



Módulo 7

Patologias da Pele, Mucosas, Nódulos e Sarcoma de Kaposi



Divisão do Módulo

- O Módulo 7 está dividido em quatro unidades:
 - 7.1 Doenças que afectam a Boca e o Esófago
 - 7.2 Doenças da Pele
 - 7.3 Linfadenopatias
 - 7.4 Sarcoma de Kaposi



Unidade 7.1

Doenças que Afectam a Boca e o Esófago no Doente HIV+



Introdução

As lesões que afectam a pele, a boca e o esófago são muito frequentes nos doentes HIV+. Estas lesões às vezes são também comuns nos doentes HIV-, mas nos doentes HIV+ são mais persistentes ou graves e, em algumas ocasiões, pioram o estado nutricional destes. Muitas vezes, são condições de estadio clínico da OMS.

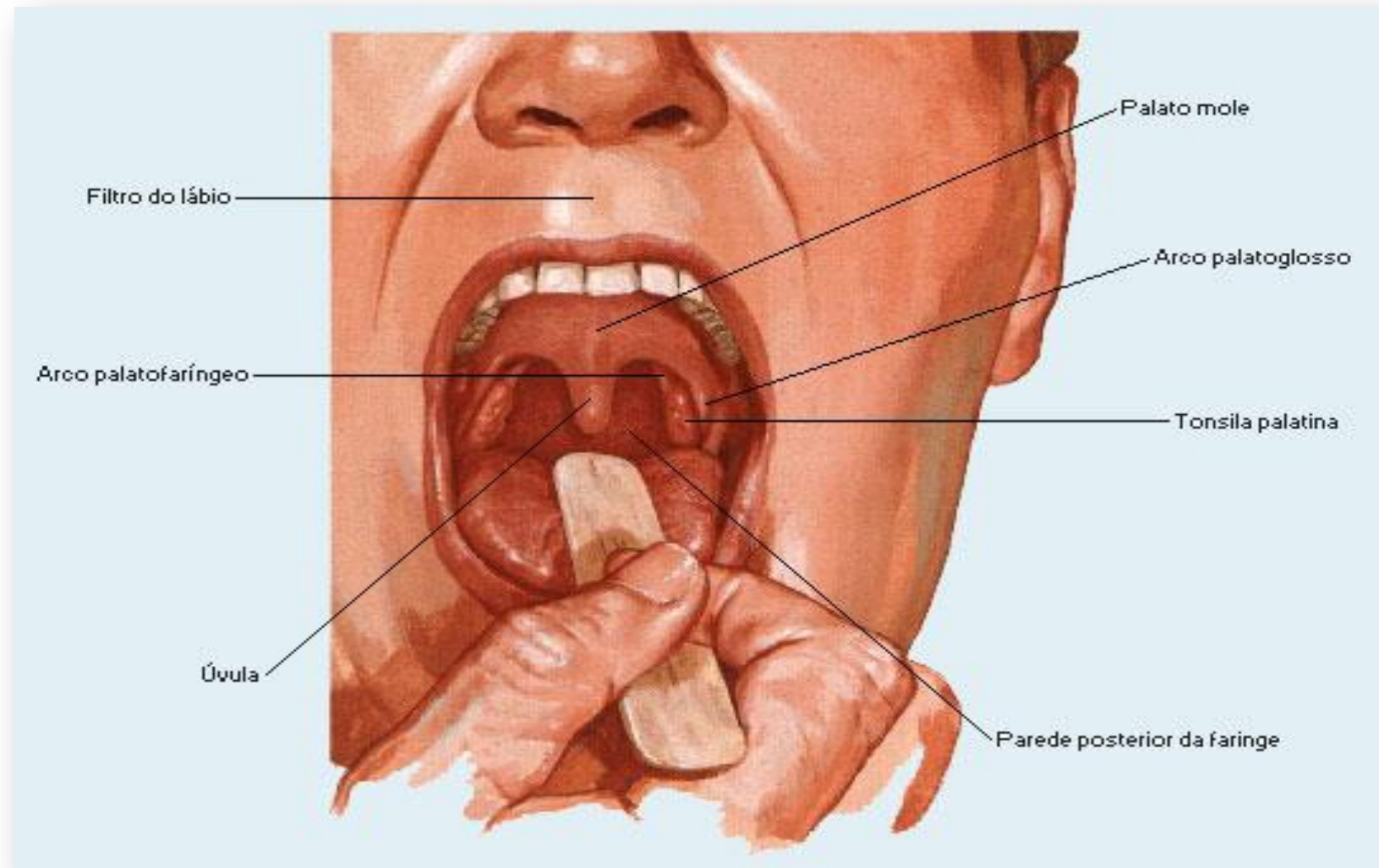
Objectivos de Aprendizagem



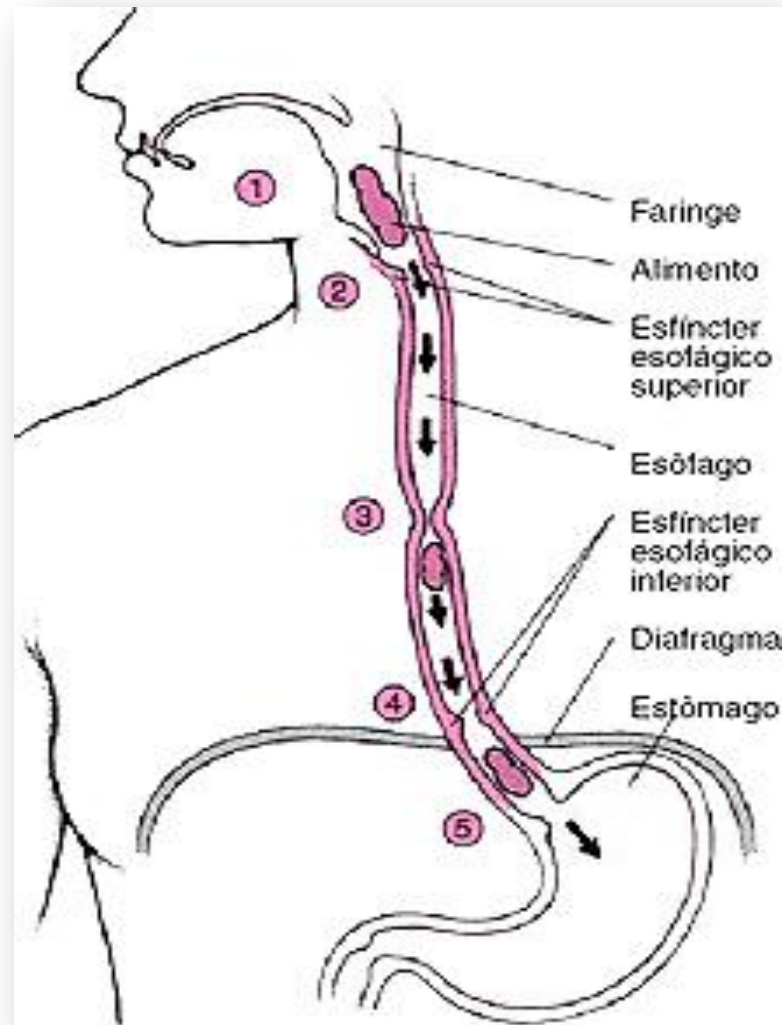
No final desta unidade, os formandos devem ser capazes de:

- Identificar as complicações comuns da boca e do esófago em pacientes com HIV
- Fazer anamnese e exame físico necessários para avaliar as doenças específicas da boca e do esófago no doente HIV+
- Tratar os problemas da boca e do esófago nos doentes HIV+
- Identificar os casos e situações onde se recomenda a transferência para Unidades de Saúde especializadas

Morfologia da Boca



Morfologia do Esôfago



Complicações da Boca e do Esófago e HIV/SIDA (1)



- Complicações da boca e do esófago podem ser **síndromes iniciais** frequentes que surgem em pacientes com HIV, tais como a Candidíase Oral
- Quer a doença oral por cândida, quer outras condições (leucoplasia oral pilosa) frequentemente associadas à imunossupressão, recebem a classificação de doenças ligadas ao SIDA.

Complicações da Boca e do Esófago e HIV/SIDA (2)



- Não existe lesão oral específica que seja **exclusivamente** associada à infecção pelo HIV.
- A presença de uma ou mais lesões discutidas nesta sessão deve sugerir principalmente a infecção pelo HIV.
 - Doenças comuns à população saudável têm impacto significativo em pacientes com HIV.
 - Condições que aparecem na cavidade bucal podem ser infecciosas, inflamatórias benignas ou neoplásicas.

Causas das Complicações da Boca e do Esófago no HIV/SIDA (1)



- **Infeção oportunista :**
 - *Candida albicans*, VHS, CMV
- **Doença associada à infecção por HIV**
 - Leucoplasia pilosa oral, Sarcoma de Kaposi, Linfoma associado ao SIDA
- **Efeitos adversos dos medicamentos**
 - Síndrome de Stevens-Johnson

Causas das Complicações da Boca e do Esófago no HIV/SIDA (2)



- Outras doenças :

- Gengivite necrótica, Peridontite necrótica
- Úlcera aftóide
- Parotidite
- Sífilis
- Esofagite de refluxo (Doença do refluxo gastro-esofágico)



Infecções Oportunistas Causadas pela Cândida sp.

Candidíase da Boca e do Esófago



- **A *Candida*** é um fungo que em geral se encontra na orofaringe e que normalmente não causa doenças
- **A *Candida albicans*** constitui uma das espécies que mais frequentemente causam doenças em pacientes com HIV/SIDA
- A candidíase oral é muito frequente nos pacientes com HIV/SIDA
- Existe uma forte correlação entre o surgimento da candidíase oral e a redução da contagem de células CD4

Candidíase da Boca e do Esófago e Estadiamento



- A candidíase oral (infecção na boca e orofaringe) foi classificada como Estadio III das doenças associadas ao SIDA pela OMS
- A candidíase do esófago (infecção no esófago) foi classificada como estadio IV das doenças associadas ao SIDA pela OMS

Tipos de Doenças Causadas por Cândidas



- Existem 8 espécies de cândidas
- Os locais onde a cândida produz doença mucocutâneas são vários:
 - Candidíase oral (ou orofaríngea)
 - Candidíase do esófago
 - Candidíase vulvovaginal
 - Onicomicose (unhas)
 - Interdigital (entre os dedos)
 - Intertrigo (sob os seios, braços e pescoço)

Classificação da Candidíase Oral

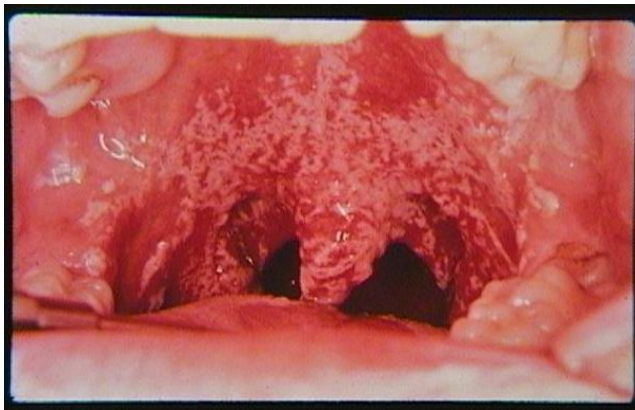


Existem **três tipos** de candidíases encontradas na boca:

- ***Candidíase pseudo-membranosa:*** placas cremosas brancas, facilmente removíveis em qualquer lugar da boca.
- ***Candidíase eritematosa:*** surge sob forma de placas vermelhas sobre o palato e a superfície dorsal da língua.
- ***Candidíase hipertrófica:*** Muitas vezes é branca e “cheia” de hiperqueratose. Geralmente não pode ser removida através da raspagem. Muitas vezes é confundida com leucoplasia pilosa oral. Usa-se a Anatomia patológica para diagnóstico.



Tipos de Lesões de Candidíase Oral





Queilite Angular

- A *Queilite Angular* surge como uma fissura num ou em ambos os lados da boca. Pode ocorrer com ou sem outros tipos de lesões.
- Pode ser uma manifestação de infecção por *Candida Sp* e, portanto, é considerada como estadio III da doença.
- Pode também ser causada pela deficiência da Vitamina B3 (Pelagra) e outras condições

Queilite Angular





Candidíase do Esófago

- A candidíase do esófago pode ser uma manifestação severa de infecção por cândida que se estende para além da orofaringe, ou ocorre isoladamente.
 - 75-90% da candidíase do esófago está associada a lesões de candidíase oral.
 - É importante referir que esta condição pode continuar a ocorrer na **ausência** de qualquer prova de lesões de candidíase oral.

Características Clínicas da Candidíase do Esófago



- Os pacientes queixam-se com frequência de:
 - dores e/ou dificuldades ao engolir
 - desconforto ou sensação de dor retrosternal (de trás do esterno) ao engolir
- Às vezes, na candidíase esofágica, o paciente não consegue comer ou beber devido aos sintomas do esófago. Este caso deve ser considerado como uma urgência médica e o paciente deve ser internado.



Tratamento da Candidíase Oral

- Miconazol, 1 comp. muco adesivo/dia, 7 dias, ***ou***
- Nistatina, 1 comp. 4x/dia, 7 dias, ***ou***
- Se não houver sucesso: Fluconazol 100 mg: 1 comp/dia durante 10 dias, ***ou***
- Em caso de resistência ao Fluconazol, o tratamento será com Anfoteracina B.

Tratamento da Candidíase Esofágica



- Fluconazol 200 mg/dia durante 14-21 dias.
- Se houver resistência, deve-se usar Anfotericina B
- A esofagite por cândidas pode exigir o encaminhamento ao médico para diagnóstico ou internamento e administração de líquidos endovenosos
- Para todos os casos de candidíase, é fundamental uma higiene buco-dentária rigorosa e constante



Infecções Oportunistas Causadas pelo Vírus Herpes Simplex



Vírus Herpes Simplex (VHS)

- Pode causar uma doença primária ou secundária.
- Pode causar também lesões na cavidade oral e, numa fase mais avançada, doença no esófago.
- O herpes oral recorrente com duração > 1 mês e a esofagite provocada pelo Herpes Simplex são considerados como Estadio IV do SIDA na classificação da OMS.

Sintomas do VHS



- Dores, ardor nos lábios, em volta da boca ou dentro da cavidade oral
- As lesões podem alargar-se através da orofaringe e estender-se até ao esófago



Sinais do VHS

- Lesões vesiculares múltiplas, dano e eritema em volta das lesões e/ou úlceras (algumas com crosta) ao longo do limite dos lábios.
- Às vezes, com extensão à cavidade oral sobre as superfícies mucosas.
- O carácter persistente, a propensão para a extensão e a necrose são características do herpes no paciente imunodeprimido.

Vírus Herpes Simplex



Diagnóstico e Tratamento do VHS



- Diagnóstico
 - Fazer diagnóstico diferencial com a sífilis, CMV e úlceras aftosas
- Tratamento
 - Lavagem com água e sabão
 - Aciclovir e analgésicos
 - Antibioterapia, se infecção secundária
 - TARV pode reduzir recorrências
 - Apresentações severas (tais como esofagite) que limitem a entrada de alimentos, exigem notificação, consulta e/ou referir ao médico.



Infecções Oportunistas Causadas pelo Citomegalovírus (CMV)



Citomegalovírus (CMV)

- Comum na maior parte da população
- Normalmente aparece quando os pacientes estão severamente imunodeprimidos
- A doença de CMV na cavidade oral e no esófago é difícil de diferenciar do Herpes Simplex
- Em Moçambique, não existe disponibilidade de teste laboratorial para o CMV, nem de tratamento, mas os pacientes devem receber TARV



Leucoplasia Oral Pilosa



Leucoplasia Oral Pilosa

- Associada à infecção pelo Vírus Epstein Barr (EBV). Cerca de 90% da população mundial está infectada pelo EBV
- Associada à infecção pelo HIV, sobretudo nas fases avançadas da doença
- Constitui uma condição definitiva do Estadio III da OMS

Sinais e Sintomas da Leucoplasia Oral Pilosa



- Placas brancas não dolorosas sobre o dorso (superior) ou nas margens laterais da língua; podem também surgir na mucosa bucal
- Surgem como lesões pilosas ou amontoadas ou pequenas lesões
- São difíceis de remover e isto permite fazer o diagnóstico diferencial com as lesões de candidíase

Leucoplakia Oral Pilosa



HIV Web Study (www.HIVwebstudy.org)

Supported by HRSA

Diagnóstico e Tratamento da Leucoplasia Oral Pilosa



- Em Moçambique, o diagnóstico é clínico
- Os ARVs podem conduzir à resolução das lesões num espaço de semanas; O paciente deve iniciar o tratamento imediatamente
- Pode ser usado aciclovir para o controlo do EBV, mas as recorrências são frequentes



Reacções Adversas a Medicamentos



Síndrome de Stevens-Johnson

Síndrome de Stevens-Johnson



- Também conhecido como Eritema Multiforme
- Existe uma forma mais severa conhecida como Necrose Epidérmica Tóxica
- É uma complicação séria, com alta morbilidade e mortalidade
- É uma complicação muco-cutânea devido à incapacidade para metabolizar certos medicamentos

Descrição da Síndrome de Stevens-Johnson



- A descrição inclui o seguinte:
 - Estomatite aguda erosiva
 - Conjuntivite severa aguda
 - Erupção cutânea disseminada
- Superfície corporal afectada <10%, Síndrome de Stevens-Johnson
- Superfície corporal afectada >30%, Necrólise Epidérmica Tóxica
- Quanto maior a superfície corporal afectada, maior a taxa de mortalidade

Etiologia da Síndrome de Stevens-Johnson (1)



- Mais de 50% dos episódios podem estar ligados ao uso de novos medicamentos
- Em geral, as reacções manifestam-se dentro de 14 dias depois de iniciar com os novos medicamentos
 - Medicamentos da família das Sulfamidas: Fansidar, CTZ, sulfadoxina, sulfadiazina.
 - Anti-convulsivante: Carbamazepine, Fenitoina.
 - Anti-retrovirais: Nevirapina, Efavirenz.

Etiologia da Síndrome de Stevens-Johnson (2)



- As lesões começam na face e no tronco como máculas vermelhas, depois estendem-se até aos membros e generalizam-se.
- As membranas mucosas estão envolvidas em 90% dos pacientes; é preciso examinar todas as membranas mucosas.

Sinais e Sintomas da Síndrome de Stevens-Johnson (1)



- Máculas discretas, irregulares, sem relevo, de cor vermelho-escuro, na face e no tronco, estendendo-se depois para o abdómen, costas, e proximidades
- Cobrem menos de 10% da superfície corporal
- No centro de cada lesão pode existir uma ferida descamada e com perda de líquido
- O envolvimento da membrana mucosa é observado em 90% dos pacientes

Sinais e Sintomas do Síndrome de Stevens-Johnson (2)



- Mais comum na orofaringe, conjuntiva, genitais, ânus, árvore brônquica, esófago e cólon
- Normalmente, observa-se uma elevação ligeira da temperatura
- Desidratação devido à:
 - Evaporação através de lesões abertas na pele
 - Fraca ingestão oral
 - Diarreia profusa
 - Elevação da temperatura corporal

Síndrome de Stevens-Johnson



Diagnóstico e Tratamento do Síndrome de Stevens-Johnson



- O diagnóstico é principalmente clínico. Decorre com leucopenia e trombocitopenia.
- Tratamento:
 - Suspende a medicação envolvida
 - Internar o paciente
 - Reidratação endovenosa
 - Tratar as áreas afectadas como queimaduras
 - Suspende o TARV (se for a causa) e consultar o médico



Outras Doenças



Gengivite e Periodontite Necrótica

Gengivite e Periodontite Necrótica



- Processos destrutivos severos do tecido gengival ou da parte óssea, ou ambos
- Indicam imunossupressão severa
- Doenças do Estadio III do SIDA
- A dor pode ser severa e provocar como resultado a malnutrição. Portanto, o diagnóstico e a gestão destas doenças são importantes



Anamnese e Exame físico

- Anamnese:
 - Os pacientes queixam-se de dores na gengiva, “dores profundas no maxilar” e dos dentes. Aparece ulceração nas mesmas áreas.
- Exame físico:
 - Grande destruição da gengiva com características ulcerativas e enfraquecimento dos dentes, exposição extensiva dos ossos e necrose

Gengivite Necrótica



Peridontite Ulcerativa Necrótica





Úlceras Aftosas

Úlceras Aftosas



- Doença ulcerosa da boca de etiologia desconhecida
- Associada a estados de imunossupressão
- As ulcerações aftosas orais recorrentes são identificadas como uma doença do Estadio II da classificação da OMS
- São diferentes das úlceras crónicas provocadas pelo vírus Herpes Simplex



Anamnese e Exame Físico

- *Anamnese:*
 - Os pacientes queixam-se de dores, ardor e/ou sensações dormentes no local onde a úlcera surge
 - Podem existir antecedentes de trauma (alimentos e líquidos quentes)
 - As dores podem limitar a ingestão de alimentos
- *Exame físico:*
 - Úlceras locais, sem danos em redor, não destrutivas e podem ser localizadas em toda a região da orofaringe
 - O seu tamanho varia de 3 mm a 1 cm de diâmetro

Úlceras Aftosas





Parotidite do HIV



Parotidite do HIV

- Inflamação da glândula parótida
- É comum o aumento da glândula parótida, com comprometimento da sua função
- Mais frequente em crianças infectadas pelo HIV, mas pode estar também presente em adultos



Anamnese e Exame Físico

- *Anamnese:*
 - O paciente queixa-se de boca seca e inchaço, pode-se apresentar durante semanas a meses e não é dolorosa
 - Quando é dolorosa, devemos pensar em sobreinfecção bacteriana
- *Exame físico:*
 - Muitas vezes o inchaço é aparente sob inspecção visual, não dolorosa sob apalpação.
 - Examinar o canal de saída da parótida (dentro da boca) e fazer uma massagem da glândula várias vezes; observar se aparece uma descarga purulenta na abertura do canal



Diagnóstico e Tratamento

- *Diagnóstico:*
 - É um diagnóstico clínico. O ponto mais importante é a eliminação da sobreinfecção bacteriana, se existir
- *Tratamento:*
 - Não existe tratamento específico para a parotidite do HIV, contudo o TARV pode ser um factor importante para melhorá-la.
- *Diagnóstico diferencial:*
 - TB extrapulmonar, descartar história de TB.
 - Infecção viral (Papeiras)



Sífilis

Sífilis (1)



- As **lesões primárias de sífilis** podem ocorrer na boca dependendo da via de exposição
- As **lesões de sífilis secundária** são muitas vezes cutâneas. No entanto, 10 a 15% dos casos de lesão podem surgir nas mucosas (orofaringe) como erosões superficiais, “manchas mucosas”, altamente contagiosas.

Sífilis (2)

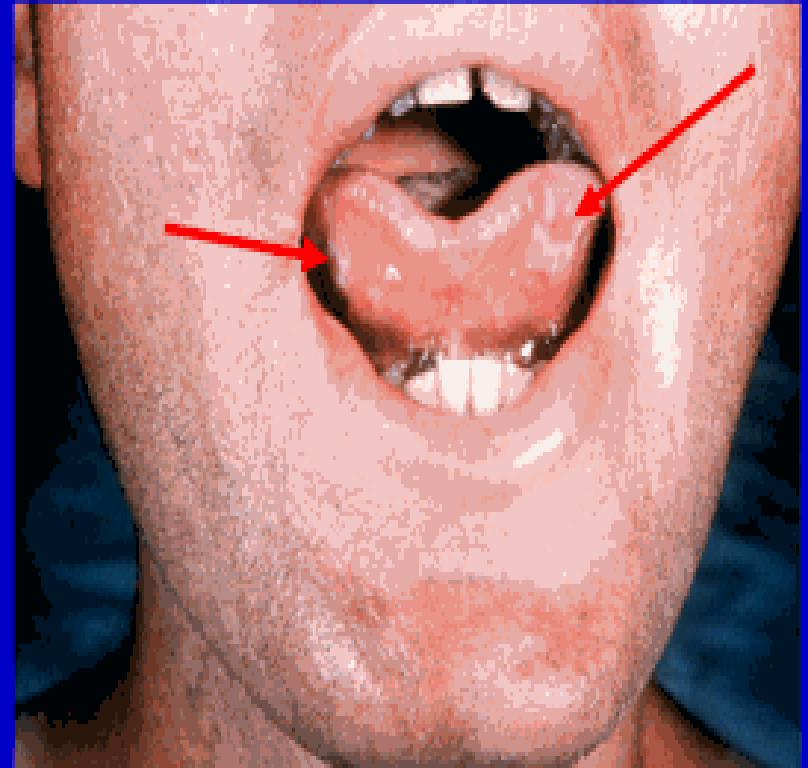


- **Anamnese e exame físico**
 - Examine pele e mucosas à procura de lesões de sífilis primária (úlceras) ou secundária
 - É frequente que os pacientes relatem uma história de erupção cutânea (já passada)
- **Diagnóstico e tratamento**
 - O diagnóstico é clínico e de laboratório, teste de VDRL/RPR
 - Tratamento com Penicilina (protocolo do MISAU)

Sífilis



Mucous Patch





Abordagem do Paciente com Problemas na Boca ou com Dificuldades para Engolir



Consulta do Paciente

Em todas as consultas do paciente, pergunte:

- Tem problemas na boca?
- Tem algum problema, dor ao engolir?
- Na primeira consulta, faça sempre um exame completo da boca usando um foco de luz e uma espátula para a língua.
- Observe também por baixo da língua, em ambos os lados da boca e o mais profundo possível.



Pontos-chave

- As lesões orais e do esófago podem interferir com a nutrição, portanto, pioram o estado nutricional do doente
- As lesões oro-esofágicas constituem uma condição para o estadiamento do paciente conforme a classificação da OMS
- É importante fazer o diagnóstico diferencial entre as infecções oportunistas e as reacções adversas aos medicamentos que podem se apresentar como problemas da boca e esófago