

Doença periodontal e fatores de risco em pacientes HIV positivos

Periodontal disease and risk factors in HIV positive patients

Micheline Sandini Trentin*
Silvana Alba Scortegagna**
Maria Sonia Dalbello***
Marcos Eugênio de Bittencourt****
Maria Salete Sandini Linden*****
Simone Argenta*****
Marília Casalli*****
Matheus Neves*****
João Paulo De Carli*****
Cristiane Aparecida de Oliveira*****

Resumo

Este estudo teve como objetivo investigar a prevalência da doença periodontal e a associação de fatores de risco, como o fumo e uso de drogas, em pacientes portadores do vírus da imunodeficiência (HIV). A amostra foi constituída de 48 indivíduos HIV positivos, sendo 24 do sexo feminino e 24 do sexo masculino, com idade média de 33 anos, participantes do programa DST-Aids do Hospital Municipal Dr. César Santos, no setor Hospital Dia do município de Passo Fundo/RS. Desses pacientes, 32 apresentaram-se assintomáticos para HIV (66,66%), 11 sintomáticos (22,91%) e cinco (10,42%) não possuíam exames laboratoriais de carga viral e contagem de linfócitos CD4. Um examinador treinado realizou o exame clínico periodontal dos pacientes a partir de um prontuário clínico padronizado, que constou de médias de profundidade de sondagem e nível de inserção. Observou-se que a periodontite se manifestou mais em pacientes assintomáticos para o HIV, dos quais 12 apresentaram periodontite leve (25%), 11 periodontite moderada (22,91%) e nove periodontite severa (18,75%). Entre os fatores de risco analisados destaca-se o fumo como fator preponderante, havendo uma redução de 50% nos casos de periodontite severa em indivíduos não fumantes. A doença periodontal na população estudada não apresentou uma correlação direta com o número de linfócitos CD4.

Palavras-chave: Doença periodontal. Fatores de risco. Aids. Imunidade. Linfócitos CD4.

Introdução

As doenças periodontais afetam grande parte da população. Em termos globais, acredita-se que a periodontite seja responsável por 30-35% de todas as extrações dentárias, e a cárie e suas seqüelas, por até 50%¹. As manifestações crônicas da doença periodontal podem ser divididas, genericamente, em gengivite e periodontite, dependendo da existência ou não do acometimento dos tecidos de sustentação dos dentes. Nesse contexto, a gengivite é um achado quase universal nas populações, ao passo que a periodontite afeta aproximadamente 8% da população na sua forma mais agressiva².

A interação entre a agressão de determinadas bactérias e a resposta do hospedeiro tem como resultado a saúde ou a doença dos tecidos periodontais. Esse processo determina a presença de sangramento gengival e periodontal, podendo, em alguns casos, levar à perda de inserção clínica e à consequente perda dentária, quando não se consegue restringir a enfermidade².

Estudos epidemiológicos procuram estabelecer a relação causal entre uma característica, comportamento ou exposição e a manifestação de uma determinada doença. Segundo Nunn³ (2003), três tipos de causalidades são geralmente identificadas: causa suficiente, causa necessária e fator de risco.

* Cirurgião-dentista, especialista em Implantodontia - Faepo/Ar - SP, mestra em Periodontia/Ulbra - RS, Doutora em Periodontia/Unesp/Ar - SP. Professora da FOUPE.
** Psicóloga, mestra em Educação pela UPF - RS, especialista em Diagnóstico Psicológico - PUCRS, aluna do curso de Doutorado em Avaliação Psicológica pela UFS - SP. Professora da FOUPE.
*** Médica, mestra em Microbiologia pela UFRJ - RJ.
**** Cirurgião-dentista, mestre em Odontologia Preventiva - Unicastelo - SP, aluno do curso de Doutorado em Dentística pela São Leopoldo Mandic. Professor da FOUPE.
***** Cirurgião-dentista, mestra em Reabilitação Oral pela USP - SP, especialista em Implantodontia pela Unicastelo - SP, aluna do curso de doutorado em Implantodontia pela São Leopoldo Mandic. Professora da FOUPE.
***** Especialista em Periodontia/FOUPF, aluna do curso de mestrado em Periodontia - Ulbra - RS.
***** Cirurgiões-dentistas pela FOUPE.
***** Cirurgião-dentista, Mestre em Estomatologia - Unesp - Araçatuba - SP. Professor da FOUPE.
***** Cirurgião-dentista, Doutora em Periodontia/Unesp/Ar - SP. Professora da FOUPE.

Fator de risco é definido como uma exposição que aumenta a probabilidade de que a doença possa ocorrer, comprovado por estudos de corte longitudinal⁴. Entre os fatores de risco associados à doença periodontal, podem-se caracterizar os fatores sociais e comportamentais (fumo, álcool, drogas), além dos fatores sistêmicos (doença cardiovascular, pulmonar, gravidez, uso de drogas anti-convulsivantes, HIV e parto prematuro). O contrário também é verdadeiro, ou seja, a doença periodontal também pode contribuir para o desenvolvimento e progressão de alguns fatores sistêmicos.

Os fatores comportamentais são influenciados pelas condições sociais⁵. As pessoas respondem ao estresse psicológico e aos eventos adversos da vida pelo fumo, consumo excessivo de álcool, alimentação compulsiva e exposição a riscos⁶. Nesse sentido, comportamentos e respostas às circunstâncias da vida afetam o sistema imunológico, favorecendo maior desenvolvimento de doenças.

Observa-se que a saúde periodontal depende da interação dos fatores de risco com os mecanismos imunológicos. Por exemplo, fumantes são seis vezes mais predispostos a desenvolver doenças periodontais do que os não-fumantes. Há evidência para a correlação direta entre o número de cigarros fumados e o risco de desenvolvimento de doenças, incluindo as periodontais. Nesse sentido, os fumantes apresentam maior perda de inserção, maior profundidade de sondagem e maior perda dentária em razão da doença periodontal, quando comparados com não-fumantes^{7,8}.

As manifestações periodontais (gingivite, periodontite, GUNA e PUNA) têm se mostrado como sinais de comprometimento do sistema imunológico do indivíduo, e seu reconhecimento precoce pode causar impacto nos pacientes infectados (aids). Essas manifestações podem representar as primeiras expressões clínicas da infecção pelo HIV, juntamente com a infecção pelo herpes simples, zoster, candidíase e neoplasias⁹.

A infecção pelo HIV constitui-se num problema de saúde coletiva de abrangência mundial. A síndrome de imunodeficiência adquirida (aids), apesar dos esforços da comunidade médica, afeta milhões de indivíduos em todo o mundo, sendo ainda fatal¹⁰.

Para Harrison¹¹ (1995), à medida que a doença por HIV progride, ocorre comprometimento do sistema imunológico. O número de células CD4+ no sangue declina de seu nível normal (1.000 a 1.200/mm³) para menos de 200/mm³ nos estágios avançados da aids. Ao mesmo tempo, a relação entre células CD4+ e CD8+ no sangue diminui seu valor normal de 2 para menos de 0,5. À medida que o número de células CD4+ diminui, o sistema imunológico torna-se incapaz de conter as infecções causadas pelo HIV. Essa incapacidade permite a maior disseminação e multiplicação do vírus, com aumento da viremia.

Segundo Glick e Holmstrup¹² (2002), a imunodeficiência causada pelo HIV pode ter uma influência

direta sobre a patogênese da doença periodontal. Assim, indivíduos infectados pelo HIV exibem lesões bucais freqüentemente associadas à imunossupressão, as quais são causadas por patógenos oportunistas.

Para a lesão ser classificada como “associada ao HIV”, necessita apresentar um curso clínico diferente e uma aparência característica. Além disso, lesões periodontais agressivas podem ser a primeira expressão clínica de infecção pelo HIV. Essas infecções geralmente apresentam um curso mais grave nos tecidos periodontais quando comparadas a infecções que acometem indivíduos não-imunocompetentes^{13,14}.

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi verificar a prevalência das doenças periodontais (GUNA, PUNA e periodontite crônica) e sua associação com fatores de risco (fumo, uso de drogas e carga viral) correlacionados com a aids numa amostra de conveniência de indivíduos HIV positivos.

Materiais e método

Seleção dos pacientes

A amostra foi constituída por 48 indivíduos HIV positivos, sendo 24 do sexo masculino e 24 do sexo feminino, assintomáticos ou com aids. Os critérios de inclusão foram: pacientes HIV positivos, com idade entre 15 e 60 anos e com pelo menos vinte dentes presentes (ao menos um em cada sextante). Os critérios de exclusão foram: pacientes em tratamento periodontal e sob ação de antibioticoterapia por mais de seis meses, portadores de dentes com extração indicada, terceiros molares, raízes residuais e dentes implantados.

Para a classificação da infecção pelo HIV, foram consideradas três categorias clínicas: indivíduos assintomáticos; indivíduos sintomáticos; indivíduos com aids. Essas categorias foram padronizadas em faixas laboratoriais/linfócitos CD4, conforme preconizado pelo Centers for Disease Control and Prevention¹⁵ (1998), para adultos maiores de 13 anos.

- A - Carga de CD4 > 500/pmm³ – Pacientes assintomáticos
- B - Carga de CD4 variando de 200 a 499/pmm³ – Pacientes sintomáticos
- C - Carga de CD4 < 200/pmm³ – Pacientes com aids

Coleta de dados

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto em dez pacientes para investigação da doença periodontal com o objetivo de treinamento do examinador, com intervalo de 48h entre teste e reteste, no ambulatório odontológico da Faculdade de Odontologia da UPF. A concordância intra-examinador foi analisada por meio do teste estatístico Kappa, tendo como resultado 89% e concordância percentual de 92%.

Posteriormente, no Hospital Dia/Hospital Municipal Beneficente Dr. César Santos, no município de Passo Fundo - RS, foram examinados os pacientes HIV positivos e com síndrome da imunodeficiência humana que concordaram em participar do estudo nos meses de setembro de 2003 a janeiro de 2004. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UPF (176/03).

Após os pacientes terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, realizou-se o preenchimento da ficha de anamnese, a qual investigava as condições gerais de saúde, como uso de drogas, via de transmissão do HIV, tempo de soropositividade, hábitos de fumo, utilização de medicação antiretroviral, higiene bucal e levantamento dos dados sociodemográficos. Além disso, os prontuários dos indivíduos estudados foram revisados, visando à coleta de dados referentes à contagem de carga viral e células CD4+ no ambulatório DST/Aids do SUS (Hospital Dia) do Hospital César Santos de Passo Fundo - RS. O estudo foi considerado do tipo "cego", uma vez que o pesquisador não teve acesso ao prontuário clínico dos pacientes antes da realização do exame clínico periodontal.

Exame periodontal

As condições periodontais foram avaliadas por um periodontista treinado, tendo sido utilizada a ficha clínica periodontal recomendada pela Ucla Dental Center¹⁶.

Os exames intrabuciais foram realizados no ambulatório dentário do Hospital Municipal César Santos, em condições padronizadas. Os parâmetros clínicos periodontais foram avaliados pelos seguintes índices:

- Índice de Placa Visível (IPV), Índice de Sangramento Gengival (ISG)¹⁷ e Índice de Retenção de placa (IR), registrados em quatro sítios por dente.
- Profundidade Clínica de Sondagem (PCS) e Nível Clínico de Inserção (NCI), registrados em seis sítios por dente.

Para o registro das medidas de profundidade de sondagem e nível de inserção clínica, foi adotada a classificação internacional de doenças periodontais¹⁸:

- Periodontite leve (1-2 mm de perda de inserção clínica);
- Periodontite moderada (3-4 mm de perda de inserção clínica);
- Periodontite severa (> 5 mm de perda de inserção clínica).

Os dados foram tabulados e analisados por meio do programa SPSS versão 10.0[®] para Windows, tendo sido realizadas uma análise descritiva de frequência e comparação pelo teste qui-quadrado, teste t de Student e teste exato de Fisher no nível de 5% de significância.

Resultados

A metodologia permitiu a obtenção dos resultados apresentados nas Tabelas 1 a 7.

Observa-se na Tabela 1 que as idades médias dos pacientes apresentaram diferenças estatísticas para homens e mulheres, mas, em relação à raça, não houve diferença estatisticamente significativa, visto que a maioria da amostra era composta por indivíduos brancos.

Tabela 1 - Distribuição da amostra em relação à idade, gênero e raça (teste t de Student e teste exato de Fisher ao nível de 5% de significância)

	Total	Homens (n = 24)	Mulheres (n = 24)	p
Idade	34 ± 8	37 ± 9	31 ± 7	0,010*
Raça	Branca 40 (85 %)	22 (92 %)	18 (78%)	0,245#
	Negra 7 (15 %)	2 (8 %)	5 (22 %)	

* Valores apresentados como média ± desvio-padrão; teste t de Student

Teste exato de Fisher

De um total de 48 indivíduos HIV positivos da amostra estudada, constatou-se que a periodontite leve se manifestou em 11 homens (22,91%) e oito mulheres (16,66%); a periodontite moderada esteve mais presente no sexo feminino (20,83%) do que no masculino (14,58%) e houve uma igualdade quanto à manifestação da periodontite severa em ambos os sexos. Observa-se na Tabela 2 que os resultados do teste qui-quadrado não apresentaram diferenças significativas, indicando, dessa forma, que a variável gênero não interferiu na severidade da doença periodontal.

Tabela 2 - Distribuição da amostra em relação à severidade da doença periodontal quanto à variável gênero (teste qui-quadrado ao nível de significância de 5%)

Periodontite	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Leve	11	22,91	08	16,66	19	39,57
Moderada	07	14,58	10	20,83	17	35,41
Severa	06	12,51	06	12,51	12	25,02
Total	24	50	24	50	48	100
p = 0,70						

Conforme a Tabela 3 há uma semelhança na amostra entre os fumantes (n = 25) e não-fumantes (n = 23). Entre os indivíduos fumantes dez apresentavam periodontite leve (20,83%), sete, periodontite moderada (14,58%) e oito, periodontite severa (16,66%). Observou-se uma redução de 50% na manifestação da periodontite severa dos pacientes não fumantes, quando comparados aos fumantes. Por meio do teste qui-quadrado, os resultados não apresentaram correlações significativas entre o fumo e doença periodontal.

Tabela 3 - Distribuição da amostra em relação à severidade da doença periodontal quanto à variável fumo (teste qui-quadrado ao nível de significância de 5%)

Periodontite	Fumante		Não fumante		Total	
	n	%	n	%	n	%
Leve	10	20,83	09	18,75	19	39,58
Moderada	07	14,58	10	20,83	17	35,41
Severa	08	16,66	04	8,33	12	24,99
Total	25	52,07	23	47,91	48	100
$p = 0,48$						

Entre os 48 indivíduos estudados, 11 (22,91%) eram usuários de drogas e 37 (77,08%) não usuários. Por meio do teste qui-quadrado, os resultados não apresentaram diferenças significativas entre usuários de drogas e não usuários no que diz respeito à doença periodontal, uma vez que o número de não usuários de drogas analisados nessa amostra era cerca de três vezes maior do que o de usuários (Tab. 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra em relação à severidade da doença periodontal quanto à variável uso de drogas (teste qui-quadrado ao nível de significância de 5%)

Periodontite	Usuários de drogas		Não usuários		Total	
	n	%	n	%	n	%
Leve	4	8,33	15	31,25	19	39,58
Moderada	5	10,42	12	25	17	35,42
Severa	2	4,17	10	20,83	12	25
Total	11	22,91	37	77,08	48	100
$p = 0,63$						

A Tabela 5 mostra que apenas um paciente entre os 48 pesquisados apresentava GUN, representando 2,08% da amostra dentro da categoria de periodontite moderada. Apenas dois indivíduos apresentavam a ocorrência de PUN, com manifestação de periodontite severa. Os demais não apresentaram essa condição e estavam enquadrados nas categorias de periodontite leve (39,58%) e periodontite moderada (33,33%).

Tabela 5 - Distribuição da amostra em relação à presença de GUN (gingivite ulcerativa necrosante) e PUN (periodontite ulcerosa necrosante)

Periodontite	GUN						PUN					
	Sim		Não		Total		Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Leve	-	-	19	39,58	19	39,58	-	-	19	39,58	19	39,58
Moderada	1	2,08	15	31,25	16	33,33	-	-	16	31,25	16	33,33
Severa	-	-	13	27,08	14	27,08	02	4,16	11	14,58	13	27,07
Total	01	2,08	47	97,91	48	100	02	4,16	46	95,82	48	100

Observa-se na Tabela 6 que os níveis de doença periodontal leve e moderada foram equivalentes para os indivíduos com carga viral baixa (500 a 350/

ul) ou muito baixa-aids (< 200/ul). Já para a periodontite severa, 18,75% dos pacientes apresentaram-se assintomáticos, e apenas 2,08% mostraram-se sintomáticos. Através do teste qui-quadrado, os resultados não apresentaram diferenças significativas entre o nível de CD4 nos diferentes estágios de doença periodontal.

Tabela 6 - Distribuição da amostra em relação à severidade da doença periodontal e nível de CD4 (teste qui-quadrado ao nível de significância de 5%)

Periodontite	Baixa (de 500 a 350/ ul)		Muito baixa (< 200/ul; aids)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Leve	12	25,0	6	12,5	18	37,5
Moderada	11	22,91	4	8,33	15	31,25
Severa	9	18,75	1	2,08	10	20,83
Dados perdidos	-	-	-	-	05	10,42
Total	32	66,66	11	22,91	48	100,00
$p = 0,402$						

A Tabela 7 mostra que a periodontite leve se manifestou de maneira equivalente para todos os níveis de carga viral, sendo cinco indivíduos para carga indetectável (10,41%), seis para carga moderada (12,5%) e sete para severa (14,58%). Por sua vez, a periodontite severa aumentou conforme o nível de carga viral dos indivíduos. Porém, os resultados não apresentaram diferenças significativas quando analisados pelo teste qui-quadrado ao nível de significância de 5%.

Tabela 7 - Distribuição da amostra em relação à severidade da doença periodontal quanto à variável carga viral (teste qui-quadrado ao nível de significância de 5%)

Periodontite	Moderada (de 5 a 10.000 cópias)				Severa (acima 10.000 cópias)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Leve	5		6	12,5	7	14,58	18	37,5
Moderada	6	12,5	6	12,5	3	6,25	15	31,25
Severa	1	2,08	5	10,41	4	8,33	10	20,83
Dados perdidos							05	10,42
Total	12		17	35,41	14	29,16	48	
$p = 0,34$								

Discussão

Vários estudos abordaram a questão da prevalência da doença periodontal em pacientes HIV positivos¹⁹⁻²². Esses trabalhos não documentaram qualquer diferença significativa na prevalência e severidade da doença periodontal nesses indivíduos, quando comparados com os controles saudáveis.

O presente trabalho não encontrou uma relação direta entre o grau de imunossupressão por HIV e a prevalência da doença periodontal, uma vez que a maioria dos pacientes com doença periodontal severa

era assintomática ao HIV, estando de acordo com o estudo de Scheutz et al.²³ (1997) e Vastardis et al.²⁴ (2003), que não observaram correlação entre a contagem de linfócitos CD4 e doença periodontal severa.

Do total da amostra estudada, 32 indivíduos (66,66%) eram HIV positivos; 11 apresentavam aids (22,91%) e cinco (10,42%) não possuíam critérios clínicos e laboratoriais complementares que definissem o estágio da doença. A doença periodontal apresentou-se mais prevalente em pacientes HIV positivos do que nos pacientes com aids. Dos pacientes HIV positivos, 12 apresentavam periodontite leve (25%), 11, periodontite moderada (22,91%) e nove, periodontite severa (18,75%). Em relação aos pacientes com aids, seis apresentavam periodontite leve (12,5%), quatro (8,3%), periodontite moderada e somente um (2,08%), periodontite severa. Esses resultados estão de acordo com o estudo de Vastardis et al.²⁴ (2003), que realizaram uma pesquisa numa população masculina do programa de HIV do Medical Center-Louisiana/Nova Orleans, não observando correlação entre imunossupressão severa e doença periodontal. Resultados semelhantes foram também observados por Scheutz et al.²³ (1997) num grupo de pacientes na Tanzânia (119 HIV positivos, 73 com aids e 172 HIV negativos). Os resultados desses estudos não encontraram diferença significativa no sangramento à sondagem, profundidade de sondagem e perda de inserção entre indivíduos HIV negativos, HIV positivos e com aids. Já outros estudos documentaram uma relação entre a imunossupressão por HIV e a incidência e severidade das doenças periodontais, tal como a periodontite crônica do adulto. Kinane²⁵ (1999) relata que indivíduos com nível de linfócitos CD4 < 200 céls/mm³ apresentaram perda de inserção mais severa nas periodontites crônicas, sugerindo que em indivíduos HIV positivos a periodontite preexistente pode ser exacerbada.

Outro fator que pode ter influenciado os resultados do presente estudo é o nível da doença periodontal observada na amostra estudada ser relativamente elevado em relação a outros trabalhos citados na literatura. Do total da amostra examinada, 39,5% dos indivíduos apresentavam periodontite leve; 35,4%, moderada e 25%, severa. Porter et al.²⁶ (1989), ao examinarem 44 indivíduos HIV positivos, encontraram quatro com gengivite não específica e cinco com periodontite severa. Laskaris et al.²⁷ (1992) analisaram 160 pacientes HIV positivos, encontrando uma prevalência de 4% de gengivite, 19% de periodontite e 11% de gengivite necrosante. Martinez-Canut²⁸ (1996), ao examinar 101 pacientes soropositivos ao HIV que procuraram atendimento odontológico, observou 43,6% de periodontite leve, 10,9% de moderada e 8,9% de avançada.

As principais condições periodontais associadas com a aids, segundo Kinane²⁵ (1999), são: eritema gengival linear; gengivite ulcerativa necrosante (GUN); periodontite localizada severa; estomati-

te necrosante severa afetando gengiva e osso. Segundo Ryder²⁹ (2002), tais condições podem servir de preditores para a progressão da infecção pelo HIV, principalmente as formas de doença periodontal ulcerativa (PUN). Segundo Consensus Report³⁰ (1999), as lesões de PUN são comumente observadas em indivíduos com comprometimento sistêmico, mas não limitadas ao HIV, ao passo que a GUN é também comumente observada em indivíduos HIV negativos.

Dos indivíduos examinados no presente trabalho, apenas um apresentou a condição de GUN e dois de PUN. Resultados semelhantes foram observados na literatura. Melnick et al.³¹ (1989), ao examinar 803 homossexuais que participavam de um programa para pacientes HIV positivos, observaram que 4,3% dos pacientes soropositivos apresentavam GUN, contra 1,8% dos HIV negativos, não tendo sido essa diferença considerada estatisticamente significativa. Da mesma forma, Schulten et al.³² (1989) examinaram 75 pacientes holandeses HIV positivos que procuraram atendimento odontológico e encontraram apenas quatro (5%) com esse diagnóstico.

Segundo Lamster et al.²¹ (1998), a prevalência da PUN é baixa (menor ou igual a 5%), e esta lesão está associada à imunossupressão pronunciada. A análise de placa subgengival para a presença de patógenos bacterianos tem falhado em detectar diferenças entre pacientes HIV positivos e HIV negativos. Recentemente, estudos laboratoriais têm identificado alterações na resposta do hospedeiro no sulco gengival de pacientes HIV positivos. Esses dados sugerem que pacientes HIV positivos têm a regulação do recrutamento dos polimorfonucleares alterada no sulco gengival, o que se deve a uma redução Th₁ na resposta dos linfócitos. A quimiotaxia tem sido reduzida nos polimorfonucleares (estes representam a primeira linha de defesa do sistema imune) em pacientes com infecção pelo HIV, implicando alterações na resposta inflamatória.

Quanto aos fatores de risco, observou-se que a incidência de periodontite foi maior entre os não-usuários de drogas, sendo que 15 (31,25%) apresentavam periodontite leve; 12 (25%), periodontite moderada e dez (20,83%), periodontite severa. Dos 11 indivíduos usuários de drogas, quatro apresentavam periodontite leve (8,33%); cinco, periodontite moderada (10,41%) e dois, periodontite severa (4,16%). Resultados semelhantes foram observados por Melnick et al.³¹ (1989), os quais analisaram uma amostra de 141 pacientes HIV positivos, dos quais 60% eram fumantes e apenas 27% eram usuários de drogas. Por outro lado, segundo Martinez-Canut²⁸ (1996), numa amostragem de 101 pacientes HIV positivos, 84% faziam uso de drogas injetáveis, dos quais, 43,6% apresentavam periodontite leve; 10,9%, moderada e 8,9%, severa.

Em relação ao fumo, constatou-se que houve uma semelhança na amostra de fumantes (n = 25)

e não fumantes (n = 23) no presente estudo. Observou-se uma redução de 50% na manifestação da periodontite severa dos não-fumantes, quando comparados aos fumantes. Segundo Grossi et al.⁷ (1994), existe uma forte associação entre o fumo e a doença periodontal, visto que fumantes apresentam maior perda de inserção, maior profundidade de sondagem e maior perda dentária em razão da doença periodontal quando comparados com não-fumantes. Por sua vez, Lindhe et al.⁴ (2005) evidenciaram um risco maior de progressão da doença em fumantes, em indivíduos com altos níveis subgengivais de *Porphyromonas gingivalis* e naqueles que apresentavam uma piora de problemas financeiros.

Outro aspecto que pode interferir na prevalência e severidade da doença periodontal é a utilização de anti-retrovirais no tratamento dos HIV positivos. Patton et al.³³ (2000) revelaram que, ao estudar indivíduos infectados pelo HIV que estavam em tratamento, ocorreu uma diminuição significativa da prevalência de manifestações bucais do HIV, incluindo a doença periodontal, principalmente na forma ulcerativa e necrosante. No Brasil, o estudo de Pinheiro et al.²² (2004), realizado em 161 indivíduos de Pernambuco, relatou uma pequena prevalência da doença periodontal em pacientes HIV positivos que estavam utilizando anti-retrovirais.

Deve-se ressaltar que os pacientes analisados no presente estudo participavam de um Programa de Atenção ao HIV, promovido pelo Hospital DiasUS/Passo Fundo - RS. Tais indivíduos estavam em tratamento para o HIV e, embora recebessem regularmente medicamentos anti-retrovirais que diminuem a prevalência das infecções agudas como GUN e PUN, apresentavam índices elevados de doença periodontal crônica.

Conclusão

- A amostra estudada foi bastante homogênea, tendo sido composta por 24 mulheres e 24 homens, com idade média de 34 anos. Ressalta-se ainda que quarenta indivíduos pertenciam à raça branca e oito à raça negra.
- Não se observou uma associação direta entre a contagem de linfócitos CD4 e a doença periodontal.
- O fumo apresentou interferência na prevalência da severidade da doença periodontal, a qual, no entanto, foi considerada estatisticamente não significativa.
- Observou-se que a prevalência de GUN e PUN foi pequena neste estudo, o que, provavelmente, tenha ocorrido em virtude da utilização de medicamentos anti-retrovirais pelos indivíduos da amostra estudada.
- Novos estudos com amostras representativas são necessários para melhor evidenciar o tema.

Abstract

The objective of this study is to investigate the prevalence of periodontal disease and the association of risk factors, such as smoking and drug use in patients with the HIV virus. The sample was consisted of 48 positive HIV individuals: 24 female subjects and 24 male subjects, at an average age of 33 years old, participants of the DST-Aids program of the Cesar Santos Municipal Hospital, in the sector of Day Hospital of Passo Fundo/RS. Among these patients, 32 showed asymptomatic for HIV (66,66%), 11 symptomatic for HIV (22,91%) and five (10,42%) did not have laboratorial tests of viral charge or CD4 counting. A calibrated examiner carried out a periodontal clinical test of the patients, from a standardized clinical record file, which was consisted of plaque level and gingival bleeding, depth of probing and level of periodontal destruction. It was observed that the periodontitis had manifested more in asymptomatic patients for HIV, since 12 presented shallow pockets (25%), 11 moderate pockets (22,91%) and 9 severe pockets (18,75%). Among the risk factors, smoke can be highlighted as a prevailing factor, showing a reduction of 50% of severe periodontitis in non-smoking subjects. The periodontal disease on the studied population did not show a direct correlation with the CD4 lymphocyte number.

Key words: Periodontal disease. Risk factors. Aids. Immunology. CD4 lymphocyte.

Referências

1. Papapanou PN, Lindhe J. Epidemiologia das doenças periodontais. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 49-80.
2. Oppermann RV, Rosing CK. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: Krieger L. Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 255-81.
3. Nunn ME. Compreendendo a etiologia da periodontite: uma visão geral dos fatores de risco periodontais. Periodontologia 2000, 2003; (32):11-23.
4. Lindhe J, Karring T, Lang N. Tratado de periodontia clínica e Implantologia Oral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
5. Graham H. Behaving well: women's health behavior in context. In: Roberts H, editor. Women's Health Counts London: Routledge; 1990.
6. Elstad JI. The psycho-social perspective on social inequalities in health. In: Bartley M, Blane D, Davey Smith G, editors. The Sociology of Health Inequalities. Oxford: Blackwell; 1998.
7. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunford RG, Matchei EE et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. J Periodontol 1994; 65(3):260-7.
8. Haber J, Kent RL. Cigarette smoking in a periodontal practice. J Periodontol 1992; 63:100-2.
9. Ress TD. Aids e o periodonto. In: Newman MG, Takei HH, Carranza FA. Carranza Periodontia Clínica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 369-81.

10. Pindborg JJ. Global aspects of HIV pandemic. *Adv Dent Res* 1995; 9(2):146.
11. Harrison TR. *Medicina interna*. 13. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1995. p. 1641-93.
12. Glick M, Holmstrup P. Infecção pelo HIV e doenças periodontais. In: Rose M, Genco C. *Medicina Periodontal*. São Paulo: Santos; 2002. p. 183-93.
13. Reichart PA, Gelderblom HR, Becker J. AIDS and the oral cavity. The HIV-infection: virology, etiology, origin, immunology, precautions and clinical observations in 110 patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997; (16):129-53.
14. Corbet EF. Diagnosis of acute periodontal lesions. *Periodontology* 2000, 2004; 34:204-16.
15. Centers for Disease Control and Prevention 1998. Atlanta: Program evaluation. Division of HIV/Aids Prevention. Intervention Research and Support National Center for HIV: STD and TB Prevention Centers for disease control and prevention, bit. list.ser.area 28 set.
16. Carranza N, Takei H, Newman MG. *Periodontia clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
17. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J Guildford* 1975; 25(4):229-35.
18. *Annals of Periodontology*. International workshop for a classification of periodontal disease and conditions 1999; 4(1).
19. Friedman RB, Gunsolley J, Gentry A, Dinius A, Kaplowitz L, Settle J. Periodontal Status of HIV-soropositive and Aids patients. *J Periodontol* 1991; 62(10):623-7.
20. Masouredis CM, Katz MH, Greenspan D, Herrera C. Prevalence of HIV-associated periodontitis and gingivitis in HIV-infected patients attending and Aids clinic. *J Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1992; (5):479-83.
21. Lamster IB, Grbic JT, Mitchel-Lewis MD, Begg MD, Mitchell A. New concepts regarding the pathogenesis of periodontal disease in HIV infection. *Ann Periodontol* 1998; 3(1):62-75.
22. Pinheiro A, Marcenes W, Zakrzewska JM, Robinson RG. Dental and oral lesions in HIV infected patients: a study in Brazil. *Int Dent J* 2004; 54(3):131-7.
23. Scheutz F, Matte MI, Andsager L, Holm AM, Moshi J, Kagoma C. Is there an association between periodontal condition and HIV infection? *J Clin Periodontol* 1997; 24(8):580-7.
24. Vastardis SA, Yukna RA, Fidel PL Jr, Leigh JE, Mercante DE. Periodontal disease in HIV-positive individuals: association of periodontal indices with stages of HIV disease. *J Clin Periodontol* 2003; 74(9):1336-41.
25. Kinane DF. Periodontitis modified by systemic factors. In: *Ann Periodontol* 1999; 4(1):54-63.
26. Porter SR, Luker J, Sculley C, Glover S, Griffiths MJ. Orofacial manifestations of a group of british patients infected with HIV-1. *J Oral Pathol Med* 1989; 18(1):47-8.
27. Laskaris G, Madjivassilion M, Stratigos J. Oral signs and symptoms in a 60 greek HIV infected patients. *J Oral Pathol Med* 1992; 21(3):120-3.
28. Martinez-Canut P. Periodontal disease in HIV soropositive patients and its relation to lymphocytes subsets. *J Periodontol* 1996; 67(1):33-6.
29. Ryder MI. An update on HIV and periodontal disease. *Journal of Periodontol* 2002; 73(9):1071-8.
30. Consensus Report. Necrotizing periodontal diseases. *Ann Periodontol* 1999; 4:78.
31. Melnick SL, Engel D, Truelove E. Oral mucosal lesions: association with presence of antibodies to the human immunodeficiency virus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68(1):37-43.
32. Schulten EA, Ten Cate RW, Wander Wall I. Oral manifestations of HIV infection in 75 dutch patients. *J Oral Pathol Med* 1989; 18(1):142-6.
33. Patton LL, McKraig R, Strauss R, Rogers D, Eron JJ. Changing prevalence of oral manifestations of human immunodeficiency virus in the era protease inhibitor therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2000; 89(3):299-304.

Endereço para correspondência

Micheline Sandini Trentin
 Faculdade de Odontologia da Universidade
 de Passo Fundo
 Campus I - Br 285/ Km 171
 99001-970 – Passo Fundo - RS
 Fone: (54) 3316-8402
 E-mail: tmicheline@upf.br

Recebido: 07.03.2007 Aceito: 31.08.2007