA SILVA³

1. Acadêmicos do curso de graduação de Odontologia da Faculdades Integradas da América do Sul – INTEGRA; 2. Professora Mestra, Disciplina de Diagnóstico Bucal do curso de Odontologia da Faculdade INTEGRA; 3. Professor Especialista, Disciplina de Periodontia do curso de Odontologia da Faculdade INTEGRA.

*Rua Presidente Geisel, quadra 180, Lotes 01 e 02 - St. Lagoa Quente, CEP: 75692-532, Caldas Novas, Goiás, Brasil. saraliagoncalves@gmail.com

Recebido em 21/05/2024. Aceito para publicação em 28/05/2024

RESUMO

A doença periodontal manifesta-se por meio de uma infecção causada por bactérias gram-negativas, sendo uma das principais causas de perda dentária. Sua relação com o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) tem sido objeto de estudo. Pacientes infectados pelo HIV estão sujeitos a uma variedade de manifestações orais. A presença do vírus compromete o sistema imunológico do paciente, tornando-o mais suscetível a infecções por bactérias periodonto-patogênicas. No entanto, é de extrema importância destacar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e atenção na gestão desses pacientes. A falta de conhecimento por parte dos profissionais odontológicos e a dificuldade com as complicações periodontais no tratamento convergem para a importância de estudos como este, que se mostram essenciais para desenvolver intervenções eficazes. O presente estudo aborda a correlação entre a doença periodontal e o HIV e compreende abordagens terapêuticas eficazes, visando à melhor qualidade da saúde bucal e sistêmica desses pacientes. Através do caso clínico de um paciente HIV positivo com doença periodontal severa, houve uma reabilitação significativa com próteses e um tratamento personalizado. Sendo assim, propiciou melhorias significativas no quadro e na qualidade de vida, evidenciando a importância de tratamentos personalizados e integrados para abordar as divergências dessa condição.

PALAVRAS-CHAVE: Prótese parcial removível; prótese total imediata; HIV; periodontite; doença periodontal.

ABSTRACT

Periodontal Disease is manifested through an infection caused by gram-negative bacteria, being one of the main causes of tooth loss. Its relationship with HIV (Human Immunodeficiency Virus) has been the subject of study, as patients infected with HIV are susceptible to a variety of oral manifestations. The presence of the virus affects the patient's immune system, making them more susceptible to infection by periodontal pathogenic bacteria. However, it is extremely important to highlight the need for a multidisciplinary

approach and attention in managing these patients. The lack of knowledge among dental professionals and the difficulty with periodontal complications in treatment converge on the importance of studies like this, which are essential for developing effective interventions. This study addresses the correlation between Periodontal Disease and HIV and aims to understand effective therapeutic approaches, aiming for better oral and systemic health quality for these patients. Through the clinical case of an HIV-positive patient with severe periodontal disease, there was significant rehabilitation with prostheses and personalized treatment. Thus, it provided significant improvements in the patient's condition and quality of life, highlighting the importance of personalized and integrated treatments to address the challenges of this condition.

KEYWORDS: Removable partial denture; immediate complete denture; HIV; periodontitis; periodontal disease.

1. INTRODUÇÃO

A doença periodontal atinge de forma grave aproximadamente 11% da população global, afetando cerca de 743 milhões de pessoas. A periodontite é uma doença inflamatória crônica multifatorial que está ligada à presença de biofilme dentário e resulta na deterioração dos tecidos de suporte dental, incluindo o tecido gengival, cemento, fibras periodontais e osso alveolar. A doença envolve uma complexa interação entre agentes bacterianos específicos, respostas imunológicas agressivas do organismo hospedeiro e influências ambientais¹. De acordo com as Classificações das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares em 2018, a periodontite pode ser subdividida em: doenças periodontais necrosantes, periodontite e periodontite como manifestações de doenças sistêmicas².

No decorrer das fases iniciais da doença periodontal, as bactérias presentes na mucosa oral interagem com as células do tecido periodontal, desencadeando uma reação inflamatória que resulta na

danificação do periodonto, causada pela ativação de enzimas líticas, especialmente as transglutaminases³. A constância desse desenvolvimento, caracterizado pela contínua ativação dessas enzimas, torna o tratamento da periodontite e a regeneração do tecido desafiadores³.

A disseminação do vírus da imunodeficiência humana (HIV-1), responsável pela AIDS, é uma questão de saúde pública global significativa. Com os avanços no controle da doença através da terapia antirretroviral (TARV), cresceu a expectativa de vida das pessoas infectadas⁴. Porém, o TARV tem o efeito de reduzir o fluxo salivar e causar danos na flora oral, ocasionando mudanças na composição microbiana, o que, por sua vez, pode desencadear condições orais mais severas e de tratamento complexo, como a doença periodontal⁵.

Observa-se que pacientes portadores de HIV podem desencadear um desequilíbrio entre a interação microbiológica e a reação imunológica do organismo, podendo intensificar a deterioração dos tecidos na condição de doença periodontal⁴. Com a progressão da doença periodontal, a presença de lesões na boca, perda dentária, perda do paladar tem impacto direto na qualidade de vida dos pacientes, o que afeta o sorriso, fala, deglutição, contribuindo para uma possível desnutrição, fraqueza e, conseqüentemente, aumenta o risco de infecções devido à imunossupressão⁵.

As manifestações periodontais encontradas em pacientes HIV positivos são subdiagnosticadas e inadequadamente tratadas, muitas vezes por falta de conhecimento do profissional odontólogo e pela severidade e resistência às formas convencionais de tratamento. Dentro deste contexto, percebe-se a importância de estudar e explorar casos de pacientes com esta condição e doenças periodontais⁶.

Diante disso, este trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico de um paciente HIV positivo com doença periodontal severa, onde o tratamento reabilitador com o uso de próteses proporcionou melhorias na oclusão e qualidade de vida do paciente.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, compareceu com a queixa principal: “Levei um tombo e meus dentes amoleceram”. Ele foi referido por outro profissional, tendo alegado que estava em quadro de doença periodontal. Durante anamnese foi relatado pelo paciente ser soropositivo para HIV de carga viral indetectável, estando em tratamento específico com medicação retroviral. Não foi relatada nenhuma outra doença sistêmica. Paciente foi tabagista por 47 anos, tendo cessado o uso há cerca de 02 anos. Ao exame clínico foi constatado o uso de prótese parcial removível superior com pouca estabilidade, ocasionando disfagia, em função da presença de mobilidade dentária generalizada. Além disto, notou-se que sua mucosa jugal estava inflamada e sensível, tendo sido identificada a presença de cálculo dentário, raízes residuais e ausências dentárias. O paciente foi submetido ao exame radiográfico para avaliação e

planejamento. Radiograficamente, foi evidenciada perda óssea periodontal generalizada, fragmentos radiculares dos dentes 47 e 48, com lesão periapical inflamatória, extensa destruição coronaradicular do dente 46, além de ausências dentárias. (Figura 1).



Figura 1. Radiografia Panorâmica. **Fonte:** Acervo Pessoal (2023).

Para planejamento protético foram realizadas fotografias, permitindo planejamento digital do caso, o que permitiu a realização de uma prótese nos parâmetros desejados. Através de análise oclusal foi identificada a presença de extrusão dos dentes anteriores, disfunção mastigatória e giroversão do dente 24, com trauma oclusal secundário (Figura 2).



Figura 2. Fotografia de exame clínico evidenciando trauma oclusal secundário e extrusões. **Fonte:** Acervo Pessoal (2023).

Após a realização de periograma, o paciente foi diagnosticado com periodontite estágio 4, grau C, segundo a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares de 2018. O plano de tratamento do paciente foi proposto com os seguintes passos: confecção de próteses imediatas; exodontias seriadas realizadas em duas etapas; e por fim instalação das próteses imediatas e preservação (Figura 3).



Figura 3. Prótese total superior imediata e prótese parcial removível inferior. **Fonte:** Acervo Pessoal (2023).

A primeira etapa cirúrgica foi realizada em caráter de urgência odontológica, em razão de sintomas de dor e inchaço na região de molares posteriores inferiores. O

procedimento foi iniciado com antissepsia intraoral com clorexidina 0,12%, extraoral com clorexidina 2% e paramentação. Posteriormente seguido de bloqueio anestésico bilateral do nervo alveolar inferior e anestesia infiltrativa do nervo bucal, ambas com lidocaína 2% acrescida de epinefrina 1:100000. A incisão intrassulcular foi realizada com lâmina 15c, sindesmotomia com o molt 2/4 e luxação com elevadores apicais e fórceps 151 e 69. Após exodontias foi realizada curetagem alveolar e irrigação com soro fisiológico tendo em vista a remoção do processo infeccioso e prevenção de cistos residuais. A síntese foi realizada com suturas simples e contínuas utilizando fio de seda 4-0. Foram prescritos analgésico e anti-inflamatório para uso pós-operatório. (Figura 3).

Durante remoção de sutura, ocorrida sete dias após a primeira cirurgia, foi notada presença de processo de cicatrização ainda imaturo, alveolite seca, acompanhada de dor e exposição de espículas ósseas. Sendo assim, foi identificada a necessidade de remoção de sutura, regularização das espículas, e irrigação da cavidade alveolar com Digluconato de Clorexidina 0,12%, sem a realização de nova curetagem alveolar, tendo em vista que a alveolite representa uma má formação do colágeno e não um processo infeccioso. O paciente foi orientado a realizar boa higiene do sítio cirúrgico e utilizar analgésico em caso de dor, até a correta cicatrização do sítio acometido. Após 14 dias o paciente foi atendido, sem sinais de infecção, sem sintomas e com boa cicatrização tecidual. No entanto o paciente relatou amolecimento progressivo e avulsão do dente 12, ocorrida durante a remoção protética.



Figura 4. Fotografia clínica prévia à primeira cirurgia de extrações seriadas. **Fonte:** Acervo Pessoal (2023).

Para confecção das próteses provisórias, realizou-se preparo de nichos e planos guia nos dentes 34 e 44 com uma ponta diamantada 2130, seguido de moldagem bimaxilar com uso de hidrocoloide irreversível. Foi realizado também planejamento digital, para alinhamento das expectativas e comunicação com o laboratório, tendo em vista a diminuição das limitações na execução de um trabalho imediato. Como as extrações em mandíbula já haviam sido realizadas, foi possível confeccionar prótese parcial removível inferior seguindo os passos convencionais, sendo apenas a prótese total superior de caráter imediato.

Com a confecção das próteses finalizada (Figura 3), realizou-se a segunda etapa cirúrgica relacionada aos dentes superiores remanescentes (Figura 4). Sendo assim foi realizada antissepsia intraoral e extraoral, paramentação, seguida de anestesia dos nervos alveolar superior anterior e médio e anestesia infiltrativa palatina com uso de lidocaína 2% com epinefrina 1:100000. Foi realizada incisão intrassulcular com lâmina 15s, sindesmotomia com o molt 2/4 e luxação com elevadores apicais e fórceps 150 e 18L. Após curetagem alveolar foi realizada irrigação do alvéolo com soro fisiológico, e síntese com suturas simples e em x (Figura 5).



Figura 5. Fotografia clínica após segunda cirurgia de extrações seriadas. **Fonte:** Acervo Pessoal (2023).

Foi prescrito analgésico e anti-inflamatório para uso pós-operatório. Após sutura foi realizado ajuste das próteses, reembasamento da prótese total superior com uso de reembasador soft e instalação imediata (Figura 6).



Figura 6. Fotografia após instalação de próteses imediatas. **Fonte:** Acervo Pessoal (2023).

Paciente retornou à clínica após 7 dias para remoção de sutura, sem sinais clínicos de infecção e com boa cicatrização tecidual. O paciente recebeu adequada orientação de higiene das próteses e dos dentes remanescentes, assim como orientações sobre a necessidade de reembasamentos frequentes da prótese imediata superior até realização de prótese total definitiva. Foi realizado ajuste e polimento das próteses, com acompanhamento e proervação durante as 3 semanas seguintes. (Figura 7).



Figura 7. Fotografia de sorriso frontal após ajustes e polimento.
Fonte: Acervo Pessoal (2023)

3. DISCUSSÃO

O presente caso demonstra a importância de uma abordagem multidisciplinar, considerando sua complexidade e fatores sistêmicos associados. Com isso, a integração com diferentes especialidades dentro da odontologia permitiu uma resolução e reabilitação satisfatórias do mesmo, garantindo um plano de tratamento eficaz.

De acordo com a Nova Classificação de Doenças e Condições Periodontais (2018)², o paciente foi diagnosticado com periodontite Estágio 4 e Grau C, devido à apresentação de perda óssea radiográfica significativa e hábitos tabagistas. Além disso, o paciente apresentava mobilidade grau 3. Diante disso, optou-se pelas extrações para a confecção da prótese total imediata e prótese removível. As próteses totais imediatas são confeccionadas e instaladas imediatamente após as extrações dos elementos dentários, com o intuito de promover uma melhor e breve cicatrização, controle de hemorragia, proteção contra infecções exógenas e conforto psicológico ao paciente⁷. As desvantagens da confecção da prótese total imediata estão relacionadas à quantidade de retornos ao profissional para realização de reembasamentos, seu desconforto, a falta de retenção ao longo do tempo, e seus cuidados pós-operatórios⁸, contudo, quando bem executada, essa modalidade de tratamento tem sido ainda indicada⁸.

Conforme observações de Glick e Holmstrup (2002)⁹, a presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode ter um impacto direto no desenvolvimento da doença periodontal. Pacientes infectados pelo vírus frequentemente apresentam lesões orais associadas à imunossupressão, as quais podem refletir condições sistêmicas subjacentes ou complicar outras enfermidades. É crucial destacar que as manifestações orais em pessoas portadoras de HIV, geralmente, não são ocasionadas diretamente pelo vírus, mas sim pela imunossupressão que favorece o aparecimento dos patógenos oportunistas. As principais manifestações periodontais identificadas em pacientes com HIV são: Periodontite Crônica, Eritema Gengival Linear, Gengivite Ulcerativa Necrosante e Periodontite Ulcerativa Necrosante¹⁰.

A alveolite, também conhecida como osteíte alveolar ou inflamação do alvéolo, é uma complicação que ocorre após procedimentos cirúrgicos e se caracteriza por dor ao redor da ferida pós-operatória, podendo surgir logo no primeiro dia após a exodontia, com ou sem exposição tecidual, e, possivelmente, pode

levar ao mau hálito devido à desintegração parcial ou completa dos coágulos alveolares sendo uma das complicações pós-operatórias mais comuns após a extração do dente permanente¹¹.

A origem da alveolite continua sendo objeto de debate até os dias atuais, entretanto, não há consenso em relação a um único fator causador dessa complicação cirúrgica, mas sim a um conjunto de elementos predisponente, dentre eles, a idade e o sexo do paciente, o hábito de fumar, a higiene bucal deficiente, a falta de cuidados adequados no pós-operatório, o trauma cirúrgico, a localização anatômica, falhas na cadeia asséptica, o efeito dos anestésicos locais, curetagem alveolar, deficiência no suprimento sanguíneo local, a fibrinólise, a remoção do coágulo pelo paciente, a presença de infecções, uso de contraceptivos orais e em pacientes com diabetes mellitus, pode haver uma maior incidência de alveolite devido às dificuldades de cicatrização¹².

Baseando-se em alívio de dor e recuperação óssea, o tratamento adotado para essa condição, pode ser feito pelo preenchimento do alvéolo com óxido de zinco e eugenol, esponjas umedecidas com antibióticos, irrigação com digluconato de clorexidina 0,12% ou lidocaína a 2%¹³.

As próteses parciais removíveis são recomendadas para pacientes parcialmente desdentados, com extremidades livres, com vantagens pelo baixo custo, estética e retenção, pois a perda óssea inferior ocorre de maneira mais rápida, deixando a desejar uma boa adaptação e retenção de uma prótese total inferior¹⁴. Após a instalação da prótese parcial removível, é indicado instruir o paciente sobre os cuidados necessários referentes à alimentação e higienização, pois a prótese promove o acúmulo de biofilme, gerando alterações nos dentes remanescentes, como, por exemplo, cárie, doença periodontal e lesões¹⁵.

Embora a realização de cirurgias, como a extração de dentes em pacientes imunocomprometidos pelo HIV, possa levar a infecções pós-operatórias e dificuldades na cicatrização de feridas, não existem orientações específicas para garantir a segurança dos procedimentos odontológicos nesses casos, sendo necessários mais estudos acerca deste tema¹⁶.

Nos consultórios odontológicos, os vírus que podem ser transmitidos pelo sangue, como os vírus da hepatite B, hepatite C e HIV, além dos patógenos respiratórios, são os principais responsáveis pelo risco de infecções cruzadas, portanto, é necessário utilizar mecanismos de biossegurança e prevenção para evitar a propagação de patógenos e infecções. Higienização minuciosa das mãos, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados, cuidado no manuseio de materiais perfurocortantes, desinfecção de equipamentos, instrumentais devidamente esterilizados e imunização dos profissionais odontológicos são algumas das medidas que devem ser adotadas para o trabalho em âmbito odontológico¹⁷.

Neste contexto, sabe-se que o receio de ser

infectado é um dos principais fatores que fazem alguns cirurgiões dentistas recusarem a realizar atendimento odontológico a pacientes soropositivos¹⁸. Contudo, o Código de Ética Odontológico é incisivo em abominar quaisquer atos de discriminação e preconceito no atendimento destes pacientes, visto que o cumprimento dos princípios de biossegurança é fator importante na segurança de pacientes e profissionais, independentemente da presença de uma doença infecciosa¹⁹.

Compreender os modos de propagação de agentes infecciosos é crucial para estabelecer barreiras eficazes contra a transmissão. Logo, o controle efetivo das infecções demanda vigilância contínua e engloba a colaboração de toda a equipe odontológica, assegurando o bom funcionamento dos sistemas e a conformidade com as mais recentes orientações e leis locais e nacionais¹⁷.

Inúmeras pesquisas abordam a frequência da doença periodontal relacionada a pacientes portadores de HIV. Nos estudos, não se apresenta uma diferença significativa na prevalência ou na severidade da doença periodontal nesses pacientes comparados com indivíduos saudáveis. Novas pesquisas precisam ser realizadas para aprofundar e melhor compreender a relação entre as doenças periodontais e o HIV²⁰.

Diante disso, o presente estudo apresenta a limitação de ser um relato de caso, onde extrapolar esses resultados representa um desafio. Contudo, este trabalho agrega informações importantes acerca do manejo periodontal e reabilitador de pacientes HIV positivos, apresentando possíveis complicações e condutas que podem ter influenciado diretamente o sucesso do tratamento cirúrgico e protético. Sendo assim, é indispensável que o profissional odontólogo, esteja apto para realizar os procedimentos cirúrgicos, seguindo corretamente as condutas antissépticas, para um planejamento adequado e seguro.

4. CONCLUSÃO

A realização da prótese total imediata combinada com a prótese parcial removível proporcionaram um tratamento reabilitador com ótima relação custo-efetividade e resultado satisfatório. Além disso, é evidente a importância das precauções padrão, assim como de um manejo clínico atualizado e planejamento personalizado, tendo em vista a possível presença de IST's e condições de saúde que podem afetar a conduta e prognóstico.

5. REFERÊNCIAS

[1] Kwon TH, Lamster IB, Levin L. Current concepts in the management of periodontitis. *Int Dent J.* 2021; 71(6):462-476.
 [2] *Rev Odontol UNESP.* 2018 July-Aug.; 47(4):189-197
 [3] Martinez SML, Hernandez LAG, Anaya AJR, Martinez MAL, Salazar SYM, Gonzalez AEM, et al. Oral manifestations associated with HIV/AIDS patients.
 [4] Pereira LL, Amorim DVS, Sampaio WB, Azevedo TSC, Cardoso VBP, Lemos FB, et al. Factors associated with periodontitis in patients with and without HIV. *Int*

J Dent. 2023; 2023:1-13.
 [5] Polvora TLS, Nobre AVV, Tirapelli C, Taba Jr M, Macedo LD, Santana RC, et al. Relationship between human immunodeficiency virus (HIV-1) infection and chronic periodontitis. *Expert Rev Clin Immunol.* 2018.
 [6] Parola GB, Zihlmann KF. A saúde bucal na perspectiva das pessoas vivendo com HIV/AIDS: subsídios para a educação permanente de cirurgiões-dentistas. *Interface Comun Saude Educ.* 2019; 23.
 [7] Larsen HD, Finger IM. Interim complete dentures: selectively retained vital roots. A case report. *Quintessence Int.* 1978; 9(1):29-33.
 [8] Turano JC, Turano LM. Fundamentos de prótese total. São Paulo: Ed. Santos; 2007.
 [9] Glick M, Holmstrup P. Infecção pelo HIV e doenças periodontais. In: Rose M, Genco C, editors. *Medicina Periodontal.* São Paulo: Santos; 2002; 183-93.
 [10] Kreuger MRO, Santana RB, Nascimento SB, Sampaio J, Silva AM, Neves JB. Influência da terapia antirretroviral nas manifestações orais de pacientes HIV+/AIDS. *Rev Fac Odontol Lins.* 2009; 21(2):7-13.
 [11] Silva A, Reis A, Grisoto L. Incidência de casos de alveolite em exodontia: revisão literária. *Rev Cathedral.* 2020; 2(1).
 [12] Meyer A, Sá-Lima J, Nascimento R, de Moraes M, Tera T, Raldi F. Prevalência de alveolite após a exodontia de terceiros molares impactados. *RPG Rev Pos Grad.* 2011; 18(1).
 [13] Takemoto M, Gauer L, Zago C, Andrade MT, Tagalari M. Prevenção e tratamento de alveolites. *Rev Tecnol.* 2015; 3(2).
 [14] Cosme D, Baldisserotto SM, Fernandes Ede L, Rivaldo EG. Functional evaluation of oral rehabilitation with removable partial dentures after five years. *Rev J Appl Oral Sci.* 2006; 14(2):111-116.
 [15] Laport LBR, Silva RC, Moreira CH, Pereira JA, Santos MR. Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível: relato de caso. *Braz J Surg Clin Res.* 2017; 20(1):108-14.
 [16] Nakagawa Y, Shimada Y, Kawasaki Y, Honda H, Aoki T, Takanabe Y, et al. Risk factors for post-tooth extraction complications in HIV-infected patients: a retrospective study. *Jpn J Infect Dis.* 2021;74(5):392-8.
 [17] Jakubovics N, Greenwood M, Meehan JG. General medicine and surgery for dental practitioners: part 4. Infections and infection control. *Br Dent J.* 2014; 217(2):73-7.
 [18] Cruz L, Almeida P, Barros E, Rocha F, Silva C, Santos R. Atendimento odontológico em pacientes soropositivos. *Braz J Implantol Health Sci.* 2023;5(3).
 [19] Silva Furlan SMF, Lima FL, Amorim JS. Atendimento odontológico ao paciente portador do HIV/AIDS. *Rev Cathedral.* 2020; 2(3):37-48.
 [20] Trentin MS, Baptista MJS, Santos CM, Frasca LC, Costa LB, Mello TN. Doença periodontal e fatores de risco em pacientes HIV positivos. *Rev Fac Odontol-UPF.* 2007; 12(3).