

Candidose bucal em paciente HIV positivo: relato de caso

Oral candidiasis in HIV- infected patient: report case

Tássia Tamara Pedroza Vieira¹, Jossaria Pereira de Sousa¹, Maria Sueli Marques Soares², Edeltrudes de Oliveira Lima³, Marçal de Queiroz Paulo⁴
Maria de Fátima Farias Peixoto de Carvalho⁵

1. Alunas da Graduação do curso Odontologia da UFPB, Bolsistas do PIBIC/CNPq.
2. Professora da Pós-graduação em Odontologia/CCS/ UFPB
3. Professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas/CCS/UFPB
4. Professor do Departamento de Química/CCEN/UFPB
5. Farmacêutica Bioquímica do Departamento de Ciências Farmacêuticas/CCS/ UFPB

Descritores:

Infecções por HIV; Orofaringe; Candidíase Bucal; *Candida albicans*.

RESUMO

A candidose bucal é a infecção oportunista mais frequente no paciente HIV+ e representa um marcador da progressão da AIDS. O presente artigo tem como objetivo descrever um caso de candidose bucal recorrente em paciente HIV+. Desenvolvimento: Paciente, sexo masculino, 46 anos, HIV infectado compareceu ao Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, apresentando placas brancas que se desprendiam ao raspado, localizadas na mucosa jugal, labial e orofaringe e ainda fissura na comissura labial. O paciente referia dificuldade de deglutir, ardor bucal e na garganta, rouquidão e perda do paladar. O diagnóstico clínico foi candidose pseudomembranosa bucal e de orofaringe e queilite angular. Obteve-se diagnóstico definitivo, realizando-se exame micológico que mostrou presença de *Candida albicans* (CFU= 430). Prescreveu-se fluconazol 100mg 12/12h, durante uma semana. O paciente retorna com remissão do quadro clínico. No presente relato, são discutidos os fatores predisponentes, a relação com níveis de CD4+, as características clínicas, o diagnóstico e o tratamento da candidose bucal. Conclusão: É importante o exame clínico bucal e micológico para diagnóstico da candidose bucal. Ressalta-se a atuação do cirurgião-dentista no controle da saúde bucal e geral do paciente HIV+.

KEYWORDS:

HIV Infections; Oropharynx Candidiasis; Oral Candidiasis; *Candida albicans*.

ABSTRACT

Oral candidiasis is the most frequent opportunistic fungal infection among human immunodeficiency virus (HIV)-infected patients, and it uses to represent a marker for AIDS' progression. This paper aims to describe a case of oral candidosis and oropharynx in a HIV+ patient. Development: Patient, male, 46 years old, HIV infected, attended the SIVH/HULW showing white plaques that could be scraped off, located in the jugal, labial mucosa and oropharynx, as well as showing clefts in the labial commissures. He related difficulty swallowing, oral and throat burn, hoarseness and loss of taste. The clinical diagnosis was oral pseudomembranous candidosis, oropharynx and angular cheilitis. Definitive diagnosis has been obtained by performing mycological examination that showed the presence of *Candida albicans* (CFU= 430). Fluconazole 100 mg 12/12 h during one week has been prescribed. Patient returned showing total remission of clinical frame, with negative result for candida. In this case, predisposing factors, relation with CD4+ levels, clinical features, diagnosis and treatment for oral candidosis and oropharynx are discussed. Conclusion: Oral and mycological clinical examination are important for diagnosis of oral candidosis. The role of the dentist is emphasized in the control of oral and general health of the HIV+ patient.

Endereço para correspondência:

Maria Sueli Marques Soares.
Rua Pres. Venceslau Braz, 770 - Bessa
E-mail: msuelimarques@gmail.com

INTRODUÇÃO

A candidose bucal é comum em pacientes infectados pelo HIV, podendo atingir até 94% dos casos, dependendo do estágio da infecção e da população analisada¹. Essa infecção bucal representa um marcador da progressão da doença HIV/AIDS e preditivo para o aumento da imunossupressão.²

O diagnóstico e tratamento da infecção bucal por *Candida* é importante para o controle do paciente HIV+. A candidose pode produzir hiperplasia epitelial e originar leucoplasia bucal. A invasão do epitélio pela *Candida albicans* e a sua posterior proliferação podem contribuir para a alteração neoplásica³. Também pode ocorrer progressão da infecção para o esôfago, os pulmões ou disseminar, no organismo, candidemia.⁴

O presente artigo tem como objetivo descrever um caso de candidose bucal recorrente em um paciente HIV+. Ressalta-se a importância do conhecimento do cirurgião-dentista acerca das características clínicas, do diagnóstico e tratamento dessa patologia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 46 anos, portador de HIV compareceu ao SIVIH/Hospital Universitário Lauro Wanderley para acompanhamento médico. Foi encaminhado para avaliação da mucosa bucal por um cirurgião-dentista que desenvolve pesquisa com prevenção e tratamento de candidose bucal em paciente HIV. Durante anamnese, o paciente relatou sentir dificuldade para deglutir, ardor na mucosa bucal e na garganta, rouquidão e perda do paladar. Paciente era portador de prótese total superior, a qual se apresentava mal higienizada. A partir do protocolo médico do paciente, foi observada carga viral de 2.797 partículas/mm e contagem de linfócitos (CD4=266 cells/mL, CD8= 2.317 cells/mL).

Ao exame intrabucal, foi observada grande área eritematosa e placas brancas que se desprendiam ao raspado, localizadas na mucosa do fundo de sulco vestibular, bordas laterais da língua, mucosa labial superior e inferior, palato duro e palato mole e orofaringe (Figura 01). Na comissura labial, observava-se fissura atingindo a pele do lábio (Figura 02). O paciente referiu que esse quadro clínico já havia ocorrido anteriormente. O diagnóstico clínico foi de candidose pseudomembranosa bucal e de orofaringe, língua saburrosa e queilite angular. Para o diagnóstico definitivo da candidose, foram realizadas coletas de raspado na mucosa do palato, língua e orofaringe. O material coletado foi semeado em placa de Petri, contendo CHROMagar e encaminhado para análise no Laboratório de Microbiologia da Universidade Federal da Paraíba. O material foi incubado em estufa a 37° C, e, após 24h, realizada leitura de unidade de colônias formadas (CFU) de Candida. Foi identificada, apenas, a espécie *Candida albicans*, com CFU= 430.

Para o paciente, foi receitado bochecho com *Cymbopogon citratus* (Capim Santo), 3 vezes ao dia, durante 01 semana. Foram prestadas informações sobre como higienizar a prótese dentária e recomendado que a tirasse antes de dormir. O paciente retornou para controle, e, ao exame clínico, percebeu-se melhora parcial. Por se tratar de um paciente com baixa imunidade e devido ao risco de disseminação da infecção, optou-se por realizar medicação sistêmica, em que a infectologista receitou fluconazol 100mg, 12/12h, durante uma semana. O paciente retornou apresentando remissão total do quadro clínico (Figura 03). Após 15 dias de preservação, realizou-se outra coleta de esfregaço da mucosa para avaliação micológica, sendo o resultado negativo para Candida.



Figura 1 – Candidose Pseudomembranosa: observar placas brancas em fundo de sulco vestibular, palato duro, palato mole e orofaringe.

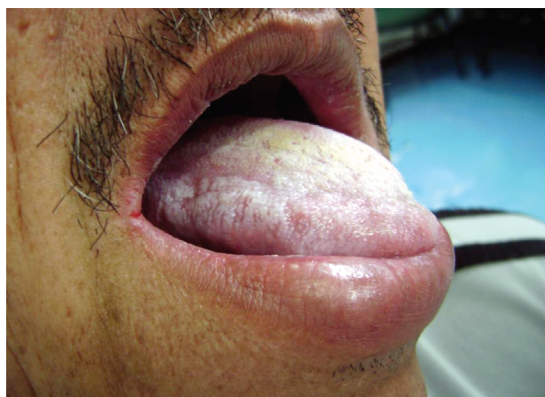


Figura 2 – Queilite angular onde se observa fissura na comissura labial e presença de placas brancas na borda lateral da língua.



Figura 3 – Remissão da lesão bucal e de orofaringe. Controle após 7 dias de tratamento com fluconazol.

DISCUSSÃO

A correlação entre portar *Candida* na cavidade bucal e a contagem de linfócitos CD4+ no plasma ainda apresenta controvérsas. Alguns autores afirmam que a redução de linfócitos T CD4+ menor que 200 cells/mm³ apresenta correlação significativa com a presença de *Candida* na cavidade bucal⁵, enquanto que outros estudos não encontraram tal correlação.^{6,7} No presente caso, o paciente apresentava contagem de linfócitos T CD4+ 266 células/mm³. Observam-se, na literatura, estudos que identificam diminuição significativa da incidência de candidose bucal, porém não, de candidose de orofaringe⁸. Esses afirmam que o aumento da contagem de linfócitos TCD4+, observado na reconstrução imune em paciente HIV+ que toma HAART (terapia antirretroviral altamente ativa) não é suficiente para protegê-lo contra a colonização de *Candida*⁸. Ressaltamos que, no presente caso, a candidose de orofaringe era recorrente, o que expressava a necessidade de estudos para melhor entendimento da relação entre colonização e infecção por *Candida* no paciente HIV+.

Quanto aos fatores predisponentes para a candidose bucal no paciente HIV+, a redução de linfócitos CD4+ menor que 200 cells/mm³ é citada como o mais importante fator para colonização de *Candida* e desenvolvimento de candidose bucal.⁹ No

entanto, outros fatores que podem influenciar nos mecanismos de defesa que limitam a proliferação de *Candida* são destacados e, dentre eles, são citados: terapia antifúngica, gênero, uso de prótese dentária, tabagismo, uso de drogas injetáveis, taxa de fluxo salivar, constituintes antimicrobianos da saliva, liberação de lisozima e sistema imune da mucosa bucal.^{10,11} No presente caso, o paciente era usuário de prótese dentária, e esta se apresentava mal higienizada. Acreditamos que as próteses dentárias mal higienizadas funcionam como reservatórios de microrganismos, que atuam na reinfecção e manutenção da candidose bucal, sendo esse um importante fator predisponente. Tem sido demonstrado que a presença assintomática de *Candida* ssp. e o uso de próteses dentárias são importantes fatores de risco para subsequente infecção.^{10,12}

Embora a COF seja frequentemente assintomática, sintomas, como disgeusia ou um sabor de algodão, podem ocorrer.⁹ A queixa de dor ao engolir e durante a alimentação, muitas vezes, é precursora de uma doença mais extensa, como candidose esofágica. Os referidos sintomas foram encontrados no caso aqui relatado, sugerindo infecção esofágica.

A candidose pseudomembranosa é a forma clínica mais prevalente entre pacientes infectados pelo HIV.¹³ Esse dado corrobora o achado do presente caso, no entanto ressaltamos que as formas clínicas pseudomembranosa, eritematosa e queilite angular se apresentaram conjuntamente.

CONCLUSÕES

A candidose bucal causa comorbidade e reduz a qualidade de vida dos pacientes HIV infectados. Ressalta-se a importância do exame clínico bucal e do exame micológico para o diagnóstico bem como a atuação do cirurgião-dentista no controle da saúde bucal e geral desses pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Universidade Federal da Paraíba pelo apoio financeiro e aos pacientes e dirigentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley/ SIVIH/HULW/João Pessoa/PB pela prestimosa contribuição.

REFERÊNCIAS

1. Cavassani VGS, Andrade Sobrinho J, Homem MGN, Rapoport A. A Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002;68:27-31.
2. Mesquita RA, Aguiar MCF, Tarquínio SBC, Gomez RS, Bertazzoli RCB. Candidíase oral e a infecção HIV/Oral candidiasis and the HIV infection. *Rev CROMG*. 1998;4:27-31.
3. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patologia Bucal – Correlações clínico-patológicas*. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan. 2000. 475p.
4. Colombo AL, Guimarães T. Epidemiologia das infecções hematogênicas por *Candida* ssp. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003;36:599-607.
5. Schoofs AG, Odss FC, Colebunders R, Ieven M, Goossens H. Cross-sectional study of oral candida carriage in a human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive population: predisposing factors, epidemiology and antifungal susceptibility. *Mycoses*. 1998;41:203-11.
6. Campisi G, Pizzo G, Milici ME, Mancuso S, Margiotta V. Can-

didial carriage in the oral cavity of human immunodeficiency virus-infected subjects. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol Oral Endod*. 2002;93:281-6.

7. Costa CR, Cohen AJ, Fernandes OFL, Miranda KC, Passos XS, Souza LKH, et al. Asymptomatic oral carriage of *Candida* species in HIV-infected patients in the highly active antiretroviral therapy era. *Rev Inst Med Trop*. São Paulo. 2006;48:257-61.

8. Yang YL, Lo HJ, Hung CC, Li Y. Effect of prolonged haart on oral colonization with candida and candidiasis. *BMC Infect Dis*. 2006;6:8-11.

9. Thompson GR, Patel PK, Kirkpatrick WR, Westbrook SD, Berg D, Erlandsen J, et al. Oropharyngeal candidiasis in the era of antiretroviral therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Oral Endod*. 2009;109:488-95.

10. Katiraei F, Khosravi AR, Khalaj V, Hajiabdolbaghi A, Khaksar M, Rasoolinejad MS, et al. Oropharyngeal candidiasis and oral yeast colonization in Iranian Human Immunodeficiency virus positive patients. *J Mycol Med*. 2010;20:8-14.

11. Leigh JE, Barousse M, Swoboda RK, Myers T, Hager T, Wolf NA, et al. Candida-specific systemic cell-mediated immune reactivities in human immunodeficiency virus-positive persons with mucosal candidiasis. *J Infect Dis*. 2001;183:277-85.

12. Fong IW, Laurel M, Buford-Mason A. Asymptomatic oral carriage of *Candida albicans* in patients with HIV infected. *Clin Invest Med*. 1997;20:85-93.

13. Miotto N M L, Yurgel L S, Cherubini K. Candidíase oral em pacientes do Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS. *Rev Odonto Ciência*. 2003;17:354-61.