

## Manifestações estomatológicas, contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> e carga viral de crianças brasileiras e norte-americanas infectadas pelo HIV

### *Oral manifestations, counts of CD4<sup>+</sup> T lymphocytes and viral load in Brazilian and American HIV-infected children*

Liliane Janete GRANDO\*

Liliane Soares YURGEL\*\*

Denise Cantarelli MACHADO\*\*\*

Carmen Lúcia SILVA\*\*\*\*

Márcia MENEZES\*\*\*\*\*

Cláudia PICOLLI\*\*\*\*\*

---

GRANDO, L. J.; YURGEL, L. S.; MACHADO, D. C.; SILVA, C. L.; MENEZES, M.; PICOLLI, C. Manifestações estomatológicas, contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> e carga viral de crianças brasileiras e norte-americanas infectadas pelo HIV. **Pesqui Odontol Bras**, v. 16, n. 1, p. 18-25, jan./mar. 2002.

A prevalência de manifestações estomatológicas associadas à infecção pelo HIV foi avaliada em 184 crianças de ambos os sexos, da faixa etária de zero a 13 anos de idade, atendidas nos Ambulatórios de AIDS Pediátrica do Hospital São Lucas (HSL) da PUCRS, e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) da UFRGS, ambos em Porto Alegre, RS, Brasil e no Centro Pediátrico para Doenças Infecciosas do Hospital Universitário e Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Nova Iorque (SUNY) em Stony Brook, Nova Iorque, EUA, no período de janeiro de 1999 a maio de 2000. A frequência de crianças brasileiras (72,73%) e norte-americanas (53,66%) com manifestações estomatológicas associadas à infecção pelo HIV foi estatisticamente significativa, com destaque para linfadenopatia cêrvico-facial, aumento de volume das parótidas, candidíase eritematosa, petéquias, gengivite, xerostomia e queilite angular. As crianças com manifestações estomatológicas apresentaram contagens médias de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> próximas à normalidade e carga viral alta.

UNITERMOS: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Manifestações bucais; HIV; Linfócitos T-CD4 positivos; Carga viral.

---

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS ou SIDA) é uma doença de "...origem infecciosa, viral, letal, transmissível através de sangue e secreções humanas contaminadas, atingindo o sistema imunológico do portador, deixando-o predisposto às infecções oportunistas"<sup>5</sup>. Esforços no sentido de se encontrar a cura da AIDS e torná-la menos letal têm sido realizados por milhares de pesquisadores e clínicos em todo o mundo.

Considera-se AIDS pediátrica quando a infecção pelo HIV ocorre em crianças de zero a 13 anos de idade<sup>1,8,9</sup>. Os primeiros casos de AIDS pediátrica no mundo foram reportados por AMMANN *et al.*<sup>2</sup> (1982) e O'REILLY *et al.*<sup>13</sup> (1982) e, no Brasil, o primeiro registro<sup>3</sup> foi feito em 1983.

A maioria das crianças adquire o vírus a partir de suas mães, através da transmissão vertical, e tem seu sistema imunológico afetado na plenitude de seu desenvolvimento e crescimento, podendo

---

\*Doutora, Professora de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina.

\*\*Doutora, Coordenadora do Programa de Doutorado em Estomatologia; \*\*\*Doutora, Professora do Departamento de Medicina Interna; \*\*\*\*\*Mestre, Médica Pediatra do Ambulatório de AIDS Pediátrica do Hospital São Lucas – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

\*\*\*\*Mestre, Médica Pediatra do Ambulatório de AIDS Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

\*\*\*\*\*Médica Pediatra do Ambulatório de AIDS Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

desenvolver anormalidades neuropsicológicas e falhas no desenvolvimento normal<sup>9</sup>. A transmissão vertical pode ocorrer no útero, em qualquer período da gestação, durante o parto normal ou cesariana ou ainda através do aleitamento materno<sup>4,10,14</sup>. Apenas um pequeno número de crianças adquire o HIV através de abuso sexual, uso de drogas injetáveis, transfusões sanguíneas ou do uso de derivados do sangue<sup>1,8</sup>. Os avanços tecnológicos e o emprego de melhores métodos de diagnóstico e de terapias mais agressivas têm aumentado a sobrevivência de crianças infectadas pelo HIV<sup>7,12,17</sup>.

As significativas anormalidades funcionais decorrentes da infecção pelo HIV tornam as crianças mais suscetíveis às infecções oportunistas, inclusive na cavidade bucal<sup>9</sup>. Em 1994, o Centro para Controle e Prevenção de doenças (CDC) nos Estados Unidos incluiu algumas manifestações estomatológicas nos critérios de classificação da AIDS pediátrica<sup>16</sup>.

Existem várias diferenças entre adultos e crianças quanto à infecção pelo HIV, incluindo diferenças na frequência de algumas manifestações estomatológicas<sup>1</sup>. As manifestações estomatológicas mais comumente relatadas em crianças infectadas pelo HIV foram agrupadas por RAMOS-GOMEZ *et al.*<sup>15</sup> (1999) e classificadas em: lesões comumente associadas à infecção pelo HIV em crianças (grupo 1); lesões menos comumente associadas à infecção pelo HIV em crianças (grupo 2); lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV, mas raramente encontradas em crianças (grupo 3).

Este trabalho teve como propósito estudar as manifestações estomatológicas da infecção pelo HIV numa amostra de crianças brasileiras e norte-americanas, buscando relacionar sua presença com a contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> e a carga viral dos pacientes da amostra.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto que deu origem a este trabalho foi submetido à apreciação do Programa de Doutorado em Estomatologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e dos Comitês de Ética e Pesquisa dos hospitais envolvidos, tendo sido aprovado sem restrições.

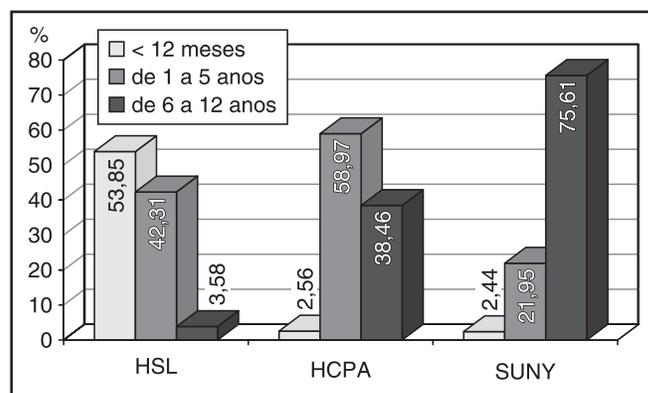
A amostra foi composta por crianças de zero a 13 anos de idade, de ambos os sexos, infectadas pelo HIV, atendidas nos ambulatórios de AIDS pediátrica do Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ambos em Porto Alegre (RS, Brasil), e do Centro Pediátrico para Doenças Infecciosas, Hospital Universitário e Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Nova Iorque (SUNY) em Stony Brook (Nova Iorque, EUA), no período compreendido entre janeiro de 1999 e maio de 2000.

Após o consentimento dos pais/responsáveis para a inclusão da criança neste estudo, foi realizado o preenchimento de uma ficha clínica. Depois disso, foi realizado o exame clínico de interesse estomatológico, que incluía a palpação de linfonodos, exame da região parotídea, exame peribucal e intrabucal. O diagnóstico das manifestações bucais foi feito de acordo com os critérios clínicos preconizados por MELNICK *et al.*<sup>11</sup> (1993) e por RAMOS-GOMES *et al.*<sup>15</sup> (1999). A posterior revisão dos prontuários médicos dos pacientes permitiu a obtenção dos resultados dos testes laboratoriais de contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> (valores percentuais) e de carga viral (valores expressos em log<sub>10</sub>). Os dados obtidos foram tabulados e submetidos à análise estatística.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 184 crianças infectadas pelo HIV, sendo 117 (63,59% da amostra) do ambulatório de AIDS pediátrica do HCPA, 26 (14,13% da amostra) do HSL e 41 (22,28% da amostra) dos ambulatórios da SUNY, em Stony Brook. O Gráfico 1 mostra a distribuição da amostra em números percentuais, de acordo com os hospitais envolvidos no estudo e a faixa etária dos pacientes da amostra. Da amostra estudada,



**GRÁFICO 1** - Distribuição da amostra em números percentuais (%), segundo os hospitais e a faixa etária. HSL = Hospital São Lucas; HCPA = Hospital de Clínicas de Porto Alegre; SUNY = Universidade Estadual de Nova Iorque.

**TABELA 1** - Distribuição das amostras brasileira e norte-americana, em frequência (*f*) e número percentual (%), segundo a presença ou não de manifestações estomatológicas associadas ao HIV.

Presença ou não de manifestações estomatológicas	País				Total	
	Brasil		EUA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Crianças com manifestações	104	72,73	22	53,66	126	68,48
Crianças sem manifestações	39	27,27	19	46,34	58	31,52
Total	143	100,00	41	100,00	184	100,00

47,28% eram do gênero feminino e 52,72% do gênero masculino. O principal meio de aquisição do HIV pelas mães naturais das crianças estudadas foi a transmissão sexual (51,09%) e nas crianças foi a transmissão vertical (97,28%). Os dados obtidos corroboram os dados epidemiológicos brasileiros e mundiais que apontam a transmissão vertical como principal via de transmissão do HIV em crianças<sup>1,4,6</sup>.

SONIS *et al.*<sup>17</sup> (1996) afirmaram que a maioria dos pacientes com AIDS desenvolve manifestações estomatológicas em algum momento da infecção. TUNKEL *et al.*<sup>18</sup> (1989) salientaram que cerca de 40% dos sinais e sintomas da AIDS encontram-se na região da cabeça e do pescoço. Os primeiros artigos sobre AIDS pediátrica já mencionavam o fato de manifestações estomatológicas, tais como as candidíases, sugerirem quadros de imunodeficiência significativa<sup>2,13</sup>. A importância das manifestações estomatológicas nas crianças infectadas pelo HIV levou à inclusão destas nos critérios de classificação da AIDS pediátrica proposta pelo CDC em 1994. Elas têm sido apontadas como de grande valor prognóstico na avaliação da progressão da doença<sup>16</sup>.

Na Tabela 1, encontra-se a distribuição das amostras brasileira e norte-americana, de acordo com a presença ou não de manifestações estomatológicas associadas ao HIV.

Através do teste qui-quadrado ( $p = 0,01$ ), verifica-se uma relação significativa entre a presença de manifestações estomatológicas e o país em estudo. Observa-se que a amostra brasileira apresentou uma maior frequência de crianças com manifestações estomatológicas do que a amostra norte-americana.

Um total de 94,02% das crianças da amostra apresentou linfadenopatia cérvico-facial, com variações no tamanho, número e posição dos linfonodos aumentados. A linfadenopatia cérvico-facial

não está incluída no sistema de classificação de manifestações estomatológicas proposto por RAMOS-GOMES *et al.*<sup>15</sup> (1999). Apesar disso, achamos importante citá-la em função da alta frequência em que foi diagnosticada nas crianças deste estudo.

A distribuição das demais manifestações de interesse estomatológico associadas à infecção pelo HIV, diagnosticadas na amostra estudada, encontra-se na Tabela 2. Elas serão apresentadas em ordem decrescente, considerando-se a frequência total nas crianças que as apresentaram.

Na Tabela 2, pode-se observar que as manifestações estomatológicas mais frequentes em toda a amostra estudada foram: aumento de volume das parótidas, candidíase eritematosa, petéquias, gengivite, xerostomia e queilite angular. As demais manifestações tiveram uma frequência inferior a 10% do total de crianças da amostra. Todas as manifestações de interesse estomatológico associadas ao HIV e diagnosticadas na amostra estudada já haviam sido relatadas na literatura, porém em diferentes frequências. A maioria das manifestações estomatológicas intrabucais diagnosticadas apresentou-se com pouca intensidade, exigindo um cuidadoso exame clínico.

As Figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6 mostram alguns casos clínicos de manifestações estomatológicas diagnosticadas nas crianças da amostra.

A contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> varia muito em crianças e adultos jovens, sendo mais confiável a utilização dos seus valores percentuais na avaliação do estado imunológico do paciente<sup>16</sup>. Estima-se que crianças com quadro clínico estável e contagens de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> numa faixa de 25 a 29% apresentam 31% de chances de sobrevida em 5 anos<sup>8</sup>.

O Gráfico 2 mostra a distribuição das amostras brasileira e norte-americana, com relação à contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup>. A análise estatística através do teste do qui-quadrado ( $p = 0,01$ ) apon-

tou relações significativas entre as categorias imunológicas e o país, ou seja, as crianças norte-americanas encontravam-se em maior frequência na categoria “contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> maior ou igual a 25%”, enquanto as crianças brasileiras encontravam-se em maior frequência na categoria “contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> menor que 15%”.

Na Tabela 3, encontram-se a média e o desvio padrão das contagens de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> das crianças que apresentaram as manifestações estomatológicas mais frequentes (presentes em mais de 10% da amostra total estudada).

Através dos resultados da análise de variância (ANOVA), não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias das contagens de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> dos pacientes com as diferentes manifestações estomatológicas diagnosticadas. A presença de manifestações estomatológicas não ocorreu necessariamente em crianças com baixas contagens de linfócitos T-CD4<sup>+</sup>. Com o advento de novos medicamentos anti-retrovirais e

com a valorização do diagnóstico e tratamento precoce das manifestações estomatológicas, a contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> não pode mais ser considerada isoladamente, como valor prognóstico ou para instituir o tratamento adequado. Mesmo em crianças não infectadas, a contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> pode ser mais baixa em determinadas situações e é menos estável do que em adultos. A análise conjunta da contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> e da carga viral serve como importante marcador da evolução da infecção pelo HIV, devendo ser associada aos dados clínicos<sup>15</sup>.

A mensuração da carga viral, ou seja, a quantidade de cópias do HIV circulantes no plasma, tem papel fundamental no acompanhamento clínico da infecção pelo HIV no paciente. A carga viral varia de acordo com o momento da infecção e com a idade do paciente; no início da infecção, ela tende a atingir picos muito elevados, mas com o início da resposta humoral, ela tende a se estabilizar. Considera-se muito alta a carga viral (log<sub>10</sub>) igual a 5,0<sup>8</sup>.

**TABELA 2** - Distribuição das amostras brasileira e norte-americana, em frequência (*f*) e número percentual (%), segundo as manifestações estomatológicas presentes.

Manifestações estomatológicas*	País					
	Brasil		EUA		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Aumento de volume das parótidas	43	39,45	11	40,74	54	39,71
Candidíase eritematosa	40	36,70	-	-	40	29,41
Petéquiias	20	18,35	3	11,11	23	16,91
Gengivite	14	12,84	2	7,41	16	11,76
Xerostomia	8	7,34	7	25,93	15	11,03
Queilite angular	11	10,09	3	11,11	14	10,29
Dermatite seborréica peribucal	7	6,42	4	14,81	11	8,09
Úlceras bucais	11	10,09	-	-	11	8,09
Candidíase pseudomembranosa	9	8,26	1	3,70	10	7,35
Herpes simples recorrente	7	6,42	1	3,70	8	5,88
Eritema gengival linear	3	2,75	5	18,52	8	5,88
Molusco contagioso	5	4,59	-	-	5	3,68
Leucoplasia pilosa	3	2,75	1	3,70	4	2,94
Candidíase hiperplásica	4	3,67	-	-	4	2,94
Gengivoestomatite herpética aguda	1	0,92	-	-	1	0,74
Total	186	-	38	-	224	-

\*Algumas crianças apresentaram mais de um tipo de manifestação estomatológica concomitantemente.



**FIGURA 1** - Aumento de volume bilateral das parótidas.



**FIGURA 2** - Candidíase eritematosa em região de palato duro.



**FIGURA 3** - Múltiplas petéquias em mucosa do lábio inferior.



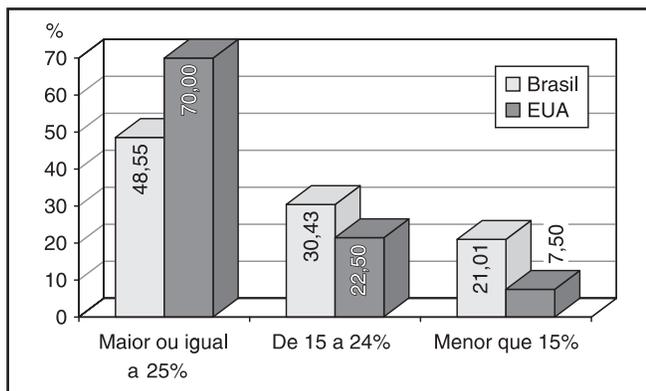
**FIGURA 4** - Herpes simples recorrente em fase de cicatrização (crostas) em região peribucal.



**FIGURA 5** - Eritema gengival linear, nos arcos superior e inferior.



**FIGURA 6** - Candidíase pseudomembranosa, com destaque para a lesão em região de mucosa jugal.



**GRÁFICO 2** - Distribuição das amostras brasileira e norte-americana em números percentuais, segundo a contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup>.

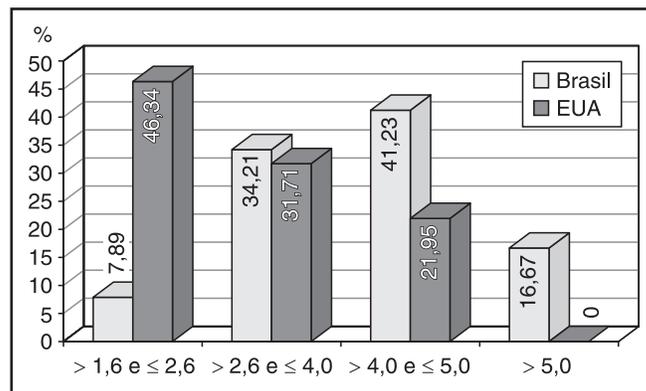
**TABELA 3** - Contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> (média ± desvio padrão) das crianças que apresentaram as manifestações estomatológicas mais freqüentes nos dois países.

Manifestações estomatológicas mais freqüentes*	f	Contagem de linfócitos T-CD4 <sup>+</sup> (%)	
		Média	Desvio padrão
Aumento de volume das parótidas	54	23,31	10,04
Candidíase eritematosa	40	24,65	8,78
Petéquias	23	23,73	11,50
Gengivite	16	22,49	11,79
Xerostomia	15	26,98	13,67
Queilite angular	14	25,21	16,09

\*Algumas crianças apresentaram mais de um tipo de lesão estomatológica concomitantemente; f = freqüência (%).

O Gráfico 3 mostra a distribuição da carga viral ( $\log_{10}$ ) nas crianças brasileiras e norte-americanas estudadas. Observa-se que as crianças norte-americanas estão em maior freqüência na categoria “carga viral maior que 1,6 e menor ou igual a 2,6”, enquanto as crianças brasileiras estão em maior freqüência nas categorias “carga viral maior que 4,0 e menor ou igual a 5” e “carga viral acima de 5”. Na Tabela 4, encontram-se a média e o desvio padrão da carga viral das crianças que apresentaram as manifestações estomatológicas mais freqüentes.

Através da análise de variância (ANOVA), verificou-se que existem diferenças significativas entre a carga viral média nos pacientes com as manifesta-



**GRÁFICO 3** - Distribuição das amostras brasileira e norte-americana, em números percentuais (%), segundo a carga viral ( $\log_{10}$ ).

**TABELA 4** - Carga viral em  $\log_{10}$  (média ± desvio padrão) das crianças que apresentaram as manifestações estomatológicas mais freqüentes

Manifestações estomatológicas mais freqüentes*	f	Carga viral ( $\log_{10}$ )	
		Média	Desvio padrão
Aumento de volume das parótidas	54	3,91 <sup>ab</sup>	0,99
Candidíase eritematosa	40	4,47 <sup>c</sup>	1,06
Petéquias	23	4,06 <sup>bc</sup>	0,96
Gengivite	16	3,95 <sup>ab</sup>	1,27
Xerostomia	15	3,41 <sup>a</sup>	0,94
Queilite angular	14	4,31 <sup>bc</sup>	1,00

\* Algumas crianças apresentaram mais de um tipo de lesão estomatológica concomitantemente. f = freqüência (%). Médias seguidas de mesma letra não diferem entre si.

ções estudadas. Observa-se que a xerostomia, o aumento de volume das parótidas e a gengivite estão relacionadas a valor médio de carga viral mais baixos. A candidíase eritematosa foi a manifestação que apresentou carga viral média mais alta, não diferindo muito das petéquias e da queilite angular ( $p = 0,05$ ).

A Tabela 5 mostra a média e o desvio padrão da contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> e da carga viral, nas crianças com e sem manifestações estomatológicas associadas à infecção pelo HIV.

Através do teste “t” de Student não foram verificadas diferenças significativas entre as médias das contagens de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> e carga viral das crianças com e sem manifestações.

**TABELA 5** - Contagem de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> e carga viral em log<sub>10</sub> (média ± desvio padrão) das crianças que apresentaram ou não manifestações estomatológicas.

Presença ou não de manifestações estomatológicas	f	Contagem de linfócitos T-CD4 <sup>+</sup> (%)		Carga viral (log <sub>10</sub> )	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Crianças com manifestações	126	25,31	11,45	4,0	1,04
Crianças sem manifestações	58	32,17	14,25	3,77	0,92

f = frequência (%).

## CONCLUSÕES

A análise dos resultados obtidos nos permite concluir:

- As crianças brasileiras apresentaram maior frequência de manifestações estomatológicas do que as crianças norte-americanas.
- Foi alta a frequência de crianças brasileiras (72,73%) e norte-americanas (53,66%) com manifestações estomatológicas associadas à infecção pelo HIV, com destaque para a linfadenopatia cêrvico-facial, aumento de volume das parótidas, candidíase eritematosa, petéquias, gengivite, xerostomia e queilite angular.
- As crianças com manifestações estomatológicas associadas à infecção pelo HIV apresentaram

contagens médias de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> próximas à normalidade e carga viral alta.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas considerações devem ser feitas sobre as diferenças entre a amostra brasileira e a norte-americana.

A maioria das crianças da amostra brasileira apresentou um histórico de saúde mais complexo, com várias internações hospitalares e menor adesão aos tratamentos anti-retrovirais. Muitas das famílias brasileiras apresentaram sérias dificuldades em administrar esquemas complexos de tratamento às crianças, devido a problemas sócio-econômico-culturais, especialmente nos casos em que os responsáveis pelas crianças eram os avós ou parentes mais distantes.

Esse fato não foi observado na amostra norte-americana e grande quantidade de material informativo encontrava-se disponível, facilitando sobremaneira o esclarecimento de dúvidas. Além disso, a equipe médica norte-americana contava com um maior número de profissionais, incluindo nutricionistas, psicólogos, assistente social, dentista, fisioterapeutas e outros.

Acreditamos que as dificuldades econômicas enfrentadas pelas equipes brasileiras participantes deste trabalho e a demanda crescente e descontrolada de pacientes pediátricos infectados pelo HIV influenciaram os resultados obtidos.

GRANDO, L. J.; YURGEL, L. S.; MACHADO, D. C.; SILVA, C. L.; MENEZES, M.; PICOLLI, C. Oral manifestations, counts of CD4<sup>+</sup> T lymphocytes and viral load in Brazilian and American HIV-infected children. **Pesqui Odontol Bras**, v. 16, n. 1, p. 18-25, jan./mar. 2002.

Oral manifestations related to HIV infection were evaluated in 184 children of both genders, aging 0-13 years. The oral exams were carried out at the Ambulatory of Pediatric AIDS, São Lucas Hospital and at the Clinics Hospital, both in Porto Alegre, RS, Brazil, and at the University Hospital and School of Dentistry, State University of New York, Stony Brook, NY, USA, from January 1999 to May 2000. A high prevalence of oral manifestations was observed both in Brazilian (72.73%) and American (53.66%) children. The most frequent manifestations were cervical lymphadenopathy, swelling of the parotids, erythematous candidiasis, petechia, gingivitis, xerostomia and angular cheilitis. Children with oral manifestations had almost normal counts of CD4<sup>+</sup> T lymphocytes and high viral load.

UNITERMS: Acquired immunodeficiency syndrome; Oral manifestations; HIV; Lymphocytes, CD4 positive; Viral load.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AIDS INSTITUTE. **Criteria for the medical care of children and adolescents with HIV infection**. New York : Department of Health, 1998a. 259 p.
2. AMMANN, A.; COWAN, M.; WARA, D. *et al.* Possible transfusion-associated Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) – California. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 31, n. 48, p. 652-654, Dec. 1982.
3. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS**. Brasília : Coordenação Nacional de DST e AIDS, v. 11, n. 4, set./ nov. 1998.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à

- Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. Unidade de Promoção à Saúde e Assistência. **Aleitamento X mulheres infectadas pelo HIV**: recomendações, 1995. 14 p.
5. COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. L. **Robbins**: patologia estrutural e funcional. 5. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1996. p. 194-204.
  6. FAUCI, A. S.; LANE, H. C. Human Immunodeficiency Virus (HIV) disease: AIDS and related disorders. In: ISSELBACHER, K. J.; BRAUNWALD, E.; WILSON, J. D. *et al.* **Harrison's principles of internal medicine**. 13. ed. New York : McGraw-Hill, 1994. p. 1567-1618. Separata.
  7. FERGUSON, F. S.; BERENTSEN, B.; NACHMAN, S. Experiences of a pediatric dental program for HIV-positive children: oral manifestations and dental diseases observed in 58 children. In: GREENSPAN, J. S.; GREENSPAN, D. **Oral manifestations of HIV infection**. 1995. p. 240-246.
  8. **GUIDELINES for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection**. New York : Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children, 2000. 58 p.
  9. LEGGOTT, P. J. Oral manifestations of HIV infection in children. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 73, n. 2, p. 87-92, Feb. 1992.
  10. LIMA, O. C. C.; SILVEIRA, F. R. X.; BIRMAN, E. G. Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV-positivos ou com AIDS – I. Doenças fúngicas. **Rev Assoc Bras Odontol**, v. 2, n. 1, p. 28-32, fev./mar. 1994.
  11. MELNICK, S. L.; NOWJACK-RAYMER, R.; KLEINMAN, D. *et al.* **A guide for epidemiological studies of oral manifestations of HIV infection**. Geneva : WHO, 1993. 27 p.
  12. MELO, J. J. Evolução da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS-SIDA) na clínica odontológica: o papel do cirurgião-dentista. **Rev Inst Ci Saúde**, p. 7-12, mar. 1997. Número especial.
  13. O'REILLY, R.; KIRKPATRICK, D.; SMALL, C. B. *et al.* Unexplained immunodeficiency and opportunistic infection in infants – New York, New Jersey, California. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 31, n. 49, p. 665-667, Dec. 1982.
  14. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Ações em prol de crianças afetadas pela AIDS**: perfis programáticos e lições aprendidas. Brasília, 1996. 195 p.
  15. RAMOS-GOMES, F.; FLAITSZ, C.; CATARANO, P. *et al.* Classification, diagnostic criteria, and treatment recommendations for orofacial manifestations in HIV-infected pediatric patients. **J Clin Pediatr Dent**, v. 23, n. 2, p. 85-95, Winter, 1999.
  16. REVISED pediatric HIV classification system. **Pediatr Dent**, v. 18, n. 2, p. 104-105, Mar./Apr. 1996.
  17. SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. **Princípios e prática de Medicina Oral**. 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1996. p. 431-443.
  18. TUNKEL, D. E.; LOURY, M. C.; FOX, C. H. *et al.* Bilateral parotid enlargement in HIV-seropositive patients. **Laryngoscope**, v. 99, n. 6. p. 590-595, June 1989.

Recebido para publicação em 15/03/01  
Enviado para reformulação em 25/06/01  
Aceito para publicação em 02/10/01



**SBPqO**  
SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE PESQUISA ODONTOLÓGICA  
Divisão Brasileira da IADR



Visite a página da  
**SBPqO na Internet:**  
<http://www.sbpqo.org.br>

**SBPqO - Av. Professor Lineu Prestes, 2.227**  
**CEP 05508-900 - Cidade Universitária - São Paulo - SP**  
**Tel./Fax: (0\*\*11) 3091-7855 - E-mail: [sbpqo@sbpqo.org.br](mailto:sbpqo@sbpqo.org.br)**