

MANIFESTAÇÕES BUCAIS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Vitória de Assis Louro¹; Marcela de Almeida Silva¹; Amanda Gabrieli Felipe Ferro²

¹ Graduando em Odontologia, Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS; ² Cirurgiã-dentista – UNICESUMAR, esp. em Cirurgia Periodontal, Facetas em Resina Composta, Farmacologia e Implantes Dentários; Especialista Endodontia, docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

* autor correspondente: amanda-ferro@hotmail.com

RESUMO

As doenças sexualmente transmissíveis são causadas por microrganismos e são transmitidas através dos fluidos corporais, principalmente através do sexo desprotegido, mas também podem ser transmitidas por transfusões de sangue, contato com lesões de pessoas infectadas ou transmissão vertical. As principais doenças são a gonorreia, sífilis, lesões induzidas por HPV e AIDS. As lesões bucais em pacientes infectados com essas doenças são muito comuns e, em alguns casos, são as primeiras manifestações da doença, um importante sinal de diagnóstico precoce e tratamento adequado. As principais manifestações orais das doenças sexualmente transmissíveis são lesões fundamentais em forma de bolhas, úlceras, placas, pápulas e nódulos. Outros tipos de lesões são indicadores do progresso da AIDS. Portanto, o cirurgião dentista deve ser capaz de identificar essas lesões e incluí-las no estabelecimento do diagnóstico diferencial. Diante dessa situação, o objetivo deste trabalho é relatar as principais infecções sexualmente transmissíveis e suas manifestações bucais por meio de uma revisão da literatura. Acredita-se que, ao compreender essas doenças, a identificação dessas lesões ajudará o clínico e toda a equipe médica a fazer o diagnóstico precoce e o tratamento sistemático desses pacientes, visando uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: infecções; manifestações bucais; odontologia; doenças sexualmente transmissíveis.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, após o surgimento das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), as mudanças nas relações sexuais foram extremamente necessárias como, por exemplo, aderir ao uso do preservativo, pois, o que antes não era um problema se tornou preocupante, e é dado o momento em que os profissionais de saúde que possuem contato direto com os pacientes e com objetos de uso pessoal ou com instrumentais e utensílios contaminados com sangue infectado, devam prestar mais atenção e intensificar o cuidado para evitar o contágio ou se já infectado por uma IST, orientar e fornecer tratamento adequado

ao paciente, a fim de minimizar os riscos de contaminação (OLIVEIRA; FERNANDES, 2011).

Segundo o Caderno de Atenção Básica, n. 17, Saúde Bucal/2008, p. 19 e 20, com ênfase nos itens III, IV e V, são competências do cirurgião-dentista:

III – Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.

IV – Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acom-

panhamento do usuário e o segmento do tratamento.

V – Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

Por esse motivo, os dentistas também foram incluídos como profissionais da saúde responsáveis com os casos de ISTs, pois a cavidade oral precisa ser vista como uma cavidade sexual importante e está intimamente relacionada à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, visando que, algumas dessas patologias podem apresentar manifestações na cavidade bucal. Portanto, o conhecimento por parte dos cirurgiões-dentistas sobre como as ISTs se manifestam na cavidade bucal e sobre como identificá-las é de grande importância para o diagnóstico precoce dos pacientes infectados (MEDEIROS, 2016; NEVILLE et al., 2016; RIBEIRO et al., 2012; OLIVEIRA; FERNANDES, 2011; SCALERCIO et al., 2008).

Essas infecções podem ser causadas por vírus, bactérias e outros microrganismos e a sua principal forma de transmissão é através de relações sexuais com pessoas infectadas sem o uso de preservativos. Há também outras formas de transmissão como: contato direto com o sangue ou plasma, transfusão sanguínea, o uso compartilhado de seringas infectadas ou de mãe para filho durante a gestação (ANTUNEZ; MATHIAS, 2013; AN et al., 2008).

Dentre as principais ISTs estão a sífilis, HPV, AIDS e gonorreia. AIDS é uma patologia causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que ataca o sistema imunológico e é responsável por proteger o organismo contra doenças (SILVA et al., 2017; MENEZES et al., 2015). A sífilis é causada por bactérias de *Treponema Pallidum*. Em geral, a sífilis tem diferentes fases com sintomas espe-

cíficos (sífilis primária, secundária e terciária), sendo de infectividade mais comum nas etapas iniciais da sífilis primária (MEDEIROS 2016; SCALERCIO et al., 2008). A HPV é um vírus da família Papiloma Viridae, essa infecção geralmente não causa sintomas, mas pode causar verrugas genitais em homens e mulheres e se destaca como a IST mais comum do mundo (NEVILLE et al., 2016; SILVA et al., 2016). A gonorreia é uma doença causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, popularmente chamada de gonococo. O local de preferência para essa bactéria é a uretra, causando dor e presença de secreção purulenta (MEIRA; GAGLIANI, 2015; RODRIGUES et al., 2014).

De acordo com dados coletados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um milhão de pessoas em todo o mundo são infectadas com ISTs todos os dias. Atualmente, uma análise da população de adolescentes e adultos jovens mostra que o número de casos tem aumentado. Observa-se que 25% dos casos são em jovens com menos de 25 anos. Essas doenças afetam tanto a comunidade masculina quanto feminina, mas as mulheres estão mais suscetíveis a essas doenças, com o agravamento de aborto espontâneo, parto prematuro e até mesmo morte fetal.

Desse modo, tem-se como objetivo descrever a importância de reconhecer lesões presentes na cavidade oral durante anamnese e exame clínico/físico, visto que em alguns casos, são as primeiras manifestações das ISTs, contribuindo para um diagnóstico, e tratamento precoce dos pacientes portadores dessas patologias, pela equipe de saúde, favorecendo um melhor prognóstico.

O presente trabalho foi elaborado com base em revisão sistemática da literatura científica disponibilizadas em plataformas online como Google Acadêmico, Revista Online (ABO) e

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Todos os artigos foram acessados entre os meses de março a junho de 2021. Os critérios para a seleção da bibliografia de referência foram: relação com o objetivo do trabalho e publicação nos últimos 15 anos. Os artigos para o desenvolvimento foram alcançados utilizando as palavras-chaves infecções, manifestações bucais, odontologia e doenças sexualmente transmissíveis.

2 GONORREIA

A gonorreia é uma IST causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, mais comumente conhecida como gonococo, é um diplococo Gram-negativo. Albert Neisser foi quem descobriu o seu agente etiológico através de estudos feitos com esfregaços corados a partir de secreções endocervical, uretral e conjuntiva, no ano de 1879. O tempo do contágio até o aparecimento dos sintomas dessa doença infectocon-tagiosa é de menos de sete dias (REGEZI et al., 2013).

A transmissão ocorre por duas vias, que são via perinatal que pode ser transmitida de mãe para filho durante a gestação ou nascimento da criança e via sexual, afetando primeiramente as membranas do trato genital inferior e retro, conjuntiva e orofaringe com menor frequência. A cavidade bucal raramente é afetada, na maioria das vezes não apresentando sinais e sintomas específicos, o que dificulta o diagnóstico dessas lesões, mas na sua forma severa se manifesta com edema, eritema e secreção purulenta pelo dentista, já as infecções do trato genital são transmitidas para a mucosa faríngea através do contato orogenital, se tornando mais suscetíveis a infecção a faringe, úvula e amígdalas (NEVILLE et al., 2016; MEIRA e GAGLIANI, 2015; REGEZI et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), normalmente é

uma doença silenciosa em que de 70-80% das mulheres não apresentam sintomas e vem crescendo até 1,5 milhões de novos casos por ano no Brasil, sendo que esta infecção aumenta as chances de infecção por HIV. Nas mulheres os sintomas incluem secreção purulenta, queimação ao urinar, sangramento e corrimento vaginal, enquanto nos homens podem ser sintomas a descamação amarela esverdeada no pênis e queimação ao urinar. O método mais eficaz para diagnóstico laboratorial é o isolamento por cultura (RODRIGUES et al., 2013).

O tratamento é feito através de antibióticos em dose única e deve acontecer o mais cedo possível e para evitar uma possível reinfecção, o tratamento dos parceiros sexuais deve acontecer como em qualquer IST. Caso não tratada ou tratada de forma incorreta, a patologia pode se disseminar por todo o corpo e comprometendo assim o funcionamento dos órgãos e tecidos (MEIRA; GAGLANI, 2015; REGEZI et al., 2013; RODRIGUES et al. 2013).

3 SÍFILIS

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, é uma infecção bacteriana sistêmica com evolução crônica. A principal via de transmissão dessa doença é por via sexual, mas pode ser transmitido também através de transfusões sanguíneas, contato direto com sangue contaminado ou por transmissão vertical. Foi na Europa no ano de 1906, que o seu agente etiológico foi descoberto e segundo a OMS atinge aproximadamente 250 milhões de pessoas a cada ano (SILVA et al., 2017; ERRANTE 2016; NETO et al., 2009; LEÃO et al., 2006).

Por muito tempo, a sífilis era considerada uma doença sem cura, mas no ano de 1909 foi descoberto pelo Dr. Paul Ehrlich, o primeiro tratamento

medicinal contra o agente da sífilis, cujo fármaco foi popularizado como bala mágica. A descoberta feita por ele foi a arsfenamina, podendo ser conhecido também como salvarsan. Em 1928, Alexander Fleming descobriu a penicilina, um antibiótico que revolucionou o tratamento da patologia, se tornando este o medicamento de escolha para os tratamentos e a tetraciclina é utilizada em casos de pacientes alérgicos (REGEZI et al., 2013; NETO et al., 2009; AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A doença pode se apresentar como: congênita, primária, secundária e terciária onde cada fase desenvolve sinais e sintomas específicos, sendo as manifestações na cavidade oral muitas vezes os primeiros sinais e pode acontecer em qualquer fase (MEDEIROS, 2016; KALININ et al., 2015; MOTTA, et al. 2014).

Sífilis congênita é decorrente da transmissão da mãe para o bebê durante a gestação e se apresenta na cavidade oral de forma muito específica, como molares de Moon e incisivos de Hutchinson, além de características não menos importantes que se apresentam fora da cavidade bucal chamadas de rinite sífilítica (nariz em sela) e também a surdez ocasionada pelo comprometimento do VIII par craniano. A sífilis primária é caracterizada por uma lesão inicial no local exposto, ou seja, no cancro e os sinais surgem em até 90 dias após a exposição, mas se resolve espontaneamente de 2-8 semanas. A segunda etapa ocorre entre 2-12 semanas após o contato inicial, sendo uma fase causada pela disseminação sanguínea e linfática da infecção. As manifestações comuns da fase secundária incluem cefaléia, febre, anorexia, perda de peso, linfadenopatia além de manifestações sistêmicas, cutâneas e mucosas. O terceiro estágio se manifesta somente após três anos ou mais depois da exposição, tendo possibilidade do sistema nervoso central ser

danificado. A sífilis apresenta manifestações clínicas inespecíficas, semelhantes a outras condições, portanto, os profissionais devem compreender todos os sinais. As lesões orais podem ser múltiplas e apresentar muitas características, o que dificulta o diagnóstico, sendo as manifestações mais comuns manchas acinzentadas, bordas irregulares e úlceras esbranquiçadas, placas mucosas, nódulos, manchas e erosões (MEDEIROS, 2016; SANTOS et al., 2014; RIBEIRO et al., 2012; AVELLEIRA; SCALERCIO et al. 2008; BOTTINO, 2006).

A sífilis é diagnosticada comumente por exames sorológicos, mas se utiliza também de exames radiográficos e provas diretas. Existem dois tipos de exames sorológicos, sendo eles os treponêmicos e os não treponêmicos. Os exames sorológicos treponêmicos são feitos a partir do início da infecção, enquanto os não treponêmicos são feitos no final da fase da sífilis primária e início da fase da sífilis secundária. As provas diretas são detectadas somente na fase inicial, quando as lesões são fortemente contagiosas. Através dos exames radiográficos nos ossos longos é possível detectar o diagnóstico da sífilis congênita (KALININ et al., 2015; AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A patologia tem ressurgido no Brasil, e uma hipótese para o aumento dos casos é a diminuição das políticas públicas de prevenção das ISTs, mas muitos estudos mostram que a doença não passou por alterações e continua com os mesmos sinais e sintomas que já possuía (MEDEIROS, 2016; KALININ et al., 2015; SOUZA et al., 2012; JÚNIOR et al., 2009; AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

4 LESÕES POR HPV

O HPV (papiloma vírus humano) são vírus da família *papillomaviridae*, contendo mais de 100 espécies que

acometem o ser humano. É um tipo de infecção que causa verrugas em várias partes do corpo. O vírus geralmente se mantém incubado por aproximadamente de três semanas a oito meses e causa múltiplas lesões com muitas morfologias (RODRIGUES; SOUZA, 2015; SOUZA et al., 2012; TRISTÃO et al., 2012).

A transmissão do HPV geralmente ocorre por contato sexual, assim como as demais ISTs, entretanto há também outras formas, como transmissão indireta por itens pessoais, auto inoculação a partir das lesões genitais ou cutâneas e transmissão vertical (FIGUEIREDO et al., 2013).

O HPV se agravado pode ser responsável por neoplasias malignas, que se não for tratado corretamente pode causar câncer que se apresentam como uma lesão solitária e assintomática, e apesar de ter uma associação forte do vírus HPV com tumores malignos de colo uterino não há estudos conclusivos que relacionam o potencial oncogênico desse vírus com as neoplasias malignas bucais (TRISTÃO et al., 2012; SILVA et al., 2011).

Os tratamentos mais utilizados geralmente são tratamentos químicos com agentes cáusticos que destroem o tecido, e os tratamentos físicos feitos através de cirurgias a laser ou elétrica (NEVILLE et al., 2016; RODRIGUES; SOUZA., 2015; TRISTÃO et al., 2012; FERRARO et al., 2011).

As partes mais frequentemente afetadas da cavidade oral são lábios, língua, palato duro, assoalho da boca, gengivas, úvula e amígdalas. Nestas, a saliva é abundante e os carcinógenos como o tabaco e o álcool se diluem, oferecendo oportunidade para o comportamento prejudicial do vírus (CASTRO et al., 2009).

As manifestações bucais são caracterizadas por lesões papilomatosas, geralmente sem sintomas, única ou múltipla e irregular. As lesões podem

ser classificadas histopatologicamente como condiloma, papiloma, verruga vulgar ou hiperplasia epitelial e focal, sendo lesões benignas e como malignas o carcinoma epidermóide e o carcinoma verrucoso (SANTOS et al., 2018; NEVILLE et al., 2016; SILVA et al., 2016).

Ao exame clínico, o condiloma acuminado manifestou-se como lesões epidérmicas, únicas ou múltiplas, de crescimento exógeno, papilar, multifolha e róseo, apresentando distribuição isolada ou agregada, formando uma massa semelhante a couve-flor. As lesões geralmente são assintomáticas, às vezes se resolvem espontaneamente e podem ou não recorrer (CASTRO; BUSSOLOTI, 2006).

Dentre as lesões verrucosas benignas da mucosa oral, o papiloma escamoso é o mais comum, podendo ser observado em diferentes partes anatômicas da cavidade oral. Clinicamente, manifesta-se como lesão exógena, de superfície rugosa, rósea ou branca, pediculada ou séssil. Ocorre igualmente entre homens e mulheres, principalmente na língua e palato duro (FERRARO et al., 2011; MARTINS FILHO et al., 2009).

A verruga vulgar é frequentemente encontrada em região de palato duro, lábios, dorso de língua e gengiva. Tanto clínica quanto histopatologicamente é similar a condiloma e papiloma, possuindo aparência clínica de lesão exofítica, geralmente esbranquiçada e hiperkeratótica, com projeções digitiformes. É rara na cavidade bucal e é mais comum em crianças e na pele (FERRARO et al., 2011; CASTRO; BUSSOLOTI FILHO, 2006).

A hiperplasia epitelial focal tem como principais localizações a mucosa jugal e lábios, tendendo a se assemelhar aos condilomas acuminados, porém sendo mais numerosa que o condiloma. Clinicamente, se apresenta como uma lesão nodular

múltipla, arredondados, moles e elevados, de coloração normal da mucosa ou rosa pálido e é assintomática. A lesão desaparece quando a mucosa é esticada (FERRARO et al., 2011; SANTOS et al., 2007)

O carcinoma epidermóide se apresenta clinicamente como uma úlcera que pode ser superficial, exofítica ou endofítica de bordas elevadas. Nos seus estágios iniciais se apresentam na forma de eritroplasias, leucoplasias ou até uma associação de ambas. É a neoplasia maligna mais comum que se desenvolve no epitélio de revestimento, mas pode acometer qualquer local da cavidade oral, sendo os principais: lábio inferior, assoalho bucal e língua. Quando localizados em região de língua e assoalho bucal, tem pior prognóstico da neoplasia em decorrência da presença de metástases cervicais. O desenvolvimento do CE tem associação do vírus HPV com álcool e tabaco sendo dois importantes fatores de risco (CARLI et al., 2009; BRENER et al., 2007).

O carcinoma verrucoso ocorre geralmente na língua, mucosa jugal, gengivae rebordos alveolares com sua coloração sendo variável de acordo com o grau de queratina da superfície tumoral, podendo variar do branco ao branco acinzentado. É uma neoplasia distinta da cavidade bucal que tem como fator de risco para o seu desenvolvimento o HPV e o álcool. Apesar de ser maligna, pode apresentar características de tumor benigno como padrão evolutivo mais expansivo que invasivo, crescimento lento e boa diferenciação celular. Quando se trata do crescimento exofítico, clinicamente apresenta aparência verrucosa e no endofítico resulta em invasão local com pouco risco de metástase (SPÍNDULA FILHO, 2006).

5 AIDS/SIDA

A síndrome da imunodeficiência

humana é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), um retrovírus que ataca o sistema imunológico causando uma diminuição nas células TCD4. Os primeiros casos da doença ocorreram na África e nos Estados Unidos em 1981, quando uma grande proporção de homens homossexuais adultos desenvolveu danos ao sistema imunológico. No Brasil, os primeiros casos ocorreram na cidade de São Paulo, em 1982 (SANTOS et al., 2018; PAULIQUE et al., 2017; SILVA et al., 2017; MENEZES et al., 2015; COELHO et al., 2014; PINTO et al., 2007).

É necessário ressaltar que algumas pessoas infectadas pelo HIV não estão infectadas necessariamente pela doença AIDS, e essas pessoas geralmente não apresentam sinais e sintomas da doença e são consideradas somente pessoas vivendo com o vírus HIV. Por outro lado, a AIDS/SIDA é a identificação da doença causada pelo vírus HIV, que causa destruição de células do sistema imune, tornando-os indivíduos vulneráveis a doenças oportunistas (NEVILLE et al., 2016; MOTTA et al., 2014; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2010; PINTO et al., 2007).

No ano de 1996, o Brasil deixou para trás a fase de que ser diagnosticado com AIDS era carregar consigo uma sentença de morte, trazendo a diminuição da mortalidade quando estabeleceu o tratamento com antirretrovirais, a terapia antirretroviral altamente eficaz (HAART, do inglês, *highly active antiretroviral therapy*), drogas inibidoras de duas enzimas responsáveis por multiplicar o vírus sendo a transcriptase reversa e a protease. Os fármacos inibidores da enzima transcriptase reversa, agem de forma a inibir a replicação do HIV bloqueando a ação da enzima e convertendo o RNA viral em DNA. Os medicamentos indicados para a enzima

transcriptase reversa são a zidovudina (AZT), a didanosina (ddI), a zalcitabina (ddC), a nevirapina, a estavudina (d4T), o adefovirdipivoxil e o efavirenz. Os fármacos inibidores da protease atuam no último estágio da formação do HIV, evitando a ação da enzima. Os principais medicamentos inibidores da protease incluem o saquinavir, o indinavir, o ritonavir, o amprenavir e o nelfinavir. Vale ressaltar que segue sendo uma doença sem cura, mas o tratamento com medicamentos antirretrovirais são todos oferecidos pelo SUS (sistema único de saúde). Se feito corretamente, o tratamento melhora e facilita a vida do paciente. A terapia combinada é geralmente o método mais utilizado, isto é, a associação de duas ou mais drogas da mesma classe ou de classes diferentes, mas deve-se levar em conta que os tratamentos estão sujeitos a mudanças constantes e devem ser reavaliados de acordo com a evolução do paciente (SANTOS et al., 2016; BRITTO, 2012; COLOMBRINI et al., 2006).

Ao iniciar a terapia antirretroviral, podem ocorrer alguns efeitos colaterais, como hipertensão, mal-estar e cefaléia. Esses efeitos geralmente melhoram ou desaparecem com o tempo. Outras reações adversas incluem fadiga, diarreia (pode ser leve ou grave), anemia, xerostomia, gosto metálico e amargo na boca, lipodistrofia, coceira, verrugas orais e problemas de origem psíquicos como ansiedade, transtorno do pânico e depressão (PASCHOAL et al., 2014; HODGSON et al., 2006).

Um sistema imunológico baixo leva a uma variedade de infecções e manifestações na cavidade oral, e então aparecem os sinais e sintomas do início da doença. São manifestações da cavidade oral de pacientes portadores de AIDS doenças como sarcoma de Kaposi, leucoplasia pilosa, linfoma não-Hodgkin, candidíase e doença periodontal, mas se comparado com as

décadas de 80 e 90 pode se observar uma drástica redução das lesões bucais associadas à AIDS (SILVA et al., 2018; PAULIQUE et al., 2017; HIRATA, 2015; MENEZES et al., 2015; COELHO et al., 2014; PINTO et al., 2007).

O sarcoma de Kaposi se apresenta na cavidade oral em forma de placas de cor vermelha ou roxa, lesões difusas ou focais. Pode manifestar-se na mucosa jugal, gengiva, úvula, ângulo reto da mandíbula e no palato duro; as lesões palatinas são as mais comuns. Essas lesões podem causar a perda dos dentes, interferir na fala ou alimentação e até comprometer as vias aéreas, acomete com mais frequência homens jovens. É uma neoplasia maligna que pode não apresentar sintomas sendo facilmente negligenciada (PAULIQUE et al., 2017; SILVA et al., 2017).

A leucoplasia pilosa tem características clínicas de placa branca em borda de língua, podendo ser uni ou bilateral de superfície pilosa, corrugada ou plana, que não é possível ser removida através da raspagem e está associada ao vírus Epstein-Barr, sendo uma infecção oportunista que raramente se vê em imunocompetentes negativos (PAULIQUE et al., 2017).

O linfoma não-Hodgkin é um câncer do tecido linfático predominante da mucosa gengival mais pode acometer qualquer parte da cavidade bucal. Apresenta-se como um aumento de volume indolor e firme, que tem possibilidade de ulcerar devido aos traumas, geralmente da mastigação e escovação ou pode manter a mucosa intacta e está relacionado com dentes em mau estado (FELIPE et al., 2016).

A candidíase é a lesão mais comum entre pacientes soropositivos e é causada pelo fungo *Cândida albicans*. As infecções por candida podem se apresentar de quatro formas. A pseudomembranosa, sendo a mais comum que é caracterizada por apresentar pseudomembranas de cor

esbranquiçada ou amarelada, de fácil remoção através da raspagem. A hiperplásica, que se apresenta na cavidade oral com os mesmos aspectos clínicos da candidíase pseudomembranosa, com o diferencial de que não é removível por raspagem podendo acometer qualquer local da cavidade bucal. A eritematosa, que se encontra com mais frequência na mucosa jugal, no palato e dorso de língua e se caracteriza através de áreas ou pontos avermelhados que podem apresentar ardência. A queilite angular, que apresenta na comissura labial lesões avermelhadas com halos esbranquiçados e fissuras, sendo mais comum de pacientes que não possuem mais os molares ou debilitados com deficiência de vitaminas, que favorecem a perda da dimensão vertical, deixando a comissura labial com uma dobra que deixa o local com umidade constante favorecendo o desenvolvimento da candidíase (PAULIQUE et al., 2017; FELIPE et al., 2016).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo trabalho apresentado, pode-se concluir que as infecções sexualmente transmissíveis são extremamente comuns na vida humana. Portanto, é necessária a implementação de políticas públicas e medidas preventivas de controle dessas doenças. As infecções orais podem ser vistas no paciente e devem ser cuidadosamente examinadas e tratadas. Estudos epidemiológicos futuros podem determinar as verdadeiras características dessas manifestações bucais na população brasileira.

REFERÊNCIAS

AN, M. Y. O. et al. Manifestações bucais em pacientes portadores de doenças sexualmente transmissíveis. DST J Bras Doenças Sex Transm, v. 20, n. 3-

4, p. 161-166, 2008.

ANTUNEZ, M. E. M.; MATHIAS, C. R. J. C. Saúde oral e doenças sexualmente transmissíveis. Adolesc. Saúde, v. 10, n. 1, p. 78-79, 2013.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Syphilis: diagnosis, treatment and control. An. Bras. Dermatol, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de Bolso. 8º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, Saúde Bucal, Brasília-DF, n.17, p. 18-19, 2008.

BRENER, S. et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 53, n. 1, p. 63-69, 2007.

BRITTO, D.M.S. Guia de cuidados aos pacientes em uso de terapia antirretroviral. Fortaleza, 2012.

CARLI, M. L. et al. Características Clínicas, Epidemiológicas e Microscópicas do Câncer Bucal Diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 55, n. 3, p. 205-211, 2009.

CASTRO, T. P. P. G.; BUSSOLOTI FILHO, I. Prevalência do papilomavírus humano (HPV) na cavidade oral e na orofaringe. Rev Bras Otorrinolaringol, v. 72, n. 2, p. 272-282, 2006.

CASTRO, T. M. P. P. G. et al. Detecção de HPV na mucosa oral e genital pela

técnica PCR em mulheres com diagnóstico histopatológico positivo para HPV genital. *Jornal Brasileiro de Otorrinolaringologia*, v. 75, n. 2, p. 167-171, 2009.

COELHO, M. Q. et al. Perfil de pessoas que vivem com HIV/AIDS e prevalência de manifestações bucais nesses indivíduos. *Rev. Unim. Cient.*, v. 16, n. 2, 2014.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 40, n. 4, p. 578-581, 2006.

ERRANTE, P.R. Sífilis congênita e sífilis na gestação: Revisão de literatura. *Rev. UNILUS Ens. e Pesq.*, v. 13, n. 31, p. 120-126, 2016.

FELIPE, L.; MILHOMEM, C.; MORAIS, A.; RONDA, R.; PASSOS, W.; FURUSE, C. Pacientes com hiv/aids na odontologia e suas manifestações bucais. *J Orofac Invest*, v. 3, n. 1, p. 53-62, 2016.

FERRARO, C. T. L. Infecção oral pelo HPV e lesões epiteliais proliferativas associadas. *J Bras Patol Med Lab*, v. 47, n. 4, p. 451-459, 2011.

HIRATA, C. H. W. Oral manifestations in AIDS. *Braz. J. Otorhinolary*, v. 81, n. 2, p. 120-123, 2015.

HODGSON, T. A.; GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J. S. Oral lesions of HIV disease and HAART in industrialized countries. *Adv. Dent. Res.*, v. 19, n. 1, p. 57-62, 2006.

JÚNIOR, W. B.; SHIRATSU, R.; PINTO, V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. *An. Bras. Dermatol.*, v. 84, n. 2, p. 151-159, 2009.

KALININ, Y., NETO A. P.; PASSARELLI, D. H. C. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. *Odonto*, v. 23, n. 45-46, p. 65-76, 2015.

LEÃO, J. C.; GUEIROS, L. A.; PORTER, S. R. Oral manifestations of syphilis. *Clinics*, v. 61, n. 2, p. 161-166, 2006.

MARTINS FILHO, P. R. S. et al. Papiloma de células escamosas da cavidade oral. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac.*, v. 9, n. 3, p. 69-78, 2009.

MEIRA, L.; GAGLIANI, L. H. A patogênese da gonorreia e sua disseminação pelo mundo. *Rev. UNILUS Ens. e Pesq.*, v. 12, n. 26, p. 56-57, 2015.

MEDEIROS, M. F. Manifestações bucais da sífilis adquirida e congênita: revisão sistemática para avaliação de educação em saúde. *Rev. Eletr. Estác. Saúde*, v. 5, n. 2, p. 77-90, 2016.

MENEZES, T. O. A. et al. Oral and systemic manifestations in HIV-1 patients. *Rev. Soc. Bras. de Med. Trop.*, v. 48, n. 1, p. 83-86, 2015.

MOTTA, W. K. S. et al. Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para HIV/Aids. *Rev. Odontol. UNESP*, v. 43, n. 1, p. 61-67, 2014.

NETO, B. G. et al. A sífilis no século XVI- o impacto de uma nova doença. *Arq. Ciênc.Saúde*, v. 16, n. 3, p. 127-129, 2009.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4 Ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2016.

OLIVEIRA, F. F. A.; FERNANDES, C. P. *Odontologia e Doenças Sexualmente Transmissíveis – Qual o maior risco de*

infecção entre cirurgiões-dentistas, sexo ou acidente ocupacional? Rev. ABO Nac., v. 19, n. 4, p. 237 – 241, 2011.

PASCHOAL, E. P. et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Esc. Anna Nery Rev. de Enferm., v. 18, n. 1, p. 32-40, 2014.

PAULIQUE, N. C. et al. Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. Arch. Health Invest., v. 6, n. 6, p. 240-244, 2017.

PINTO, A. C. S. et al. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm., v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

REGEZI, J.; SCIUBBA, J. Patologia oral: correlações clinicopatológicas. 6 ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2013.

RIBEIRO, B. B. et al. Importância do reconhecimento das manifestações bucais e de doenças de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. Odonto, v. 20, n. 39, p. 61-70, 2012.

RODRIGUES, J. C. et al. Vigilância laboratorial das infeções por Neisseria gonorrhoeae em Portugal, 2004-2013. Boletim Epidem., 2013.

SANTOS, E. I. et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão a terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/AIDS. Rev. Eletr. Gestão e Saúde, v. 7, n. 1, p. 454-470, 2016.

SANTOS, C. M. A. et al. Conhecimentos, atitudes e prática de homens sobre infecções sexualmente transmissíveis.

Cogitare Enferm., v. 23, n. 1, 2018.

SANTOS, P. P. A. et al. Hiperplasia epitelial focal (doença de Heck) em descendente de índios brasileiros: relato de caso. J Bras Patol Med Lab, v. 43, n. 6, p. 431-434, 2007.

SCARLECIO, T. V. M.; ISRAEL, M.; RAMOS M. E. Diagnóstico da sífilis a partir das manifestações bucais. Rev. Bras. Odontol., v. 65, n. 2, p. 159-164, 2008.

SILVA, E. J. et al. Considerações relacionadas ao diagnóstico e tratamento do Papiloma vírus Humano (HPV) em cavidade oral. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo, v. 28, n. 2, p. 117-125, 2016.

SILVA, L. V. R. et al. Tratamento das manifestações bucais de pacientes HIV positivos: Revisão integrativa. RSC Online, v. 6, n. 3, p. 133-147, 2017.

SILVA, M. F. B. Manifestações clínicas e orofaciais de pacientes vivendo com HIV na era pós-HAART. São Paulo, 2018.

SOUZA, A. R. et al. Perfil de usuários masculinos atendidos em um serviço de referência para Doenças Sexualmente Transmissíveis. Rev. Rene, v. 13, n. 4, p. 734-43, 2012.

SPINDULA FILHO, J. V. Detecção de HPV e avaliação de índice de proliferação celular em carcinomas espinocelulares e carcinomas verrucosos de boca. Dissertação apresentada para obtenção de título de Mestre ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, 2006.