

Enxerto livre epitelizado em paciente HIV soropositivo

Felipe Kiepper*

Fábio Matos Chiarelli**

Fausto Borges Filho***

Eduardo Cláudio Lopes Chaves Mello Dias****

Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa*****

Maria Rebeca Amaral Ganhoto*****

Free epithelium graft in HIV-positive patient: case report

RESUMO

O indivíduo HIV positivo, atualmente, busca qualidade de vida e saúde, já que com os avanços da terapia antirretroviral houve um aumento na sobrevivência deste perfil de paciente. Diversas manifestações orais podem ser vistas nestes pacientes, sendo a doença periodontal uma patologia constantemente encontrada. O tratamento da periodontite busca a homeostasia dos tecidos periodontais por meio do controle de biofilme dentário e raspagem supra e subgingival. Uma frequente consequência desta terapia é a ocorrência de recessão gengival nos dentes acometidos pela doença. A presença de recessão gengival associada à ausência de gengiva inserida pode dificultar a higienização correta do elemento dentário, prejudicando desta maneira o controle do paciente periodontal. Uma análise metódica do portador do HIV deve ser feita previamente a realização de procedimentos cirúrgicos visto que pela depleção de seu sistema imune este pode apresentar uma série de complicações trans e pós-operatórias. O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico onde foi realizada uma cirurgia de enxerto epitelial livre para aumento da faixa de gengiva inserida em paciente HIV soropositivo.

Unitermos – Sorodiagnóstico de HIV; Enxerto livre epitelizado; Cirurgia periodontal.

ABSTRACT

Advances in antiretroviral therapy had increased survival rate of patients that are HIV-positive, these patients are currently seeking for quality of life and improved health. Several oral manifestations can be seen in these patients and periodontal disease is usually present. Periodontal treatment consists of dental biofilm control and supra-and subgingival scaling. A frequent consequence of this therapy is the occurrence of gingival recession on teeth affected by the disease. Gingival recession associated with the absence of attached gingiva may difficult proper tooth cleaning, impairing biofilm control of the periodontal patient. An extensive analysis of the HIV patient should be made prior to surgical procedures since the depletion of their immune system may lead to a number of complications during and after surgery. The aim of this study is to report a case where a free epithelial graft was performed in order to increase the quantity of attached gingiva in an HIV-positive patient.

Key Words – HIV diagnosis; Free epithelial graft; Periodontal surgery.

*Especialista em Periodontia – UFES.

**Doutorando em Periodontia pela UNC-SP, Mestre e Especialista em Implantodontia e Especialista em Periodontia pela UNISA/SP. Professor do Curso de Especialização em Implantodontia da São Leopoldo Mandic – Unidade Vitória / ES.

***Especializando em Periodontia pela UNESP-FOAR.

****Doutorando, Mestre e Especialista em Implantodontia, Coordenador do Curso de Especialização em Implantodontia – São Leopoldo Mandic – Unidade Vitória – ES.

*****Doutorando em Microbiologia ICB / SP. Professor Adjunto da disciplina de Periodontia da UFES

*****Professora de Periodontia – UFES. Mestre em Periodontia – USP/SP.

Recebido em jul/2011
Aprovado em ago/2011

INTRODUÇÃO

Na longa e ampla história das doenças humanas, tem sido difícil para que alguns imaginem que se passaram mais de duas décadas desde as primeiras descrições de manifestações bucais associadas ao HIV¹. Nos anos recentes, novidades mais encorajadoras com respeito ao controle do paciente periodontal com infecção pelo HIV chegam aos novos enfoques de tratamento para essa doença em nível sistêmico.

Desde a descrição inicial da doença e, sobretudo, depois de acumuladas as primeiras evidências de ser uma moléstia transmissível, exaustivas pesquisas passaram a ser realizadas em busca de seu agente etiológico. As suspeitas logo se concentraram no vírus, particularmente no retrovírus, por causa de sua associação com doenças neoplásicas, imunodeficiência e infecções oportunistas em animais¹. O vírus causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida) está entre o lentivírus, gênero pertencente à família *retroviridae*, que inclui um grande número de diferentes vírus que causam infecções em animais. Possui em comum o fato de infectar principalmente células do sistema mononuclear fagocitário (linfócitos T e macrófagos) e de comprometer preferencialmente os sistemas nervoso central e imunológico².

Os inibidores de proteases do vírus HIV utilizados em combinação com outras drogas antirretrovirais têm estabelecido alto impacto na diminuição da progressão da epidemia de Sida nos países em desenvolvimento, assim como um declínio nas taxas de mortalidade e morbidade entre inúmeros indivíduos soropositivos³. A infecção pelo vírus HIV era vista como uma condição potencialmente fatal, sendo que atualmente se mostra como uma doença crônica controlável devido às novas terapias⁴⁻⁵.

As manifestações bucais da infecção pelo HIV são frequentes e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença. Podem ser indicadoras de comprometimento imunológico, sendo que o diagnóstico e o tratamento precoce minimizam o tempo de evolução da doença até a fase de Sida⁶. Cerca de 70% dos pacientes soropositivos para o HIV desenvolvem alterações bucais associadas à doença⁶.

Devido à infecção pelo HIV, diversas alterações orais podem estar presentes, podendo ser de origem fúngica, viral, bacteriana ou neoplasias. As patologias orais usualmente encontradas nestes pacientes são: candidíases, herpes labial, HPV, leucoplasia pilosa, doenças gengivais necrosantes, eritema gengival linear, periodontites e sarcoma de Kaposi. As patologias periodontais são, ainda, depois das candidíases nas suas

diversas formas, as manifestações bucais mais frequentemente encontradas⁷. A presença de infecções oportunistas pode levar a reativação e aumento da replicação do HIV em pacientes controlados sob terapia antirretroviral sendo, portanto, de grande importância o seu tratamento⁸.

A literatura está repleta de informação que associam a doença periodontal com a infecção pelo HIV e pacientes portadores do vírus possuem maior prevalência da doença do que indivíduos sistemicamente saudáveis⁹⁻⁹. A hipótese é que a deterioração do sistema imune, a qual é marcada pela queda gradual de linfócitos TCD4+, comprometeria a defesa do hospedeiro na região dentogengival, aumentando a susceptibilidade à doença periodontal⁹, principalmente nos pacientes com contagem de linfócitos menor do que 200 células/mm³¹⁰. O aumento da concentração de IL 1-¹¹ e TNF-¹² no sulco gengival e a alta prevalência de xerostomia¹³ em pacientes soropositivos para o HIV são fatores também associados à rápida de progressão da periodontite crônica¹⁴.

O tratamento periodontal visa eliminar a inflamação presente no periodonto e a recessão gengival é uma seqüela comum após a erradicação da periodontite. Após o tratamento pode haver apenas uma estreita faixa de gengiva inserida que pode dificultar ou tornar dolorosa a escovação pelo paciente, sendo esta uma situação onde são indicados procedimentos cirúrgicos mucogengivais¹⁵. O enxerto livre epitelizado é uma técnica mucogengival e tem como principal objetivo o aumento de gengiva inserida¹⁶.

Uma análise metódica do portador do HIV deve ser feita previamente a realização de procedimentos cirúrgicos, visto que nestes pacientes pode haver maior número de complicações, devido ao comprometimento do seu sistema imune¹⁷⁻¹⁸. Em pacientes com contagem de linfócitos menor do que 500 células/mm³ é indicada profilaxia antibiótica¹⁹.

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico onde foi realizada uma cirurgia periodontal do tipo enxerto epitelial livre em um paciente HIV soropositivo.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Indivíduo ILS, gênero masculino, 50 anos, leucodérmico e HIV soropositivo há 17 anos, em uso das drogas antirretrovirais: 3TC, Efavirenz e Tenofovir. Apresenta resultado sorológico positivo ao vírus da Hepatite C (HCV+), coagulograma normal, contagem de linfócitos de 503 células/mm³ e contagem viral indetectável. Procurou o Serviço de Periodontia da Universidade Federal do Espírito Santo – Ufes, queixando-se de leve

sangramento gengival e dor ao escovar o elemento 23. Após exames clínicos e radiológicos constatou-se periodontite crônica localizada e foi diagnosticada a ausência de gengiva queratinizada no elemento dentário 23, existindo indicação da realização de cirurgia plástica periodontal do tipo enxerto livre epitelizado. Durante a sondagem clínica da região utilizando uma sonda periodontal reta do tipo PCPUNC-15 (Hu-Friedy), observou-se 3,0 mm (Figura 1) de profundidade clínica de sondagem na face vestibular mediana. Não se observou nenhuma outra patologia oral relacionada à infecção pelo vírus do HIV neste indivíduo.

Previamente a cirurgia foi realizada profilaxia antibiótica com dois gramas de amoxicilina uma hora antes do procedi-

mento. Após o preparo convencional do leito cirúrgico (Figura 2), um molde em papel alumínio estéril com o tamanho do enxerto almejado foi confeccionado e este foi transferido para o palato para remoção do enxerto (Figura 3). O enxerto livre epitelizado foi suturado em posição com fio de nylon 5-0 com suturas colchoeiros verticais e simples (Figura 4). Cimento cirúrgico foi colocado em contato com as áreas cruentas e o paciente foi orientado a manter a prescrição de amoxicilina 500 mg por sete dias, de oito em oito horas. Como fármaco anti-inflamatório foi utilizado a nimesulida 100 mg de 12 em 12 horas, e o controle químico do biofilme bacteriano foi realizado por 15 dias com bochecho de 15 ml de solução de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia, 30 minutos após a escovação.



Figura 1 – Ausência de gengiva inserida na região do dente 23.



Figura 2 – Leito receptor preparado.



Figura 3 – Leito doador após remoção do enxerto epitelizado livre.



Figura 4 – Enxerto suturado na região do dente 23.



Figura 5 – Pós-operatório de 15 dias após o procedimento cirúrgico.



Figura 6 – Na área doadora foi possível notar um atraso em sua cicatrização mesmo após quatro semanas do procedimento cirúrgico.



Figura 7 e 8 – Aspecto da área enxertada após um ano, a sintomatologia dolorosa fora resolvida e o paciente não se incomodava com a diferença de cor e contraste do tecido enxertado .

As suturas foram removidas após 15 dias e o tecido enxertado mostrava-se em fase de maturação após quatro semanas (Figura 5), já a área doadora apresentava-se ainda alterada nesta data (Figura 6). Este atraso em sua cicatrização era esperado e foi realizada aplicação de uma sessão de laserterapia de baixa potência no espectro infravermelho 6 j/cm² por três minutos, com aplicações ponto a ponto para aceleração do processo. No controle clínico de um ano após a cirurgia foi possível notar estabilidade da quantidade de gengiva inserida queratinizada obtida e coloração do tecido enxertado diferente aos tecidos circunvizinhos, sendo esta uma desvantagem inerente a técnica utilizada no procedimento (Figuras 7 e 8).

DISCUSSÃO

O cirurgião-dentista desempenha um papel crítico no reconhecimento das manifestações periodontais e bucais que podem denunciar a infecção pelo HIV, nos diferentes estágios da doença, e indicar o paciente para exames imunológicos e virais²⁰. O aparecimento destas lesões geralmente ocorre com o aumento da carga viral e o início da queda da taxa de linfócitos, principalmente quando menor que 500 células/mm³²¹. Por este motivo é de fundamental importância que o cirurgião-dentista conheça detalhadamente as lesões presentes nesses pacientes, como forma de identificar o mais precocemente possível os indivíduos com HIV em suas atividades clínicas.

Nenhuma lesão oral característica do paciente portador do vírus HIV estava presente no caso relatado, isto se deve principalmente pela terapia antirretroviral instituída. Um deter-

minado estudo⁴ avaliou 570 adultos infectados pelo vírus HIV e comparou a prevalência de lesões orais antes e depois do uso da terapia antirretroviral. Com o início do tratamento houve diminuição da prevalência destas lesões oportunistas. O coquetel antirretroviral demonstrou melhora na função do linfócito-T e nas respostas proliferativas específicas para determinados antígenos microbianos.

O paciente soropositivo para o HIV possui diminuição em sua resposta imunológica e este fator pode levar a maiores complicações trans e pós-cirúrgicas. Dentre estas intercorrências, pode-se citar infecções locais e sistêmicas, hemorragia, alveolite e demora na cicatrização²². Para submeter este perfil de paciente a procedimentos cirúrgicos é importante que este esteja fazendo uso do coquetel antirretroviral para evitar maiores complicações no pós-operatório²⁰.

Apesar da literatura ser escassa em relação a estudos sobre a cicatrização de feridas em pacientes HIV positivos, acredita-se que nestes pacientes geralmente ocorra um atraso na cicatrização e maior possibilidade de infecção pela depleção do sistema imune²³. Neste artigo, foi relatado um caso onde houve alteração da cicatrização da área doadora do enxerto, sendo que este atraso já era esperado e foi comunicado previamente ao paciente. A cicatrização da área receptora transcorreu sem alterações.

Atualmente, mesmo com o aumento da população portadora do vírus, não existe um estudo comparando a reparação de procedimentos cirúrgicos periodontais em pacientes HIV positivos e negativos. Estudos controlados comprovando a segurança da realização destes procedimentos são necessários. Em relação a cirurgias periodontais de enxerto gengival livre em pacientes HIV positivos existe na literatura apenas o relato de um caso²⁴, onde houve necrose e atraso na cicatrização da área doadora.

A baixa contagem de linfócitos CD4 predispõe o paciente HIV positivo a ter infecções. A literatura carece de estudos que avaliem a cicatrização e as complicações pós-operatórias de procedimentos cirúrgicos periodontais nestes pacientes. Na área médica, vários autores²⁵⁻²⁶ sugeriram correlação direta entre contagem de linfócitos CD4 e sepse pós-operatória em pacientes HIV positivos submetidos a cirurgias no aparelho digestivo. Recomenda-se que ao submeter estes pacientes aos procedimentos cirúrgicos periodontais que a devida cobertura antibiótica seja estabelecida.

O uso da profilaxia antibiótica nestes pacientes é preconizado quando estes possuem contagem de linfócitos e/ou neutrófilos inferior a 500 células/mm³, ou não apresentam bom

estado de saúde geral²⁷. Bochechos com clorexidina 0,12% foram utilizados no período pré e pós-cirúrgico como auxiliar químico para reduzir a carga microbiana oral e permitir melhor higienização bucal e consequente melhor reparação dos tecidos periodontais.

O relato de dor na região gengival do dente 23 e de dificuldade ao higienizá-lo levou a indicação da técnica cirúrgica de enxerto epitelial livre, que tem o objetivo de criar uma largura adequada de gengiva inserida e aumentar suas dimensões. Apresenta como vantagens ser uma técnica simples e apresentar alta previsibilidade quando corretamente realizada. Dentre as desvantagens temos a diferença de contraste e cor com os tecidos vizinhos e a cicatrização por segunda intenção da área doadora²⁸.

Baixas taxas de complicações pós-operatórias são encontradas em indivíduos soropositivos que foram submetidos à exodontias²⁹, sugerindo que uma rotina na execução desses procedimentos pode ser realizada com segurança. Entretanto, estudos controlados que avaliem nestes pacientes a segurança de cirurgias mucogengivais e sua cicatrização devem ser realizados para que estas possam ser realizadas com total segurança.

CONCLUSÃO

No caso apresentado, a cirurgia de enxerto gengival livre se mostrou uma técnica previsível ao ser realizada no indivíduo HIV soropositivo, desde que este esteja fazendo uso frequente da terapia antirretroviral e possua os níveis plasmáticos de linfócitos TCD4+ maior do que 200 mm³/ml e seja um indivíduo motivado à higiene oral e cooperador. Mais estudos são necessários para o uso rotineiro das técnicas de cirurgia mucogengival em pacientes HIV soropositivos.

Nota de esclarecimento

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou *royalties*, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

Endereço para correspondência:

Fábio Matos Chiarelli

Rua Porto Alegre, 346/201 – Bairro Itapoá

FALTA CEP – Vila Velha – ES

Tel.: (27) 3329-0559 – Fax: (27) 3200-4242

ffchiarelli@uol.com.br

REFERÊNCIAS

- de Maubeuge J, Ledoux M, Feremans W, Zissis G, Goens J, Andre J et al. Oral "hairy" leucoplakia in an African AIDS patient. *J Cutan Pathol* 1986;13(3):235-41.
- Neto VA. AIDS na Prática Médica. São Paulo: Sarvier; 1996.p.1-32.
- Chermann JC, Barre-Sinoussi F, Dauguet C (citar até o sexto nome, se tiver, e só então usar et al) et al. Isolation of a new retrovirus in a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome. *Antibiot Chemother* 1983;32:48-53.
- Patton L. Changing Prevalence of Oral Manifestations of Human Immunodeficiency Virus in the Era of Protease Inhibitor Therapy. *Oral Surgery Oral Med Oral Pathol Oral Radiologic and Endodontics* 2000;89:299-304.
- Ho DD, Neumann AU, Perelson AS, Chen W, Leonard JM, Markowitz M. Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV-1 infection. *Nature* 1995;12;373(6510):123-6.
- Brunetti MC. Periodontia Médica: Uma abordagem Integrada. São Paulo: Senac; 2003.p.411-34.
- Glick M. The role of the dentist in the era of AIDS. *Dent Clin North Am* 2003;40:343-57.
- Souza LB. Manifestações Oraís em Pacientes com AIDS em uma População Brasileira. *Pesq. Odont Bras* 2000;14:79-85.
- Gonzalez OA, Ebersole JL, Huang CB. Oral infectious diseases: a potential risk factor for HIV virus recrudescence? *Oral Diseases* 2009;15:313-27.
- Scheutz F. Is There an Association Between Periodontal Condition and HIV Infection. *J Clin Periodontol* 1997;24:580-7.
- Vernon LT, Demko CA, Whalen CC, Lederman MM, Toossi Z, Wu M et al. Characterizing traditionally defined periodontal disease in HIV+ adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:427-37.
- Baqui AA, Meiller TF, Jabra-Rizk MA, Zhang M, Kelley JI, Falkler Jr. WA. Enhanced interleukin 1 beta, interleukin 6 and tumor necrosis factor alpha in gingival crevicular fluid from periodontal pockets of patients infected with human immunodeficiency virus 1. *Oral Microbiol Immunol* 2000;15:67-73.
- Orbic JT, Lamster IB, Mitchell-Lewis D. Inflammatory and immune mediators in crevicular fluid from HIV-infected injecting drug users. *J Periodontol* 1997;68(3):249-55.
- Cavasin Filho JC, Giovani EM. Xerostomy, Dental Caries and Periodontal Disease in HIV+ Patients. *Braz J of Infect Dis* 2009;13(1):13-7.
- Barr C, Lopez MR, Rua-Dobles A. Periodontal changes by HIV serostatus in a cohort of homosexual and bisexual men. *J Clin Periodontol* 1992;19:794-801.
- Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia Plástica Periodontal. Porto Alegre: Artmed; 2002.p.159-97.
- Ibbot CG. The Free Gingival Graft: Where and How to Use it. *J Canad Dent Ass* 1970;10:365-9.
- Glick M. Dental Complications After: Treating Patients with AIDS. *Jada* 1994;125:296-301.
- Vazquez E, Diz P, Batalla P, Castro M. Actitudes de los profesionales odontólogos ante el paciente infectado por el VIH. *Rev Eur Odontostomatol* 1996;8:277-82.
- Abel SN, Croser D, Fischman SL, Glick M, Phelan JA. Principles of Oral Health Management for the HIV/AIDS Patient, 2000 edition. Dental Alliance for AIDS/HIV Care (DAAC).
- Gonzalez OA, Ebersole JL, Huang CB. Oral infectious diseases: a potential risk factor for HIV virus recrudescence? *Oral Diseases* 2009;15:313-27.
- Arendorf T, Holmes H. Oral manifestations associated with human immunodeficiency virus (HIV) infection in developing countries – are there differences from developed countries? *Oral Dis* 2000;6(4):133-5.
- Lauren L, Patton A, Shugars A, Bonito A. A systematic review of complication risks for dental procedures HIV-positive patients undergoing invasive procedures *J Am Dent Assoc* 2002;133:195-203.
- Ryder MI. An update on HIV and periodontal disease. *J Periodontol* 2002;73:1071-8.
- Blanco-Carrion J, Liñares-Gonzalez A, Batalla-Vazquez P, Diz-Dios P. Morbidity and Economic Complications Following Mucogingival Surgery in a Hemophilic HIV-Infected Patient: A Case Report *J Periodontol* 2004;75:1413-6.
- Consten EC, Slors JF, Danner SA, Sars PR, Obertop H, Van Lanschot JJ. Severe complications of perianal sepsis in patients with human immunodeficiency virus. *Br J Surg* 1996;83(6):778-80.
- Emparan C, Iturburu IM, Ortiz J, Mendez JJ. Infective complications after abdominal surgery in patients infected with human immunodeficiency virus: role of CD4+ lymphocytes in prognosis. *World J Surg* 1998;22(8):778-82.
- Holmstrup P, Glick M. Treatment of periodontal disease in the immunodeficient patient. *Periodontology* 2000 2002;8:190-205.
- Wennström JL. Mucogingival Therapy. *Ann Periodontol* 1996;1:671-701.
- Campo J, Cano J, del Romero J, Hernando V, Rodriguez C, Bascones A. Oral complication risks after invasive and non-invasive dental procedures in HIV-positive patients. *Oral Diseases* 2007;13:110-16.