

MANIFESTAÇÕES BUCAIS DE DOENÇAS INFECCIOSAS EM CRIANÇAS - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Gabriela Benicá Campos Dell'Orto*

Leandro Paviote Freitas*

Leonardo Lopes Finocchio*

Niverso Rodrigues Simão*

Tamara Marques Ramos*

Marileny Boechat Frauches Brandão**

RESUMO

A saúde do paciente infantil não é apenas ausência de doença, mas sim um completo bem-estar físico, psicológico e social. Quando estes fatores estão em desequilíbrio, pode aparecer a doença. Dessa forma, a saúde bucal da criança não deve ser desvinculada de sua saúde geral. Quando a cavidade bucal da criança se encontra comprometida pela doença, pode ocorrer um grande desconforto para a mesma, portanto é essencial o conhecimento dos fatores que podem gerar as patologias bucais, para buscar um melhor prognóstico e tratamento, ou mesmo prevenir a instalação da doença. Portanto, este estudo teve por objetivo realizar uma revisão da literatura sobre as manifestações bucais das doenças infecciosas que acometem a cavidade bucal de crianças, destacando a importância do diagnóstico e do tratamento destas alterações patológicas. Conclui-se que é importante reconhecer, diagnosticar e tratar as lesões estomatológicas. O cirurgião-dentista deve incluir na sua rotina diária a sistematização do exame clínico, incluindo tecidos duros e moles, pois a realização de um diagnóstico precoce e preciso permite alcançar a melhor eficácia do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: doenças infantis; doenças infecciosas; alterações estomatológicas.

*Graduandos do 8º Período do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE.

** Especialista e Mestre em Odontopediatria – FO – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Profa. Adjunto da Disciplina de Odontologia Pediátrica I e II da FACS/UNIVALE.

INTRODUÇÃO

A cavidade bucal na infância pode apresentar diversos fenômenos fisiológicos, ou de alteração de desenvolvimento, ou patogenias, sendo assim esta cavidade torna-se um órgão investido de enorme complexidade (VALENTIM, 1998).

Segundo Shafer; Hine; Levy (1987) algumas bactérias, vírus e fungos podem produzir doenças que se manifestam na cavidade bucal podendo ser de natureza específica e causada por microrganismos específicos; outras são clinicamente específicas, mas podem ser produzidas por qualquer microrganismo. Esta especificidade ou inespecificidade microbiana é característica das doenças infecciosas.

Sonis (1996) argumenta que o cirurgião-dentista necessita de conhecimento do desenvolvimento do fisiológico e morfológico normal e entendimento da relação de doenças a esses processos, para que possa estabelecer um diagnóstico preciso e correto.

As doenças da cavidade bucal são as que se manifestam na mucosa e nos tecidos gengivais, através de uma alteração própria da boca ou como uma manifestação secundária de uma doença geral. As doenças da cavidade bucal podem ser consideradas e analisadas em grupos de acordo com sua etiologia (WALTER; FERELLE; ISSÁO, 1996).

Haddad et al. (2009) salientam que o cirurgião-dentista deve conhecer o normal e diferenciá-lo do patológico, pois muitas vezes é o primeiro profissional a examinar

algumas manifestações na cavidade bucal do paciente infantil, devendo realizar o diagnóstico precoce e o encaminhamento deste paciente para um profissional adequado.

Este estudo refere-se a uma revisão da literatura sobre as manifestações bucais das doenças infecciosas que acometem a cavidade bucal de crianças, destacando a importância do diagnóstico e do tratamento destas alterações patológicas.

REVISÃO DA LITERATURA

Determinadas doenças que ocorrem na cavidade bucal da criança apresentam uma incidência tão grande e constante que seria possível um estudo mais detalhado delas, mas ainda não há uma classificação completa. As características clínicas que descrevem a lesão quanto ao tamanho, localização, borda, cor e textura constituem o fundamento básico para que possam ser identificadas e classificadas (HADDAD et al., 2009).

As manifestações bucais das doenças infecciosas foram divididas em bacterianas, micóticas e virais, de acordo com a proposição apresentada por (VALENTIM, 1998).

INFEÇÕES BACTERIANAS

Segundo Walter; Ferelle; Issáo (1996), as infecções bacterianas são resultantes de uma invasão tecidual causada por um agente microbiano patogênico. Estas infecções podem ser primárias, os tecidos são invadidos diretamente por microrganismos ou secundárias, a manifestação é uma seqüela de uma doença não localizada.

Impetigo

O impetigo é uma doença infecciosa, que tem como agente etiológico o *Streptococcus* e o *Streptococcus* podendo ocorrer em epidemias em crianças jovens. As lesões são contagiosas, podendo atingir a cavidade bucal originando uma gengivoestomatite estreptocócica (WALTER; FERELLE; ISSÁO, 1996).

Segundo Valentim (1998) ocorre o comprometimento primeiro da epiderme, ocasionando vesículas inflamatórias ou pústulas que se rompem e produzem lesões crostulosas. A região peribucal é frequentemente afetada, comprometendo a comissura labial e o vermelhão dos lábios, mas a mucosa bucal raramente é afetada. As lesões reparam-se sem maiores complicações. O diagnóstico diferencial deve ser feito com o do herpes simples.

Segundo Cole; Gazewood (2007) existem dois tipos de impetigo, o bolhoso caracterizado por bolhas flácidas de longa duração, que após a ruptura transformam-se em uma crosta fina, cuja cor oscila entre o marrom e cor de mel; e o não bolhoso onde a infecção pode produzir vesículas que se rompem rapidamente e são substituídas por uma crosta âmbar espessa e aderente.

De acordo com Neville et al. (2008) essa infecção possui um diagnóstico fortemente presuntivo, podendo ser feito a partir da simples apresentação clínica, mas em alguns casos requer o isolamento do *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus aureus* em culturas de pele afetada.

Como tratamento recomenda-se a limpeza da pele e sua oxigenação, pode-se usar sabão e água fria para remover as lesões crostulosas, e a região infectada deve ser

limpa com anti-séptico, seguido do uso de antibiótico tópico duas a três vezes ao dia. Indica-se o antibiótico por via sistêmica se não ocorrer a cicatrização dessas lesões (VALENTIM, 1998).

Cole; Gazewood (2007) não recomendam o uso de desinfetantes para limpeza da pele. Quando do uso de antibiótico tópico, consideram o mupiracim ou ácido fusídico mais efetivos e superiores ao uso de antibiótico oral.

Neville et al. (2008) preconizaram como tratamento de primeira escolha antibiótico sistêmico oral administrado durante uma semana, sendo o penicilino-resistente o de melhor eficiência.

Escarlatina

O agente etiológico da escarlatina é o *Streptococcus Beta-hemolíticos* do grupo A, sendo a manifestação mais precoce localizada na língua. Ocorre uma hipertrofia moderada em todas as papilas, ou seja, as papilas fungiformes apresentam-se edemaciadas e hiperêmicas, projetadas como saliências avermelhadas e recobertas por uma camada esbranquiçada (tipo saburra), conferindo-lhe um aspecto denominado "língua em morango". Posteriormente, a camada esbranquiçada desaparece, onde se destacam as papilas fungiformes, edemaciadas e hiperêmicas, que caracterizam a "língua em framboesa". Quando não tratada a doença, por volta do segundo dia pode ocorrer febre com picos de 39,4° C, que retorna ao normal dentro de seis dias (NEVILLE et al., 2008; VALENTIM, 1998).

Sonis (1996) ressaltou que o diagnóstico e tratamento na fase inicial podem prevenir complicações que incluem formação de abscesso local, febre reumática, artrite

e glomerulonefrite. O autor recomendou como tratamento o uso de penicilina, destacando que colutórios paliativos podem ser úteis.

Para a confiabilidade do diagnóstico da infecção pode-se realizar uma cultura de secreção da garganta. O tratamento consiste em prevenir complicações como febre reumática ou glomerulonefrite. A penicilina oral é a mais indicada para o tratamento, sendo que em caso de alergia a esse medicamento a eritromicina deve ser utilizada. Após medicação, acentuada melhora é observada depois de 48 horas. O prognóstico é excelente com a terapia adequada (NEVILLE et al., 2008).

De acordo com Ortigosa et al. (2007) o tratamento preconizado deve ser a prescrição da penicilina (amoxicilina), associada ao ácido clavulônico ou com claritromicina.

Sífilis congênita

O agente causal é o *Treponema pallidum*, sendo seu curso clínico dividido em 03 etapas: primária, secundária e terciária (WALTER; FERELLE; ISSÁO, 1996).

A sífilis congênita é adquirida pela mãe, e é passada através da inoculação transplacentária do feto da mãe contaminada. Esta ocorre na segunda metade da gravidez quando a espiroqueta atravessa a placenta e infecta o feto (REGUEZI; SCIUBBA, 2000).

Segundo Valentim (1998) a sífilis pode se manifestar no período perinatal, com aparecimento de máculas e pápulas na face. A cavidade bucal apresenta placas mucosas altamente sensíveis e a manifestação tardia dessa patologia ocorre entre a primeira e

segunda década de vida. O sinal patognomônico da doença é representado pela tríade de Hutchinson: hipoplasia dos molares e incisivos (dentes anteriores semelhantes a barril, molares em forma de amora), dano do VIII nervo craniano (surdez) e queratite intersticial, entretanto estes três sinais raramente aparecem juntos num único paciente.

Segundo Leão; Gueiros; Porter (2006) essa patologia pode causar anomalias faciais de ordem dentária, óssea, dermatológica e neurológica.

Para o tratamento Neville et al. (2008) recomendaram o uso da penicilina como antibiótico de primeira escolha, sendo a dose e o programa de administração relacionados com o estágio da doença, envolvimento neurológico e estado imune do paciente. Pacientes sensíveis à penicilina deve-se indicar a tetraciclina. Quando *Treponema Pallidum* encontra-se dentro dos linfonodos ou do sistema nervoso central, ele escapa do efeito letal do antibiótico. Por isso nem sempre a antibioticoterapia resulta em cura total, podendo apenas impedir a apresentação clínica da doença.

Haddad et al. (2009) salientaram que o tratamento da sífilis deve ser realizado por profissionais especializados, porém o cirurgião-dentista deve saber diagnosticar e encaminhar o paciente.

INFECÇÕES MICÓTICAS (FÚNGICAS)

Segundo Topazian; Goldberg; Hupp (2006) as infecções fúngicas são a maior fonte de morbidade e mortalidade. Os fungos de importância médica são divididos em duas categorias básicas: patogênicas e oportunistas. Os fungos patogênicos causam infecção até mesmo em hospedeiros com função imunológica normal, uma vez que os fungos oportunistas, por causa da baixa virulência, produzem infecções invasivas, principalmente em hospedeiros imunocomprometidos.

Candidíase

A *Cândida albicans* é o agente etiológico mais comum, sendo que outras espécies podem estar envolvidas (VALENTIM, 1998; LEÃO; GOMES; PORTER, 2007).

De acordo com Valentim (1998); Neville et al. (2008), as lesões bucais caracterizam-se por inúmeras placas brancas cremosas, amolecidas e com aspectos de flocos de leite coalhado, que quando removidas deixam a superfície cruenta e dolorida. As formas clínicas da candidíase podem ser divididas em:

- Pseudomembranosa aguda (sapinho) que se caracteriza por uma placa pseudomembranosa mole, cobrindo língua, bochecha e palato mole, cuja remoção deixa a superfície eritematosa. Os sintomas são leves e raramente há dor;
- Eritrófica aguda que se caracteriza pela vermelhidão, dor e mucosa edematosa, com o exame cuidadoso pode mostrar pequenas áreas de candidíase na periferia;
- Candidíase mucocutânea onde há envolvimento crônico das mucosas, pele, unhas e couro cabeludo;
- Hiperplasia por cândida;
- Atrofia da papila central;
- Candidíase multifocal crônica.

Além da *Cândida albicans* existem vários outros fatores etiológicos associados à patologia: imunodeficiência/imunodepressão, supressão da flora bacteriana oral normal por terapêutica antibacteriana, uso de esteróides, xerostomia, quimioterapia, radioterapia anticancerígena e anemia (GUEDES-PINTO; CORREA; GIGLIO, 1987).

Sonis (1996) descreveu o tratamento para a candidíase de três formas, na doença leve uso de antifúngico tópico tendo como exemplo a nistatina, na doença moderada o antifúngico sistêmico, como exemplo o Ketaconazole, e nas doenças severas com agentes antifúngicos sistêmicos, como a anfotericina B, requerendo administração endovenosa que é altamente nefrotóxica.

Segundo Baldani; Lopes; Scheidt (2001) os casos de candidíase podem ser tratados através da higienização com uma solução saturada de bicarbonato de sódio e antifúngicos à base de nistatina, sendo que a posologia deve ser de acordo com o fabricante. Para evitar a recontaminação, as mães foram instruídas a higienizar os seios, antes da amamentação. Dentro de 10 a 14 dias os sintomas desaparecem.

Para o tratamento é importante identificar se os fatores são locais ou sistêmicos. Geralmente antifúngicos como a nistatina, por via tópica; o fluconazol por via sistêmica e em casos mais graves o uso de anfotericina B (LEÃO; GOMES; PORTER, 2007; NEVILLE et al., 2008).

Haddad et al. (2009) preconizaram o tratamento de acordo com o fator etiológico desencadeante e pela aplicação de antifúngicos locais como a nistatina (Micostatin[®]), em que a suspensão deve ser gotejada nas regiões acometidas, para exercer ação local, 4 vezes ao dia, ou o miconazol (Daktarin Gel[®]). Nas situações mais graves e resistentes, usa-se sistematicamente a nistatina (Micostatin[®]), cetoconazol (Cetonax[®]) e fluconazol.

INFECÇÕES VIRAIS

São aquelas cujo agente etiológico é um vírus (WALTER; FERELLE; ISSÁO, 1996).

Herpes simples ou Herpes Labial

Segundo Valentim (1998) o herpes simples é uma doença infecciosa aguda, podendo ser transmitido por gotículas de saliva, contato pessoal próximo ou utensílios contaminados. Possui dois sorotipos, o HSV-1 que é o causador das infecções bucais podendo algumas vezes causar infecções genitais e o HSV-2, responsável pelas infecções genitais e ocasionalmente causa infecção bucal.

Achados subjetivos incluem prurido ou sensação de formigamento que precedem o desenvolvimento das lesões. Os pacientes podem apresentar sintomas de uma gripe leve. Achados objetivos incluem vesículas de 2 a 4 mm de diâmetro localizadas na junção muco-cutânea dos lábios, ângulos da boca e abaixo do nariz. As vesículas se rompem e formam uma crosta num período de 36 a 48 horas. A cicatrização ocorre em 7 a 10 dias. Podem ocorrer picos de infecção virótica durante as primeiras 48 horas, depois ocorre diminuição gradativa (SONIS, 1996).

Fatores desencadeantes do herpes simples: exposição solar exagerada, trauma, febre, imunossupressão, constipações ou infecções, stress, menstruação, transtornos emocionais e irritação local como um tratamento dentário (GUEDES-PINTO; CORREA; GIGLIO, 1987).

Segundo Esmann (2001) as lesões usualmente ocorrem nos lábios, bochechas, no interior do nariz ou no septo nasal, muitas vezes se apresentam dolorosas e desagradáveis.

Existem dois tipos de infecção pelo HSV, a primária que ocorre em indivíduos que não apresentam anticorpos circulantes em seu corpo e a recorrente nas pessoas que os possuem (VALENTIM, 1998).

Gengivoestomatite herpética primária

De acordo com Valentim (1998) a gengivoestomatite herpética primária ocorre precocemente na infância quando os indivíduos não apresentam anticorpos circulantes no corpo. As ulcerações labiais constituem a forma mais comum da manifestação primária, sendo que em alguns casos a infecção inicial em crianças caracteriza-se pela presença de febre, linfadenopatia regional, irritabilidade, cefaléia e dor. A boca torna-se sensivelmente dolorida, a gengiva edemaciada e a salivação aumentada num período não maior que 24 a 36 horas, seguido do aparecimento de vesículas pequenas e múltiplas na gengiva, língua, lábios e mucosa bucal.

Essas vesículas se rompem e formam erosões doloridas, cobertas por uma pseudomembrana com margem eritematosa, no entanto são autolimitantes, saram sem deixar cicatriz e raramente recorrem. Sua duração é aproximadamente de 10 a 14 dias sendo que as lesões e o desconforto são mais agudos entre o terceiro e sétimo dia (VALENTIM, 1998).

Não existe um tratamento específico para a gengivoestomatite herpética primária, pois o curso da doença parece ser inalterável, porém medidas de suporte devem ser tomadas para aliviar a dor do paciente, com o uso de agentes anestésicos locais e antibioticoterapia no intuito de prevenir uma infecção secundária (SHAFER; HINE; LEVY, 1987 ; VALENTIM, 1998).

Sonis (1996) preconizou como tratamento o repouso, uso de antipiréticos e analgésicos para controlar a febre, aliviar a dor, promover ingestão de líquidos para evitar desidratação e isolar o paciente de irmãos e amigos para prevenir a disseminação da doença.

Como tratamento da herpes simples quando sintomática o uso de VASA associado a tetraciclina 500mg é indicado (WALTER; FERELLE; ISSÁO, 1996).

Haddad et al. (2009) indicaram antitérmico nos casos de febre a partir de 38° C e analgésico. Algumas vezes pode ser prescrito anti-histamínico (Benadryl[®] ou Fenegan[®]), em dose mínima, que ao mesmo tempo modula a resposta inflamatória, apresenta como efeito colateral, uma leve sedação, diminuindo a irritabilidade da criança. Pode também ser aplicado sobre as lesões antes das refeições, uma pomada manipulada a base de anestésico local (lidocaína) para alívio de dor durante o contato dos alimentos com a mucosa. Alimentos ácidos e condimentados devem ser evitados e deve-se promover a ingestão de bastante líquido prevenindo a desidratação.

Herpes simples secundário ou recorrente

Segundo Valentim (1998) as lesões do herpes simples recorrente ocorrem em cerca de 30 a 40% dos pacientes que tiveram a estomatite herpética primária, representando a reativação do vírus latente.

As lesões podem se desenvolver nos lábios ou no interior da boca, geralmente precedidas por uma sensação de ardência ou formigamento, tensão, tumefação ou ligeira sensibilidade no local em que aparecem subsequentemente as vesículas (SHAFER; HINE; LEVY, 1987).

Sonis (1996) preconizou como tratamento a manutenção das lesões bem lubrificadas com um emoliente para promover a cicatrização e isolar o paciente de indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a infecção herpética primária.

O tratamento é sintomático e visa o alívio do desconforto. São usados agentes antivirais em indivíduos imunodeprimidos nos casos de úlceras severas ou em casos de recorrências frequentes (VALENTIM, 1998).

Haddad et al. (2009) prescreveram como tratamento o aciclovir (Zovirax[®]), 200 mg por via oral administrado por 5 dias. Esse tratamento diminui a eliminação viral via saliva, diminuindo o risco de disseminação da infecção. O aciclovir diminui a duração das lesões e o tempo de cicatrização, porém o vírus latente no gânglio nervoso não é eliminado. O uso de vitamina C por via oral na dosagem de 1 grama diário tem se mostrado eficaz, aumentando o intervalo entre os ciclos e diminuindo a intensidade dos surtos da enfermidade. A aplicação terapêutica de laser de baixa potência tem-se tornado outra opção terapêutica promovendo a diminuição da sintomatologia dolorosa e o ciclo da lesão.

Varicela (Catapora)

A varicela é causada pelo vírus Varicela-Zoster (VZV), acomete crianças entre cinco e nove anos de idade (HADDAD et al., 2009).

Sonis (1996) argumentou que a varicela é uma doença autolimitante e os pacientes acometidos podem apresentar leve mal-estar, artralgia e anorexia acompanhada por febre e calafrios. As lesões aparecem como vesículas numa base eritematosa, iniciando no tronco e espalhando-se para as extremidades e face. As lesões

envolvendo a mucosa oral podem aparecer como pequenas vesículas que se rompem, deixando estas úlceras com margem eritematosa e geralmente não são dolorosas.

A lesão mais precoce é uma pequena vesícula que pode se apresentar em menor número somente na parede faríngea posterior, ou numerosas aparecendo na mucosa bucal, gengiva, língua e em outras cavidades (WALTER; FERELLE; ISSÁO, 1996).

De acordo com Valentim (1998) a varicela é uma doença viral altamente contagiosa, que ocorre em crianças sendo mais frequente no inverno e na primavera. Seu período de incubação é de aproximadamente duas semanas e a transmissão se faz através de gotículas salivares ou por contato direto. Em seu período prodrômico caracteriza-se por cefaléia, nasofaringite, anorexia e febre seguida de erupção maculopapulares ou vesiculares da pele.

Sonis (1996) estabeleceu como tratamento o repouso e uso de antipiréticos. Ocasionalmente é necessário para o tratamento de infecções secundárias das vesículas o uso de antibióticos e o isolamento do paciente para evitar contaminação. A fase aguda dura de 7 a 10 dias.

O tratamento indicado para este tipo de lesão é o de suporte, sendo que em pacientes imunodeprimidos, deve haver a utilização de antivirais (VALENTIM, 1998).

O tratamento deve ser sintomático, apenas com uso de analgésico (HADDAD et al., 2009).

Sarampo

O sarampo é uma enfermidade contagiosa provocada por paramixovírus. O vírus se dissemina pelo ar através do contato direto com os perdigotos secretados pelas vias respiratórias de pessoas infectadas. Das doenças infecciosas, o sarampo é considerado uma das mais transmissíveis (TOPAZIAN; GOLDBERG; HUPP, 2006; WALTER; FERELLE; ISSÁO, 1996).

O sarampo apresenta um tempo de incubação em torno de 8 a 10 dias, e apresenta sinais prodrômicos como febre, mal-estar, tosse, conjuntivite, fotofobia, lacrimejamento, e lesões eruptivas da pele e da mucosa bucal. Alguns sinais são característicos, como a erupção cutânea, que começa usualmente na face, e linha de implantação dos cabelos, atrás da orelha, estendendo-se para o pescoço, peito, costas e extremidades. As manchas de Koplik foram relatadas em 97% dos casos (SHAFER; HINE; LEVY, 1987).

De acordo com Topazian; Goldberg; Hupp (2006) no fim da fase prodrômica as manchas de Koplik aparecem seguidas de erupções cutâneas. As manchas de Koplik são características do sarampo, aparecem normalmente na região do segundo molar na face vestibular, apresentam-se na cor azul-acizentada em uma base eritematosa. Este exantema dura alguns dias até aparecer as crostas e as lesões cutâneas. A pele começa a clarear depois de 5 dias da erupção.

Valentim (1998) preconizou como tratamento o repouso, a ingestão de líquidos, dieta adequada e uso de analgésicos.

O tratamento consiste em terapia de suporte e uso de antipiréticos. Nos casos de superinfecção bacteriana deve ser usado o antibiótico correto (TOPAZIAN; GOLDBERG; HUPP, 2006).

A melhor opção para tratamento é o programa de vacinação, no qual deve-se usar a vacina contra sarampo-caxumba-rubéola (NEVILLE et al., 2008).

Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)

O HIV (vírus da imunodeficiência humana) é um retrovírus humano que pode ser transmitido pela via sanguínea, pelo contato sexual e pela via vertical, ou seja, da mãe soropositiva para o feto durante a gestação, o parto ou a amamentação. Um aspecto relevante em relação à infecção pelo HIV é que ela pode variar num quadro que vai desde a ausência de sintomas à presença de doenças em estágio muito avançado (GUERRA, 2007).

De acordo com Castro (1999) muitas crianças infectadas permanecem assintomáticas por um bom tempo, mas acredita-se que nos casos de infecção congênita a maioria das crianças se torne sintomáticas nos dois primeiros anos de vida, evoluindo rapidamente para a morte. No entanto hoje em dia, graças aos novos medicamentos, isto parece estar se modificando e a sobrevivência dessas crianças vem aumentando.

As duas principais vias de transmissão do vírus HIV em crianças são a perinatal (mãe-filho) e transfusão de sangue e derivados. O HIV também pode ser transmitido através da amamentação com leite materno e apesar do número de casos documentados ser pequeno este parece ser um problema sério, principalmente nos países mais pobres

onde não existem alternativas satisfatórias para a substituição desse tipo de alimentação (CASTRO, 1999).

A apresentação clínica da infecção pelo HIV em crianças difere do adulto. Uma das principais diferenças é a grande susceptibilidade em desenvolver infecções bacterianas de repetição. O prognóstico da infecção pelo HIV em crianças varia de acordo com a via de transmissão, idade em que a infecção foi adquirida, presença de sintomas e idade em que os sintomas apareceram. Porém, o prognóstico parece ser pior em crianças com menos de um ano de idade onde a doença é mais fulminante (CASTRO, 1999).

Segundo Castro (1999) as lesões na cavidade bucal podem representar os primeiros sintomas clínicos da doença e as mais comuns são:

- Candidíase oral: de origem fúngica, sendo mais comum em crianças HIV positivo, podendo ser de três formas distintas, a candidíase eritematosa que apresenta áreas vermelhas localizadas no palato e dorso da língua e ocasionalmente em mucosa bucal; candidíase pseudomembranosa que apresenta placas brancas ou amarelas, que quando removidas revelam uma superfície sangrenta; e queilite angular com fissuras vermelhas e /ou úlceras irradiando dos cantos da boca, geralmente acompanhadas de pequenas placas brancas.
- Herpes simples: quando em crianças infectadas pelo vírus HIV, manifesta-se sob a forma de gengivostomatite herpética primária, na maioria das vezes causando o aparecimento de lesões orais e manifestações sistêmicas.
- Leucoplasia pilosa: é comumente vista em adultos infectados pelo HIV sendo pouco observado em crianças, virtualmente todo o paciente com língua pilosa é HIV positivo, fazendo dessa lesão um forte marco da infecção pelo HIV.

- Eritema linear gengival: é bem diferente da gengivite típica, caracteriza-se por um eritema linear de 2 a 3 mm circundando a gengiva marginal e é acompanhado de lesões difusas vermelhas, parecendo petéquias na gengiva inserida e mucosa oral.
- Hipertrofia de parótida: tem causa desconhecida, caracteriza-se por um aumento difuso, macio, uni ou bilateral, podendo ser acompanhada de dor, resultando em desfiguramento facial.
- Cárie: é um grande problema em crianças HIV positivo, causado na maioria das vezes por negligência e elevado teor de sacarose contida nos vários medicamentos pediátricos.

No estudo realizado por Silva; Lopes; Barreto (2002), das lesões mais comuns a gengivite foi apresentada com 20% das manifestações orais mais frequentes.

Sonis (1996) salientou que embora não tenha terapia disponível para o tratamento da imunodeficiência, o tratamento das complicações e a prevenção aliada à terapia antivirótica podem melhorar a sobrevida do paciente.

Os medicamentos antiretrovirais segundo Castro (1999) são utilizados para inibir a replicação do vírus e a combinação dos mesmos está melhorando muito o status de saúde dessas crianças.

DISCUSSÃO

Como este trabalho refere-se ao estudo das manifestações bucais de doenças infecciosas em crianças, e o diagnóstico das mesmas tem sempre o mesmo princípio, optamos por discutir somente as indicações quanto ao tratamento destas alterações estomatológicas.

Nas lesões causadas pelo impetigo, Valentim (1998) ressaltou a importância da limpeza da pele para a sua oxigenação no tratamento, podendo utilizar sabão, água fria e anti-sépticos para remoção das lesões crustulosas. Em contrapartida Cole; Gazewood (2007) não recomendaram o uso de desinfetantes para a limpeza da pele e sim o uso quando necessário de antibiótico tópico, enquanto que Neville et al. (2008) preconizaram o antibiótico sistêmico.

Em relação à escarlatina, Sonis (1996) ressaltou que o tratamento na fase inicial pode prevenir complicações e recomendou o uso de penicilina, destacando que colutórios paliativos podem ser úteis. Corroborando com a indicação da penicilina, na literatura encontramos os estudos de Neville et al. (1998) e Ortigosa et al. (2007).

Considerando o tratamento para a sífilis congênita, Neville et al. (2008) indicaram o uso da penicilina como antibiótico de primeira escolha, sendo a dose e o programa de administração relacionados com o estágio da doença, envolvimento neurológico e estado imune do paciente. Pacientes sensíveis à penicilina deve-se indicar a tetraciclina. Nem sempre a antibioticoterapia resulta em cura total, podendo apenas impedir a apresentação clínica da doença. Haddad et al. (2009) salientaram que o tratamento da sífilis deve ser realizado por profissionais especializados, porém o cirurgião-dentista deve saber diagnosticar e encaminhar o paciente para um tratamento adequado.

Como proposta de tratamento para os casos da candidíase, Baldani; Lopes; Scheidt (2001) afirmaram que deve ser executada uma higienização com solução saturada de bicarbonato de sódio e uso de antifúngicos à base de nistatina. Para evitar a recontaminação as mães devem ser instruídas a higienizar os seios antes da amamentação. Dentro de 10 a 14 dias os sintomas desaparecem. Já Sonis (1996), Leão; Gomes; Porter (2007), Neville et al. (2008), recomendaram o uso de antifúngicos como a nistatina (Micostatin[®]), por via tópica, o fluconazol por via sistêmica e em casos mais

graves o uso de anfotericina B. Sonis (1996) ainda acrescentou que a anfotericina B deve ser administrada por via endovenosa, que é altamente nefrotóxica. Haddad et al. (2009) argumentaram que o tratamento deve ser de acordo com o fator etiológico desencadeante e pela aplicação de antifúngicos locais como a nistatina ou o miconazol. Nas situações mais graves e resistentes uso sistêmico da nistatina, cetaconazol e fluconazol.

- Shafer; Hine; Levy (1987); Valentim (1998) asseguraram que não existe um tratamento específico para a gengivostomatite herpética primária, porém medidas de suporte devem ser tomadas para aliviar a dor do paciente, portanto recomendaram uso de agentes anestésicos locais e antibioticoterapia. Enquanto que Sonis (1996) preconizou como tratamento o repouso, antipiréticos e analgésicos, ingestão de líquidos e isolamento do paciente de irmãos e amigos. Haddad et al. (2009) indicaram antitérmico nos casos de febre a partir de 38° C e analgésico. Algumas vezes pode ser prescrito anti-histamínico (Benadryl® ou Fenegan®), em dose mínima, que apresenta como efeito colateral, uma leve sedação, diminuindo a irritabilidade da criança. Pode também ser aplicado sobre as lesões antes das refeições uma pomada manipulada a base de anestésico local (lidocaína) para alívio de dor durante o contato dos alimentos com a mucosa. Alimentos ácidos e condimentados devem ser evitados e deve-se promover a ingestão de bastante líquido prevenindo a desidratação.

Nos casos de herpes simples secundária ou recorrente Sonis (1996) preconizou como tratamento a manutenção das lesões bem lubrificadas com um emoliente e o isolamento do paciente de indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a infecção herpética primária. Enquanto que Valentim (1998) assegurou que o tratamento deve ser sintomático visando o alívio do desconforto. Agentes antivirais devem ser indicados para indivíduos imunodeprimidos nos casos de úlceras severas ou em casos de

recorrências frequentes. Haddad et al. (2009) prescreveram como tratamento o Aciclovir (Zovirax[®]) que diminui a duração das lesões e o tempo de cicatrização. O uso de vitamina C por via oral tem se mostrado eficaz, aumentando o intervalo entre os ciclos e diminuindo a intensidade dos surtos da enfermidade. A aplicação terapêutica de laser de baixa potência tem-se tornado outra opção terapêutica promovendo a diminuição da sintomatologia dolorosa e o ciclo da lesão.

Segundo Sonis (1996) para o tratamento da varicela deve-se adotar o uso de antipiréticos e repouso do paciente, e em alguns casos o uso de antibióticos para o tratamento das infecções secundárias das vesículas. Enquanto que Valentim (1998) salientou que o tratamento deve ser sintomático, reservando o uso de antivirais somente para os pacientes imunocomprometidos e Haddad et al. (2009) preconizaram o tratamento somente com analgésicos.

No tratamento do sarampo Valentim (1998) optou pela terapia de suporte e uso de analgésico; enquanto que Topazian; Goldberg; Hupp (2006) uso de antipiréticos e antibióticos nos casos de superinfecção e Neville et al. (2008) pelo programa de vacinação (vacina contra sarampo-caxumba-rubéola).

Com relação a AIDS, Sonis (1996) mostrou que embora não tenha terapia disponível para o tratamento das complicações, a prevenção aliada a terapia antivirótica deve ser realizada para melhora da sobrevida do paciente, entretanto Castro (1999) recomendou o uso de medicamentos antiretrovirais.

CONCLUSÕES:

Após a revisão da literatura podemos concluir que:

- O diagnóstico confiável deve ser baseado em um exame clínico sistematizado, completo e detalhado dos tecidos moles e duros da cavidade bucal;
- É importante a percepção e o reconhecimento das alterações bucais para realizar um correto e precoce diagnóstico de doenças sistêmicas;
- O conhecimento da etiologia é importante para a escolha correta do tratamento adequado;
- Deve-se reconhecer os sinais e sintomas de cada doença, já que muitos tratamentos são sintomáticos;
- O cirurgião-dentista pode ser o primeiro a detectar alterações patológicas com manifestações na cavidade bucal de crianças, portanto ele precisa saber reconhecer, diagnosticar, tratar ou encaminhar adequadamente para tratamento as lesões estomatológicas.

ABSTRACT

BUCCAL MANIFESTATIONS OF INFECTIOUS ILLNESSES IN CHILDREN- DIAGNOSIS AND TREATMENT

The health of the infantile patient is not only illness absence, but complete physical, psychological and social well-being. When these factors are in disequilibrium, can appear the illness. Of this form, the buccal health of the child does not have to be disentailed of its general health. When the buccal socket of the child if finds engaged for the illness, can occur a great discomfort for the same one, therefore the knowledge of the factors is essential that can generate the buccal alterations, to search one better prognostic and treatment, or same to prevent the installation of the illness. Therefore this study a revision of literature was mentioned to it on the buccal manifestations of the infectious illnesses that occurred in the buccal socket of children, detaching the importance of the diagnosis and the treatment of these pathological alterations. We can conclude that it is important to recognize, to diagnosis and to treat the pathological injuries. The surgeon-dentist must include in its daily routine the systematization of the clinical examination, including hard and soft tissue, therefore the accomplishment of a

precocious and necessary diagnosis allows to reach the best effectiveness of the treatment.

Key-words: infantile illnesses; infectious illnesses; istomatologicall alterations.

REFERÊNCIAS

BALDANI, M. H.; LOPES, C. M. D. L.; SCHEIDT, W. A. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa-PR, Brasil. **Pesqui Odontol Bras**, Ponta Grossa, v.15, n. 4, p. 302-307, out./dez. 2001.

CASTRO, G. F. Infecção pelo HIV em crianças e suas manifestações bucais- revisão de literatura. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, Curitiba, v.2, n.7, p. 223-229, set. 1999.

COLE, C. M. D.; GAZEWOOD, J. M. D.; M.S.P.H. Diagnosis and Treatment of Impetigo. **University of Virginia school of medicine**, Charlottesville, Virginia, march. 2007.

ESMANN, J. The many challenges of facial herpes simplex virus infection. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, Hellerup, v.47, p.17-27, 2001.

GUEDES-PINTO, A. C.; CORREA, M. S. N. P; GIGLIO, E. **Conduta clínica e psicologia em odontologia pediátrica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1987. 231 p.

GUERRA, L. M. Manifestações bucais da AIDS em crianças: Implicações clínicas para um cirurgião-dentista. **Revista de Odontologia da Universidade cidade de São Paulo**, São Paulo, V. 19, n.1, p.77-83, jan/abr 2007.

HADDAD, A. E. et al. Semiologia aplicada à Odontopediatria e à Hebiatria. In CRIVELLO JR., O. **Fundamentos de Odontologia: Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 2009, cap. 6, p. 111-132.

LEÃO, J. C.; GOMES, V. B.; PORTER, S. Ulcerative lesions of the mouth: an update for the general medical practitioner. **Clinics**. v.62, n.6, p.769-80, 2007.

LEÃO J. C.; GUEIROS L. A.; PORTER S.R. Oral manifestations of syphilis. **Clinics**, v.61, n.2, 2006. p. 61-6.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 798 p.

ORTIGOSA, S. et al., 43 casos d'escarlatina diagnosticats el 2006 al servei d'urgències. **Pediatria Catalana**, Barcelona, v.67, p.272-277,2007.

REGUEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. **Patologia bucal**: correlações clinicopatológicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 475 p.

SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, M. B. **Tratado de patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 837 p.

SILVA, R. A.; LOPES, F. F.; BARRETO, A. M. S.; Estudo clínico das manifestações orais da síndrome da Imunodeficiência Adquirida Pediátrica. **RGO**, v.50, n.1, p. 7-11, jan./fev./mar. 2002.

SONIS, A. Doenças de boca e manifestações orais de doenças sistêmicas. In: PINKHAM, J. R. et al. **Odontopediatria**: da infância a adolescência. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.77-92.

TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H.; HUPP, J. R. **Infecções orais e maxilofaciais**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2006. 529 p.

VALENTIM, C. Condições patológicas da cavidade bucal na infância. In: CORRÊA,

M.S.N.P. (Org.). **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos, 1998, cap. 32, p. 613-625.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSÁO, M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 246p.

Endereço para correspondência:

Gabriela Benicá Campos Dell'Orto
Av. Presidente Tancredo Neves, nº 429, Bairro Centro.
Resplendor-Minas Gerais
CEP 35230-000
Tel.: (33) 3263 1058
E-mail: gabidell@hotmail.com