

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Júlia Dantas Euzébio**

**Maria Paula Reis de Oliveira**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS NA INFÂNCIA DE DOENÇAS  
INFECTOCONTAGIOSAS: conhecer para reconhecer**

**Taubaté-SP**

**2021**

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Júlia Dantas Euzébio**

**Maria Paula Reis de Oliveira**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS NA INFÂNCIA DE DOENÇAS  
INFECTOCONTAGIOSAS: conhecer para reconhecer**

Trabalho de Graduação, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientação: Profa. Ma. Isabel Rosângela dos Santos Amaral

**Taubaté-SP**

**2021**

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI  
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi  
Universidade de Taubaté - UNITAU**

E91m	<p>Euzébio, Julia Dantas Manifestações bucais na infância de doenças infectocontagiosas : conhecer para reconhecer / Julia Dantas Euzébio , Maria Paula Reis de Oliveira. – 2021. 60 f.</p> <p>Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de Odontologia, Taubaté, 2021. Orientação: Profa. Ma. Isabel Rosângela dos Santos Amaral, Departamento de Odontologia.</p> <p>1. Doenças infectocontagiosas. 2. Manifestações bucais. 3. Odontopediatria. I. Oliveira, Maria Paula Reis de. II. Universidade de Taubaté. Departamento de Odontologia. III. Título.</p> <p>CDD – 617.607</p>
------	---

**Júlia Dantas Euzébio**  
**Maria Paula Reis de Oliveira**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS NA INFÂNCIA DE DOENÇAS  
INFECTOCONTAGIOSAS: conhecer para reconhecer**

Trabalho de Graduação, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientação: Profa. Ma. Isabel Rosângela dos Santos Amaral

Data: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Ma. Isabel R. S. Amaral

Universidade de Taubaté

Assinatura

Profa. Dra. Lucilei Lopes Bonato

Universidade de Taubaté

Assinatura

Prof. Dr. Édison Tibagy Dias Carvalho Almeida

Universidade de Taubaté

Assinatura

## AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo à minha dupla, Maria Paula, por estar comigo desde o início, não só do trabalho, mas da vida acadêmica. Foram 4 anos de parceria, que pretendo levar para a vida.

À minha professora orientadora, Isabel, por ter tornado este trabalho possível. A senhora com certeza foi a nossa melhor escolha.

À minha banca, escolhida com todo nosso coração. Edison Tibagy e Lucilei Bonato, mais que mestres, vocês se tornaram meus amigos. Tenho profunda admiração pelos dois. Obrigada por tudo.

À minha família, especialmente ao meu pai, José Euzébio, e à minha mãe, Sandra, por todo apoio durante esse tempo. Eu sei que não foi fácil, mas espero poder honrá-los por cada segundo dedicado a mim. Sem vocês, eu não seria capaz.

Ao meu irmão Rafael e minha cunhada Raquel, pelo meu maior presente. Léo, a tia já o ama muito!

Ao meu namorado, Guilherme, pelo companheirismo e pelas noites mal dormidas. Espero que saiba o quanto é importante pra mim. Isso tudo também é por nós.

Às minhas amigas, hoje irmãs, que a vida me apresentou: Luana C., Jhenifer P., Isabela B. e também à minha prima querida, Laiwany. Sou grata por tudo que vivemos. Espero que permaneçam para sempre.

E claro, não posso esquecer de agradecer a mim. O sentimento de dever cumprido é incrível! Todo o esforço valeu a pena. Ansiosa por tudo o que essa profissão maravilhosa me reserva.

Obrigada, obrigada e obrigada!

Júlia

## AGRADECIMENTOS

A Odontologia sempre esteve presente na minha vida e na minha família. Sempre foi comum pra mim sair da escola e encontrar mamãe no consultório, mas nunca foi algo que eu pensasse pra mim até o fim do ensino médio. Com a conclusão do 3º ano, vem aquele dilema “o que que eu vou fazer?” “Pra onde eu vou?”. Mal eu sabia que acabaria indo pro mesmo lado da família – um lado que eu jurava não querer seguir e hoje vejo que foi a melhor escolha que poderia ter feito. Tal decisão sempre fui apoiada pela minha família, principalmente por minha mãe, Denise Lima Reis, e minha avó Myris Lima Reis. A elas agradeço hoje por todo apoio carinho e esforço que fizeram por mim, para que eu conseguisse chegar onde cheguei. Essa é com certeza a primeira de muitas conquistas que estão por vir e eu só tenho a agradecer.

Agradeço a mim também, por todo esforço, dedicação e sacrifícios que foram necessários para que eu conseguisse chegar até aqui hoje. Sair de casa já é difícil, mas a saudade da família, dos amigos, da minha cachorra, Flor, tornou isso ainda mais. Foram 4 anos longe, por um motivo maior que valeu a pena! Agradeço a todos os professores da UNITAU, os quais sempre estiveram dispostos a ensinar e tirar todas as nossas dúvidas, medos e conflitos em meio a esse novo mercado de trabalho. Agradeço principalmente a essa banca, Profa. Isabel, por toda orientação nesses últimos meses em especial; aos professores Lucilei Lopes e Édison Tibagy, por todo carinho, amizade e conhecimento passados durante o curso de Odontologia.

Não posso deixar de agradecer à minha dupla, Júlia Dantas, que esteve ao meu lado desde o início, se tornando muito mais que apenas uma dupla: uma amiga e confidente. Sem dúvidas é uma amizade que quero levar para além de Taubaté. Agradeço por todas as oportunidades, amizades, conhecimentos que a Universidade de Taubaté me proporcionou.

E por fim, quero agradecer ao meu avô, Maurício Reis, que, embora falecido já a algum tempo, sempre se mostrou presente na minha vida de várias formas possíveis, principalmente nesse último ano. Formei e não poderia estar mais feliz por isso!

Maria Paula

## **DEDICATÓRIA**

Esse trabalho é dedicado a você, familiar, amigo ou professor que contribuiu em muito na nossa caminhada. Sem vocês nós não seríamos nada. Nosso muito obrigada!

Júlia e Maria Paula

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo pesquisar o que a literatura traz sobre as manifestações bucais das doenças infectocontagiosas que mais frequentemente acometem as crianças. O estudo se justifica por sua relevância, visto que o conhecimento sobre o tema e sua delimitação é de extrema importância para o acadêmico de odontologia, futuro cirurgião-dentista. Os resultados evidenciaram algumas doenças infecciosas bacterianas, virais e fúngicas, que ocorrem em crianças e cujas manifestações se dão também ou principalmente na boca. Destacam-se para o presente estudo as seguintes: i) infecções bacterianas: escarlatina, tuberculose, hanseníase, tétano, sífilis, doença granulomatosa crônica, Noma; ii) infecções virais: gengivoestomatite herpética, estomatite aftosa, herpangina, sarampo, rubéola, varicela (ou catapora), caxumba; iii) infecções fúngicas; paracoccidiomicose e candidíase. Por sua importância no atual cenário, este estudo também tratará das manifestações bucais em crianças da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e da Covid 19. As autoras concluíram que de fato é muito importante que o profissional da odontologia tenha conhecimento a respeito das manifestações bucais das doenças infectocontagiosas mais comuns em crianças, a fim de que estejam preparados para diagnosticar e tratar em certos casos, e/ou para encaminhar os pacientes ao médico pediatra, visando ao melhor tratamento e prognóstico para cada paciente, tendo em vista que cada caso exige tratamentos diferentes, não podendo ser estabelecido um único tratamento para tantos casos distintos.

**Palavras-chave:** Doenças infectocontagiosas. Manifestações bucais. Odontopediatria.

## **Abstract**

The present study aimed to research what the literature brings about the oral manifestations of the infectious-contagious diseases that most frequently affect children. The study is justified by its relevance, since knowledge about the theme and its delimitation is extremely important for the dental student, a future dental surgeon. The results showed some bacterial, viral and fungal infectious diseases that occur in children and whose manifestations are also or mainly in the mouth. The following are highlighted for this study: i) bacterial infections: scarlet fever, tuberculosis, leprosy, tetanus, syphilis, chronic granulomatous disease, Noma; ii) viral infections: herpetic gingivostomatitis, aphthous stomatitis, herpangina, measles, rubella, varicella (or chickenpox), mumps; iii) fungal infections: paracoccidiomycosis and candidiasis. Because of its importance in the current scenario, this study will also address oral manifestations in children of Acquired Immunodeficiency Syndrome and Covid 19. The authors concluded that in fact it is very important that the dental professional has knowledge about the oral manifestations of the most common infectious diseases in children, so that they are prepared to diagnose and treat certain cases, and/or to refer patients to the pediatrician, aiming at the best treatment and prognosis for each patient, bearing in mind that each case requires different treatments, and a single treatment cannot be established for so many different cases.

**Keywords:** Infectious-contagious diseases. Oral manifestations. Pediatric Dentistry.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b>	<b>10</b>
<b>2 PROPOSIÇÃO E METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>13</b>
<b>3.1 INFECÇÕES BACTERIANAS</b>	<b>14</b>
3.1.1 Escarlatina	14
3.1.2 Tuberculose	17
3.1.3 Hanseníase	20
3.1.4 Tétano	21
3.1.5 Sífilis	23
3.1.6 Doença Granulomatosa Crônica	26
3.1.7 Noma	26
<b>3.2 INFECÇÕES VIRAIS</b>	<b>27</b>
3.2.1 Gengivoestomatite herpética	28
3.2.2 Estomatite Aftosa	29
3.2.3 Herpangina	32
3.2.4 Sarampo	32
3.2.5 Rubéola	34
3.2.6 Varicela	35

<b>3.2.7 Caxumba</b>	<b>36</b>
<b>3.2.8 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida</b>	<b>38</b>
<b>3.2.9 Covid 19</b>	<b>40</b>
<b>3.3 INFECÇÕES FÚNGICAS</b>	<b>42</b>
<b>3.3.1 Paracoccidioidomicose</b>	<b>42</b>
<b>3.3.2 Candidíase</b>	<b>43</b>
<b>4 DISCUSSÃO</b>	<b>45</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente trabalho de pesquisa é o resultado de uma revisão de literatura a respeito das manifestações bucais de certas doenças infecciosas sistêmicas – bacterianas, virais e fúngicas – que amiúde acometem crianças e que precisam ser conhecidas pelos acadêmicos de Odontologia e pelos cirurgiões-dentistas, tanto os que atuam na clínica geral quanto os que se dedicam à odontopediatria.

Tal conhecimento com vistas ao reconhecimento é de suma importância, visto que as manifestações das doenças na boca podem anteceder as erupções na pele, bem como outros sinais e sintomas, e possibilitar o rápido diagnóstico. Vale ressaltar que diversas doenças infectocontagiosas que acometem crianças apresentam sinais e sintomas muito semelhantes entre si e também com os da gripe e do resfriado – febre, dor de garganta, inapetência. Por isso, a observação atenta das lesões bucais é extremamente importante, pois pode contribuir para o diagnóstico diferencial.

É certo que tais manifestações, que muitas vezes não são reconhecidas com a rapidez necessária para um efetivo e pronto tratamento, afetam a saúde bucal e geral dos pacientes pediátricos, interferindo negativamente em sua condição alimentar, desenvolvimento da fala, vida escolar e, de modo mais amplo, em sua boa qualidade de vida.

Dentre as doenças infectocontagiosas que se manifestam na boca de pacientes pediátricos, o presente trabalho destacará: escarlatina, tuberculose, hanseníase, tétano, sífilis, doença granulomatosa crônica, gengivoestomatite herpética, estomatite aftosa, herpangina, sarampo, rubéola, varicela (ou catapora), roséola, caxumba, doença de inclusão citomegálica, paracoccidiomicose e candidíase. Por sua importância no atual cenário, este estudo também tratará das manifestações bucais em crianças da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e da Covid 19.

A pesquisa se justifica pela importância do tema (doenças infectocontagiosas) e por sua delimitação (manifestações bucais de tais doenças, na infância), pois tal conhecimento é essencial ao cirurgião-dentista para que possa, na qualidade de profissional de saúde que tem a melhor condição de observar as

estruturas da boca da criança, reconhecer tais manifestações e contribuir para o diagnóstico e encaminhamento do paciente ao pediatra, sempre que for o caso.

## **2 PROPOSIÇÃO E METODOLOGIA**

O presente relato – uma revisão de literatura – foi realizado por meio de pesquisas em livros e revistas físicas, bem como em sites de busca especializados, utilizando como descritores: doenças infectocontagiosas; manifestações bucais; odontopediatria. Entre outros, tomou-se-se por base artigos selecionados das bases de dados eletrônicos da Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), obras físicas e outras disponíveis no Sibi (Sistema integrado de bibliotecas) da Universidade de Taubaté (UNITAU) – com o propósito de pesquisar sobre doenças infectocontagiosas, de forma mais ampla, e, mais especificamente, sobre as manifestações bucais das doenças infectocontagiosas que mais frequentemente acometem as crianças.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Shafer et al. (1985) iniciam o sexto capítulo de seu livro afirmando que:

Certas bactérias, vírus e fungos produzem doenças que se manifestam na cavidade bucal ou em suas vizinhanças. Algumas dessas doenças ou lesões são de natureza específica e causadas por microrganismos específicos. Outras são clinicamente específicas, porém podem ser produzidas por qualquer microrganismo de um grupo extenso de microrganismos. Esta especificidade ou inespecificidade microbiana é característica das doenças infecciosas onde quer que possam ocorrer no organismo, e não se limita necessariamente às da cavidade bucal (SHAFER et al., 1985, p.316).

Os mesmos autores apresentam, na sequência, algumas doenças infecciosas bacterianas, virais e fúngicas, que ocorrem em crianças e cujas manifestações se dão também ou principalmente na boca. Destacam-se para o presente estudo as seguintes: i) infecções bacterianas: escarlatina, tuberculose, hanseníase, tétano, sífilis, doença granulomatosa crônica, Noma; ii) infecções virais: gengivoestomatite herpética, estomatite aftosa, herpangina, sarampo, rubéola, varicela (ou catapora), roséola, caxumba, doença de inclusão citomegálica; iii) infecções fúngicas; paracoccidiomicose e candidíase.

Por sua importância no atual cenário, este estudo também tratará das manifestações bucais em crianças da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e da Covid 19.

Lima et al. (2020), em revisão de literatura, teceram considerações sobre as manifestações orofaciais das infecções fúngicas e virais em pacientes pediátricos. De acordo com os autores, as crianças são mais propícias a manifestações infecciosas, em razão de o seu sistema imunológico não estar totalmente desenvolvido. A boca é um dos principais meios para a entrada de micro-organismos, com os quais muitas vezes nunca tivemos contato e por isso não possuímos anticorpos. A microbiota quando em desarmonia pode gerar infecções tanto bucais quanto sistêmicas. Após uma boa anamnese e um exame clínico adequado, é possível realizar um diagnóstico e assim dar início ao tratamento correto, utilizando exames complementares para a validação do diagnóstico, sempre que necessário. Obviamente, o cirurgião-dentista deve conhecer as infecções e suas possíveis manifestações bucais para o diagnóstico e tratamento adequado. Segundo Lockhart

et al. (2011, apud Lima et al. 2020), os dentistas devem estar cientes sobre como a saúde bucal pode afetar a geral, já que muitas doenças têm sua primeira manifestação na boca, fazendo com que seja sempre necessário estabelecer essa relação para obter um diagnóstico correto. Islan et al. (2011, apud Lima et al., 2020) afirmam que muitas doenças sistêmicas possuem manifestações na região de cabeça e pescoço, principalmente na cavidade bucal no caso de pacientes infantis. Viner et al., 2012; Fageeh, 2013; Araújo et al., 2018, citados pelos pesquisadores, afirmam que as infecções virais de um modo geral possuem alto nível de contaminação e podem ser transmitidas por via vertical (mãe para filho na hora do parto/pós-parto), sexualmente, pelo contato com fluidos (saliva, sangue), contato direto com contaminados ou por inalação.

Para o presente estudo, optou-se por apresentar as doenças infectocontagiosas divididas em três grupos, segundo sua origem: bacterianas, virais e fúngicas.

### 3.1 INFECÇÕES BACTERIANAS

Nesta seção serão apresentadas algumas das principais doenças infectocontagiosas de origem bacteriana, que se manifestam na boca de pacientes pediátricos.

#### 3.1.1 Escarlatina

Shafer et al. (1985, p.316) explicam que a escarlatina, ou febre escarlate, ocorre “predominantemente em crianças durante os meses de inverno”, é causada pela infecção por diversas raças de estreptococos do tipo beta-hemolítico que elaboram uma toxina eritrogênica, daí o nome da doença. A penetração dos microrganismos, segundo os autores, se dá pela faringe; há um período de incubação de três a cinco dias, após o que o paciente apresenta “faringite e tonsilite intensas, dor de cabeça, calafrios, febre e vômito”. O diagnóstico da escarlatina em geral só se dá após o aparecimento da erupção cutânea difusa, vermelho brilhante, já no segundo ou terceiro dia da doenças. As principais manifestações da escarlatina, na boca, compõem a estomatite escarlatínica: mucosa, especialmente do palato, com aspecto congestionado e a garganta intensamente vermelha; tonsilas e pilares das fauces em geral tumefatos e com exsudado purulento; a língua, no início da doença, apresenta uma cobertura branca e as papilas fungiformes ficam edemaciadas e hiperêmicas,

“projetando-se acima da superfície como pequenos botões vermelhos”, fenômeno chamado de “língua em morango”; com a evolução da doença, a cobertura branca desaparece e a língua fica extremamente vermelha, lisa e brilhante, embora as papilas permaneçam edemaciadas, sendo o fenômeno chamado “língua em framboesa”. Depois de sete a dez dias, começa a descamação da pele, o que significa o final da doença. Em seguida, a língua e o resto da mucosa readquirem o aspecto normal. Os autores enfatizam que não existem métodos para prevenir a escarlatina e que a administração de antibióticos minimiza os sintomas e contribui para evitar complicações.

Neville et al. (2009, p.184) explicam que escarlatina ou febre escarlate é uma infecção sistêmica causada por estreptococos betahemolíticos do grupo A. A doença, que acomete pacientes que não possuem anticorpos contra a toxina, começa com uma inflamação nas amígdalas, com faringite, formando uma toxina que ataca os vasos sanguíneos, causando manchas vermelhas na pele. O período de incubação varia de 1 a 7 dias, e os principais sinais e sintomas incluem febre, manchas vermelhas e erupção na mucosa bucal, amígdalas edemaciadas, vermelhas e eventualmente exsudato purulento. No período inicial, é possível encontrar uma “cobertura branca no dorso da língua (língua em morango branca), a qual descama a partir do quarto dia, revelando um dorso avermelhado com papilas fungiformes hiperplásicas (língua em morango vermelha)”. O diagnóstico da escarlatina pode ser realizado partir da cultura de secreções, mas ultimamente estão sendo mais utilizados vários métodos de detecção rápida de antígenos específicos. Quando os antibióticos não dão a resposta esperada, o clínico deve ficar atento já que isso pode significar uma doença simultaneamente a outras causas, as quais devem ser investigadas. Com prognóstico excelente, o tratamento se faz com antibiótico (penicilina) e, eventualmente, analgésico (ibuprofeno) para alívio de dores e febre.

Ribeiro et al. (2012, p. 66), em revisão de literatura, explicam que a escarlatina é a mais rara das doenças infantis e também a menos contagiosa delas, devido a sua origem bacteriana (estreptococos lisogênicos). Caracteriza-se por causar erupções cutâneas avermelhadas e difusas, com textura de lixa, que empalidecem à compressão. A criança acometida apresenta rubor facial, com palidez ao redor da boca (sinal de Filatov). Na boca, as lesões são denominadas estomatites escarlatínicas e incluem: mucosa do palato congestionada, garganta avermelhada,

amígdalas e pilares com tumefação e exsudato acinzentado. No início da doença, “a língua está coberta por uma camada branca e as papilas fungiformes edemaciadas e hiperêmicas, projetando-se como botões vermelhos (língua de morango)”. Algum tempo depois, “a língua torna-se intensamente vermelha, brilhante e lisa, porém com as papilas hipertrofiadas de fundo eritematoso (língua de framboesa)”. Em casos graves, normalmente devido a infecções secundárias, pode ocorrer ulceração da mucosa jugal e do palato.

Ramos (2016, p.20) esclarece que a escarlatina é uma doença bacteriana infecciosa bastante comum na infância, causada pela secreção de exotoxina pirogênica A, pelo *Streptococcus pyogenes*, transmitida por aerossóis (inalação), contato com a pele ou fômites. O período de incubação da doença é de um a quatro dias; o curso da doença é normalmente de dez dias, mas o edema nas amígdalas e nos gânglios linfáticos pode se prolongar até por algumas semanas. A autora explica que a patogênese da doença ainda não é bem conhecida e que, no passado, “a escarlatina era bastante temida: epidemias eram comuns nos séculos XVIII e XIX em toda a Europa, Grã-Bretanha e EUA, mas esta doença da infância quase desapareceu durante o século XX”. Recentemente, a enfermidade vem ressurgindo em vários países, mas “a razão para estes novos surtos ainda não é clara. Supõe-se que este fenômeno se deve a determinantes microbianos, tal como o surgimento novas estirpes com maior virulência”. A autora enfatiza que a escarlatina pode ser diagnosticada por sinais e sintomas clínicos, embora infecções assintomáticas ocorrem em 15 a 20% de crianças em idade escolar. Os sintomas iniciais incluem “garganta avermelhada e dolorida, febre, linfadenopatia cervical, calafrios, dores no corpo, náuseas, vômitos e perda de apetite” (Luca et al., 2015, apud Ramos, 2016, p. 22). O principal sinal da escarlatina são as erupções, em forma de pápulas, de pontos vermelhos sobre uma base eritematosa, que começam nos dois primeiros dias da doença, no peito, axilas e região posterior da orelha. Vão se espalhando pelo corpo, mas não se apresentam nas palmas das mãos e plantas dos pés. Causam sensação de queimadura e/ou prurido. Entre o sexto e nono dia, o vermelhão desaparece e a pele começa a descamar. O tratamento é sintomático; aos pacientes de risco indica-se antibioticoterapia. As complicações da doença estão relacionadas a infecções secundárias e compreendem abscesso periamigdaliano e otite média; febre reumática e glomerulonefrite são raras, mas narradas pela literatura. Dentre as manifestações de interesse para a Odontologia, destaca-se o seguinte:

No início da infecção, é comum que a língua, amígdalas e parte anterior da faringe apresentem um revestimento esbranquiçado ou amarelado ou uma aparência eritematosa, edemaciada e pontilhada com manchas esbranquiçadas ou amareladas, com presença de pus. Após cerca de 3 dias, a língua adquire o aspecto de uma framboesa: vermelha e irregular. É denominada “língua de framboesa” (língua vermelha brilhante) que pode, mais tarde, tornar-se despapilada. Pode ainda observar-se sinal de Forchheimer (pequenas pápulas vermelhas sobre o palato mole). A erupção, ao espalhar-se, pode cobrir a úvula. A palidez perioral é característica da escarlatina (Ramos, 2016, p.20).

### 3.1.2 Tuberculose

Shafer et al. (1985) afirmam que a tuberculose é uma doença infecciosa por algumas espécies de micobactérias, especialmente pelo bacilo *Mycobacterium bovis*. A partir do século XX, a mortalidade causada por essa doença caiu drasticamente sem nenhum motivo aparente, já que a incidência de tuberculose nos países continuava a mesma. Isto pode significar uma ligeira resistência da população a essas bactérias. Na cavidade oral, as lesões são moderadamente raras (cerca de 0,1 %), mas um estudo realizado por Katz mostrou que em cerca de 20% de um total de 141 pacientes examinados em autópsia foram, na maior parte das vezes, encontradas lesões na base da língua. Menciona-se que as lesões bucais da tuberculose são secundárias. Os pesquisadores afirmam ser possível que os micro-organismos cheguem à cavidade oral através do escarro e “penetrem na mucosa através de pequenas soluções de continuidade da superfície”. Segundo eles:

As lesões podem ocorrer em qualquer parte da mucosa bucal, porém a mais afetada é a língua, seguida pelo palato, lábios, mucosa jugal, gengiva e freios. A lesão tuberculosa usual é uma úlcera irregular dolorosa, superficial ou profunda, que tende a aumentar de tamanho lentamente. É encontrada frequentemente em áreas de traumatismo e pode ser confundida clinicamente com uma simples úlcera traumática ou mesmo um carcinoma. Ocasionalmente, as lesões mucosas apresentam tumefação ou fissuração, mas não ulceração óbvia. A gengivite tuberculosa é uma forma rara de tuberculose, que pode aparecer como uma proliferação nodular ou papilar hiperêmica, difusa, dos tecidos gengivais (Shafer et al., 1985, p. 319).

Tal doença também acomete a mandíbula e/ou maxila. A chegada de micro-organismos nesses locais pode ocorrer pela corrente sanguínea devido a uma inflamação periapical ou até pela cavidade aberta de um dente. Além disso, pode haver envolvimento difuso da maxila ou mandíbula decorrente de uma extração, por disseminação hematogênica. O tratamento das lesões bucais se faz a partir do tratamento das lesões primárias.

Neville et al. (2009, p.195) explicam que a tuberculose é uma doença infecciosa crônica, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A contaminação ocorre de indivíduos infectados para saudáveis, aumentando cada vez mais o número de doentes. Embora desde o século XIX venha diminuindo o número de casos, a doença pode ser associada a guerras e fomes em países em desenvolvimento, à epidemia do HIV, ao aumento de imigrantes vindos de países endêmicos, à transmissão da tuberculose em locais superpovoados ou sem condições de saneamento básico, à falta de infraestrutura de cuidados com a saúde e ao aumento da prevalência de tuberculose resistente a múltiplas drogas. Segundo os autores: “As infecções costumam ser o resultado da disseminação direta de pessoa para pessoa por meio de gotículas respiratórias de um paciente com a doença ativa”. Antes do teste tuberculínico no rebanho leiteiro, havia casos relacionados ao consumo do leite contaminado com *Mycobacterium bovis*. Tirando os casos onde já exista o vírus HIV, pois aí a tuberculose pode ser considerada uma infecção oportunista, a maior parte das infecções não tuberculosas surge como uma linfadenopatia inflamatória cervical crônica encontrada em crianças saudáveis. É necessário diferenciarmos a infecção da doença ativa. A fase primária da tuberculose acontece em pessoas não expostas anteriormente ao microrganismo, concentrando-se no pulmão. Os micro-organismos vivos podem ficar latentes por anos ou pela vida inteira, sendo que apenas 5% a 10% progridem para a doença ativa. Eventualmente a tuberculose pode se desenvolver diretamente da infecção primária, todavia costuma se desenvolver em uma fase mais tardia da vida em um indivíduo previamente já infectado, sendo conhecida como tuberculose secundária. A disseminação difusa pelo sistema sanguíneo e a presença de pequenos focos múltiplos da infecção, radiográfica e microscopicamente falando, lembram sementes de milho, o que acabou gerando o apelido de tuberculose miliar, sendo normalmente associada a medicamentos imunossupressores, diabetes, idade avançada, pobreza e condições de vida superpovoadas. A fase primária da doença normalmente não apresenta sintomas, em alguns casos ocorre febre e efusão pleural. Na fase secundária é possível encontrar lesões pulmonares, que se espalham por várias regiões do corpo pela circulação sanguínea e linfática. Sintomas como febre baixa, mal estar, anorexia, perda de peso e sudorese noturna são bastantes comuns e, com o desenvolvimento da doença, aparecem tosses produtivas, quase sempre acompanhadas de dores no peito e hemoptise. Qualquer parte do corpo pode apresentar lesões; na cabeça e pescoço observam-se linfonodos cervicais, na laringe

e no ouvido médio. As regiões menos envolvidas incluem a cavidade nasal, nasofaringe, cavidade oral, glândula parótida, o esôfago e a espinha dorsal. Quando aparente na pele, pode ser chamada de lúpus vulgar. As lesões orais da tuberculose não são comuns; quando aparecem, são úlceras crônicas e indolores, representando quase sempre infecção secundária. As manifestações bucais na fase primária sem comprometimento pulmonar são raras, sendo mais encontrada em crianças e adolescentes; mas quando presentes estão envolvendo gengivas, fundo de vestibulo e locais de inflamação adjacentes a dentes doentes, sendo associadas ao aumento dos linfonodos. Já as lesões orais secundárias mais encontradas acometem língua, palato e lábios. Há casos de osteomielite tuberculosa relatada nos maxilares, que apresenta-se como lesão em áreas radiolúcidas maldefinidas.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a tuberculose é um problema de saúde de extrema importância no Brasil, atingindo todas as faixas etárias, principalmente indivíduos de 15 a 54 anos, geralmente homens. Causada pelo *M. tuberculosis*, é uma doença infecciosa que em geral atinge o pulmão, podendo ser dividida em primária e secundária. A fase primária, que decorre de um primeiro contato, pode evoluir para um foco ganglionar ou sofrer disseminação hematogênica. Já a segunda fase acontece quando a virulência do vírus é maior. Os doentes de tuberculose podem apresentar febre baixa vespertina com sudorese, inapetência e emagrecimento; quando a doença atinge os pulmões, o paciente pode apresentar dor no peito e tosse, sendo esta o sintoma mais conhecido.

Nas crianças também é comum o comprometimento ganglionar mediastínico e cervical (forma primária), que se caracteriza por lesões bipolares: parênquima e gânglios. Nos menores de 15 anos, este percentual é de 75%, podendo, entretanto, se localizar em outras partes do organismo: rins, ossos e meninges, dentre outras, em função das quais se expressará clinicamente. Uma das formas mais graves é a tuberculose miliar, decorrente de disseminação hematogênica com acometimento sistêmico, quadro tóxico infeccioso importante e com grande risco de meningite. Os pulmões se apresentam difusamente ocupados por pequenas lesões. Os demais órgãos também podem ser acometidos por lesões idênticas (BRASIL, 2010, p.412).

A tuberculose é transmitida por contato direto pela contaminação do ar por fala, espirros e tosse. Demora em torno de 4 a 12 semanas para o surgimento das primeiras lesões, só sendo possível encontrar lesões pulmonares 12 meses após o primeiro contato com o vírus. Normalmente as crianças com tuberculose não são infectantes, o que não tira a importância de em casos de suspeita serem levadas o mais rápido possível para uma unidade de saúde referência para o melhor diagnóstico e tratamento.

### 3.1.3 Hanseníase

De acordo com Shafer et al. (1985, p.321), a hanseníase, também conhecida como lepra, é uma infecção causada por uma bactéria, *Mycobacterium leprae*. Causa lesões dérmicas, caracterizadas por “erupções maculares eritomasas”, que atingem nervos dérmicos e/ou troncos nervosos, ocasionando a perda da sensibilidade. As lesões iniciam-se por pequenas manchas, conhecidas como pápulas, e evoluem até o rompimento da pele. É comum haver a paralisia facial, devido ao comprometimento dos nervos. As lesões bucais mais comuns aparentam tumores tendenciosos a ulcerações, chamados lepromas, e podem aparecer em língua, lábios ou palato duro. Outra alteração bucal descrita é o abalamento dos dentes por hiperplasia gengival, porém, pouco comum. O tratamento desta doença é feito com quimioterapia.

Para Neville et al. (2009, p.198), a hanseníase é uma infecção crônica provocada pela bactéria *Mycobacterium leprae* e está em declínio em relação ao número de infectados desde meados da década de 80. Considerada pouco infecciosa, a exposição a essa doença nem sempre resulta em um caso clínico. Menciona-se que a bactéria necessita de baixa temperatura corpórea para sobreviver. Ainda não é confirmado qual a forma precisa de transmissão, mas o grande número de micro-organismos na cavidade nasal e nasofaríngea sugere que a propagação se inicie a partir destes locais. Por depender da baixa temperatura, causam lesões principalmente em pele, cavidade nasal e palato. Há duas categorias de hanseníase: paucibacilar e multibacilar. A primeira, com lesões orais pouco observadas, e a segunda, com características significativas em relação ao envolvimento oral, afetando de 19% a 60% dos pacientes contaminados, sendo mais presentes nos primeiros cinco anos da doença. São acometidos mais frequentemente palato, gengivas anteriores, língua (macroqueilia), lábios e mucosa jugal, devido à constante passagem de ar por tais locais. A infecção rotineira pode causar uma expressiva cicatriz e perda do tecido. Nas palavras dos autores,

O envolvimento da maxila anterior pode resultar em erosão óssea significativa, com perda dos dentes nesta área. O envolvimento maxilar em crianças pode afetar os dentes em desenvolvimento e causar hipoplasia de esmalte e a formação de raízes curtas e cônicas. A infecção pulpar pode resultar em reabsorção interna e necrose pulpar. Os dentes com envolvimento pulpar podem exibir uma coloração avermelhada da coroa clinicamente evidente. A causa dessa descoloração é desconhecida, mas parece estar relacionada a danos vasculares intrapulpares secundários à infecção (Neville et al., 2009, p.198).

Neville et al. (2009, p.198) explicam ainda que os nervos trigêmeo e facial também podem ser afetados uni ou bilateralmente causando paralisia, sendo o ramo maxilar o afetado mais comumente. O diagnóstico da hanseníase é feito clinicamente e confirmado pelo aparecimento de micro-organismos ácido-resistentes em esfregaço. Já o tratamento da doença é executado específica e acompanhamento de 6 a 24 meses, dependendo de sua categoria. Após a recuperação da doença, o tratamento da reconstrução dos danos é iniciado, podendo haver recidivas ocasionais.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a hanseníase é uma infecção granulomatosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* (Lepra), o qual é altamente contagioso, mas poucos indivíduos manifestam a doença. Possui baixa letalidade, podendo atingir qualquer pessoa, independentemente de idade, gênero ou etnia. Há alteração nos nervos periféricos, cujo dano pode causar falta de sensibilidade na pele. Os casos com suspeita de hanseníase neural pura (sem manifestação na pele) devem ser direcionados para centros de saúde especializados, para melhor diagnóstico. O tratamento é iniciado em ambulatório, devendo ser administrados medicamentos como Rifampicina, Dapsona, Clofazimina e a poliquimioterapia. Em casos de crianças, a dose padrão deve ser regulada com base na idade e no peso.

Em crianças, o diagnóstico da Hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Nesse caso, recomenda-se utilizar o “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos”. Portaria SVS/SAS/MS no 125, de 26 de março de 2009 (BRASIL, 2010, p. 209).

### **3.1.4 Tétano**

De acordo com Shafer et al. (1985, p.324-325), trata-se de uma doença que afeta o sistema nervoso “caracterizada por atividade intensa dos neurônios motores resultando em intensos espasmos musculares”. O agente etiológico é o bacilo gram-positivo *Clostridium tetani*, que pode penetrar no corpo através de lesões até insignificantes. À época dos autores, o tétano era responsável por 60% dos casos de morte de crianças na forma de tétano neonatal, especialmente nos países subdesenvolvidos. Período de incubação é muito variável e as manifestações clínicas aparecem em geral em 14 dias e consistem em: “dor e rigidez dos músculos dos maxilares e do pescoço, produzindo trismo e disfagia. Também pode haver rigidez

dos músculos faciais, produzindo o ‘riso sardônico’ típico.” Para os autores, esta doença tem significado para os dentistas “por causa do trismo agudo que pode aparecer nos pacientes simulando infecção bucal aguda, traumatismo, disfunção temporomandibular e até histeria”. Os pacientes devem receber drogas antimicrobianas, imunização ativa e passiva, cuidados cirúrgicos com a ferida e anticonvulsivantes se houver necessidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o tétano é uma infecção grave não contagiosa, cujo agente etiológico é o *Clostridium tetani*. Seu meio de transmissão é através de esporos que penetram sobre mucosas e pele, por meio de ferimentos ou alimentos contaminados. Seus principais sintomas são febre baixa, rigidez muscular, aumento dos reflexos e espasmos, dificuldade de deglutição, contração dos músculos masseter, rigidez de pescoço e dorso. A rigidez dos músculos pode aparecer após estímulos (luminosos, sonoros, temperatura ou manipulação do infectado); a contração progressiva dos músculos pode atingir o abdômen e/ou o diafragma, causando insuficiência respiratória. Seu prognóstico é considerado ruim de acordo com o tempo de evolução da doença; de fato, quanto menor o período de incubação, pior o prognóstico. O diagnóstico clínico de tétano é confirmado quando o paciente apresenta trismo, dificuldade de deglutição, riso sardônico, enrugamento facial, dentre outros. O tétano neonatal atinge bebês em seus primeiros dias de vida. Na sua grande maioria, antes da primeira semana (conhecido como o mal dos sete dias). Recém-nascidos com diagnóstico de tétano neonatal apresentam dificuldade em mamar por comprometimento da sucção, além de choro constante, trismo e contratura muscular. A conduta da equipe médica, em UTI, é deixar o paciente em observação, sob sedação, mantendo as vias aéreas desobstruídas, recebendo antibioticoterapia e soro antitetânico.

Gomes et al. (2011) em revisão de literatura estudaram sobre a infecção por *Clostridium tetani* no recém-nascido. Segundo os autores, o tétano é uma doença aguda, infecciosa, não contagiosa, a qual pode ser transmitida através de areias, terras, galhos, arbustos, águas putrefatas, instrumentos agrícolas, fezes humanas ou não, contaminando assim cortes/machucados na pele. No primeiro contato, o *clostridium tetani* causa bloqueio dos neurônios inibitórios (hipertonia muscular, hiper-reflexia e espasmos), sem que a consciência e lucidez do paciente sejam comprometidas. Além disso, os neurônios simpáticos pré-ganglionares são afetados, causando hiperexcitabilidade simpática, níveis aumentados de catecolaminas

circulantes, disautonomia e labilidade da pressão arterial sistêmica, arritmias cardíacas, sudorese e hipertermia. No recém-nascido, as primeiras manifestações ocorrem de 3 a 12 dias após o nascimento, notadas devido ao aumento da dificuldade na amamentação, gerando fome e choro incansáveis, podendo progredir para o trismo. Além da paralisia e poucos movimentos, hipertonia ao toque e espasmos são características da doença. Se não tratado adequadamente, o tétano pode ser fatal, sendo de extrema importância o precoce e correto diagnóstico baseado em fundamentos clínicos para um melhor prognóstico, podendo ser prevenido com educação e campanhas de vacinação principalmente em mulheres em idade fértil. Conhecido popularmente com mal de sete dias ou mal do umbigo, por ser adquirido através do coto umbilical, o qual é instrumentado de forma inadequada sem a devida esterilização, principalmente em regiões onde o parto caseiro é comum, sendo colocados sobre o coto umbilical terra, café, teia de aranha, em busca de melhor cicatrização. A falta de campanhas de vacinação e de adequado pré-natal nessas regiões afeta drasticamente os níveis de contaminados por tétano. Segundo os autores, “quanto mais curtos o tempo de incubação e o tempo de progressão, mais grave é a doença”.

Devido à gravidade e às altas taxas de letalidade, é indicada a internação em unidade de terapia intensiva. O recém-nascido com tétano neonatal apresenta instabilidade de vários sistemas orgânicos, podendo evoluir com insuficiência respiratória, alterações hemodinâmicas, pela hiperatividade simpática, arritmias cardíacas, além das contraturas típicas da doença, contexto capaz de originar um estado hipercatabólico com grande potencial de sequelas e óbito. O recém-nascido deve ser mantido em mínima manipulação – pois os estímulos podem levar aos espasmos musculares – em ambiente silencioso e com pouca luminosidade (Gomes et al., 2011, p. 487).

### 3.1.5 Sífilis

Shafer et al. (1985) relataram que, com a chegada da antibioticoterapia, a sífilis sofreu uma queda significativa no número de infectados. Porém, entre as décadas de 50 e 70 houve um aumento drástico no relato de sífilis primária e secundária nos EUA. Conseqüentemente, os casos de sífilis congênita elevaram-se em mais de 100% naquela mesma época. Causada pelo *Treponema pallidum*, pode ser adquirida primariamente através de relações sexuais com parceiros infectados. O tipo congênito é transmitido de mãe para filho, durante a gravidez. A sífilis congênita é uma doença rara, visto que durante a gravidez são realizados exames rotineiros capazes de detectar a doença. Além disso, sabe-se que se iniciado o tratamento com

antibioticoterapia ainda no primeiro trimestre da gestação a probabilidade de a criança adquirir a sífilis é mínima. Os autores explicam que os portadores de sífilis congênita podem apresentar bossas frontais, maxila curta, abóbada palatina alta, molares em amora, protuberância relativa da mandíbula, dentre outros. A tríade de Hutchinson (hipoplasia dos incisivos e molares, surdes relacionada com o nervo auditivo e queratite intersticial) é uma manifestação conhecida em pacientes infectados, embora seja rara.

De acordo com Neville et al. (2009), a sífilis é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, que pode ser transmitida através de relações sexuais, por sangue e/ou secreção contaminada e também de mãe para filho. Embora a disseminação da sífilis tenha diminuído devido à descoberta do antibiótico, entre 2001 e 2004 foi registrado um aumento da doença, principalmente entre homens homossexuais. A sífilis pode ser congênita, primária, secundária e terciária. A primeira é caracterizada por cancros, majoritariamente solitários, que se desenvolvem no local inoculado, após até 90 dias da primeira exposição. Sua manifestação oral, relatada pelos autores, se dá principalmente em lábios, língua, palato, gengiva e amígdalas. Já a sífilis secundária pode ser identificada em até 10 semanas desde o primeiro contato. Tem como sintomas gerais mais comuns: linfadenopatia indolor, dor de garganta, mal-estar, dor de cabeça, emagrecimento, febre e dor muscular. Somado a isso, é possível observar a presença de placas mucosas (zona sensível e esbranquiçada) que eventualmente podem se fundir e formar algo parecido com um caminho de caracol que posteriormente pode evoluir à necrose. Em contrapartida à sífilis primária, que tem como característica o cancro isolado, a sífilis secundária é descrita por ser típica em lesões múltiplas. Após a secundária, o indivíduo infectado entra em estado de latência, podendo permanecer assim por até trinta anos. Cerca de 30% dos contaminados desenvolvem a fase terciária, conhecida por apresentar complicações mais severas, podendo afetar, segundo os autores, o sistema vascular, causando aneurisma da aorta ascendente, hipertrofia ventricular esquerda, dentre outros. Sua manifestação oral mais comum é a lesão nodular ulcerada que pode acometer palato (perfuração, podendo acometer cavidade nasal) e língua (aumento de tamanho, forma irregular e lobulada). Por outro lado, a sífilis congênita é a única que é passada de mãe para filho. Suas manifestações podem ocorrer de duas a três semanas após o nascimento e incluem febre, icterícia, fissuras ao redor da boca, anemia, lesões ulcerativas ou bolhosas, dentre outros. Quando não tratada, pode

causar alterações nos dentes, conhecida como dentes de Hutchinson (molares em amora ou incisivos com estreitamento incisal, semelhante a uma chave de fenda). Os molares em amora possuem numerosas projeções globulares, que fazem jus ao nome. Para o diagnóstico assertivo da sífilis congênita, estão disponíveis testes sorológicos como parte dos exames de rotina em gestantes. O tratamento da sífilis é individual, mas de modo geral a sífilis primária, secundária e terciária são tratadas com dose única de penicilina G benzatina parental de ação prolongada. Já na terciária latente, é indicado penicilina intramuscular, uma dose a cada semana por três semanas. Pacientes nascidos a partir de mãe infectada são tratados com penicilina IV. Embora muito eficaz, a antibioticoterapia pode falhar, podendo então haver recidiva e/ou complicações.

Castilho et al. (2019), em revisão de literatura, explicam as manifestações orofaciais da sífilis congênita. Dentre os autores visitados pelos pesquisadores, destacam-se Oliveira et al. (2008), que afirmam que se trata de uma doença infectocontagiosa crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Cavalcante et al. (2012), por sua vez, explicam sobre as diferentes formas de contágio: adquirida ou congênita. Na primeira, a transmissão ocorre pela transfusão de sangue ou pelo ato sexual; já no caso de sífilis congênita, o contágio do feto ocorre no momento do parto, quando a mãe é portadora da bactéria e não recebeu tratamento ou o fez de forma inadequada. Quando o diagnóstico ocorre nos dois primeiros anos de vida, é denominada sífilis congênita precoce, mas quando diagnosticada após essa fase é chamada sífilis congênita tardia. Normalmente os pacientes não apresentam sintomas inicialmente, porém, quando se trata de recém nascidos, alguns fatores podem ficar evidentes, tais como: parto prematuro, lesões na pele e mucosas, aumento do fígado ou baço, periostite, destacamento de cartilagem e osso, anemia, linfonodos, manchas avermelhadas no palato duro e mole, diminuição do número de plaquetas, aumento ou diminuição no número de leucócitos. No caso da sífilis tardia, algumas das manifestações na região de cabeça e pescoço são: erupção tardia dos dentes, alterações na forma dos dentes incisivos e posteriores, nariz em sela e bossa frontal, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson, ceratite intersticial, lesão do VIII par craniano) e surdez. Além disso, outras alterações orais podem ser observadas, como palato profundo e atrésico, gengivite, mordida aberta, erupções ectópicas, caninos sífilíticos, extravasamento hemorrágico e palidez mucosa.

### **3.1.6 Doença granulomatosa crônica**

De acordo com Shafer et al. (1985), a doença granulomatosa crônica é rara, hereditária, majoritariamente ligada ao sexo masculino. Mais comum em crianças, pode, todavia, também ser encontrada em adultos. A doença é descrita como uma falha na função enzimática dos leucócitos, prejudicando o sistema responsável pelo metabolismo de micro-organismos patogênicos. Desta forma, o organismo é infectado com maior facilidade, podendo haver infecções recorrentes. Segundo os autores, as infecções regulares em crianças podem causar complicações em linfonodos, pulmões, fígado, baço, ossos e pele. É comum o relato de manifestações bucais, como estomatite difusa, podendo haver ulcerações solitárias ou múltiplas. Ademais, foi relatada a hipoplasia do esmalte dentário, devido às fortes infecções em idade precoce. O tratamento é realizado com enfoque direto na infecção.

Segundo Bonilha et al. (2010), a doença granulomatosa crônica é uma imunodeficiência primária não muito comum, “causada por um defeito na produção de intermediários no metabolismo do oxigênio nos fagócitos, que interferem na sua capacidade de destruir micro-organismos catalase positivos e intracelulares”. Encontrada com maior facilidade nos primeiros meses pós nascimento, com infecções de repetição, como é o caso dos abscessos, linfadenites, pneumonias e otites. Podem ocorrer sintomas mais tardios e, nesses casos, costumam ser mais brandos e com menor chance de ser fatal. Outras manifestações comuns em pacientes com tal imunodeficiência são febre, irritabilidade, tumoração ganglionar região cervical, seguida de secreção ocular amarelada.

### **3.1.7 Noma**

Shafer et al. (1985) descrevem noma como uma gangrena que afeta os tecidos da boca e/ou face e ocorre normalmente em pessoas com deficiências nutritivas. Mais comum em crianças, em estado avançado de desnutrição. Esta doença é pouco encontrada em países desenvolvidos, por outro lado é bastante comum em países da África, no sul Asiático e na América do Sul. O noma não é considerada uma doença primária e sim uma complicação por outra doença sistêmica, tais como escarlatina, sífilis, anemia, tuberculose, etc. Ela se inicia com uma pequena úlcera na mucosa, acometendo, posteriormente, tecidos adjacentes. A pele se torna inflamada, edemaciada, até se encontrar na fase final, necrótica. A partir disso, a pele

começa a destacar-se, podendo deixar o osso à mostra. O início da necrose se caracteriza por uma mancha escurecida. Menciona-se que há uma predileção pela bola de Bichat (gordura encontrada nas bochechas). Além disso, pode ser encontrado em palato e língua, porém isso é menos comum. O tratamento se faz com uso de antibiótico e intervenção imediata na deficiência nutritiva. Prognóstico bom, se o tratamento for iniciado antes da fase final.

Para Neville et al. (2009, p.202), noma é uma doença de caráter oportunista, de rápida progressão, decorrente de micro-organismos comuns do meio bucal, que por alguma debilitação do indivíduo podem se tornar patogênicos. De acordo com os autores, pobreza, subnutrição, desidratação, higiene bucal precária, dentre outros, são fatores predisponentes. Em países desenvolvidos, a noma é quase inexistente, com exceção dos casos de pacientes com imunossupressão. Por outro lado, crianças de 1 a 7 anos da África subsaariana têm apresentado maior risco para a doença após o desmame, devido à dieta pobre e água não tratada. A noma tem início, quase sempre, na gengiva, com uma gengivite ulcerativa necrosante, que pode se desenvolver tanto para vestibular quanto para lingual, alcançando tecidos moles adjacentes. É bem delimitada e se alastra, normalmente, através das barreiras anatômicas, como músculos, embora frequentemente possa atingir osso. O tratamento da noma é realizado com penicilina e metronidazol, no entanto é importante o combate do agente debilitante do paciente (má nutrição, desidratação, imunossupressão, etc.) para melhor eficácia e prognóstico.

A maioria das crianças afetadas também apresenta significativo retardo no crescimento. Embora várias famílias tenham muitos filhos morando no mesmo ambiente, aqueles acometidos por noma estão tipicamente isolados, o que sugere fatores adicionais participando. Tem sido sugerido que crianças com crescimento intrauterino retardado e oriundas de partos prematuros podem estar predispostas ao desenvolvimento futuro de noma. Tem sido sugerido também que infecções por alguns vírus herpes, com o citomegalovírus, podem levar à diminuição local da imunidade e causar o desenvolvimento do noma (Neville et al., 2009, p.202).

### 3.2 INFECÇÕES VIRAIS

Nesta seção serão apresentadas algumas das principais doenças infectocontagiosas de origem viral, que se manifestam na boca de pacientes pediátricos.

### 3.2.1 Gengivoestomatite herpética

Matos et al. (2016) teceram considerações sobre a gengivoestomatite herpética aguda, uma infecção transmitida pelo vírus herpes simples. Muito comum acometer crianças na faixa etária de 1 a 6 anos de idade. Suas primeiras manifestações são febre, mal-estar, irritabilidade, dor ao tentar comer ou tomar algo, além de linfadenopatia regional. Em se tratando da cavidade bucal, há alguns outros sinais sintomas relevantes, como gengivite, vesículas e dor intensa. Quando as vesículas se rompem, formam pequenas úlceras as quais costumam cicatrizar em alguns dias sem intervenções. Tais manifestações constituem um incômodo doloroso para as crianças, já que acabam tendo dificuldades na hora de se alimentar e se comunicar. Não há muito o que se possa fazer para o tratamento, apenas para amenizar os sintomas. Higienização bucal cuidadosa, aumento do consumo de água, além de evitar alimentos ácidos e salgados são alguns dos cuidados a serem realizados a fim de diminuir o desconforto e a dor, concluem os autores.

Chiarelli, Rau e Scortegagna (2018) pesquisaram a respeito da gengivoestomatite herpética aguda, uma infecção contagiosa transmitida pelo vírus herpes simples, a qual acomete principalmente crianças com até 6 anos de idade, caracterizada pelas manifestações clínicas na segunda semana após o contágio. Sua transmissão é mais comum por contato direto, frequentemente por meio do beijo, podendo ser de fácil diagnóstico de acordo com suas manifestações clínicas, como: vesículas (palato, bochecha e lábios), mal-estar, febre, anorexia, desânimo, baixa da imunidade, aumento dos linfonodos, úlceras esbranquiçadas. O tratamento pode ser realizado através de hidratação, alimentação à base de proteínas e carboidratos, “vaselina, pomada para umidificar os lábios, bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% três vezes ao dia, aplicação tópica de aciclovir três vezes ao dia nos lábios” e em casos mais graves prescrever medicação antitérmica. Os autores esclarecem que:

O conhecimento desta patologia por parte do cirurgião-dentista é de fundamental importância, em decorrência do potencial de contaminação, morbidade e baixa no estado geral do paciente, somadas às possíveis complicações, observadas, sobretudo, em pacientes imunocomprometidos ou imunologicamente imaturos (Chiarelli et al., 2018, p. 124 ).

Lima et al. (2020), em revisão de literatura, teceram considerações sobre a gengivoestomatite herpética primária, uma infecção viral proveniente do mesmo vírus

da herpes simples. Segundo Santos et al. (2017 apud Lima et al., 2020), o vírus se encontra em estado latente no gânglio trigeminal, podendo tornar-se ativo com estímulos locais, tais como exposição solar, febre e traumas. Em crianças, os sintomas caracterizam-se por coceiras, seguidas por formação de bolhas e vesículas. Desse modo, em alguns casos, pode-se observar lesões em olhos e nariz, devido à contaminação a partir da coceira. Matos et al. (2016), citados pelos pesquisadores, afirmam que as lesões de gengivoestomatite herpética são avermelhadas, edemaciadas e dolorosas, o que dificulta a alimentação e comunicação das crianças.

### **3.2.2 Estomatite aftosa**

Fraiha, Bittencourt e Celestino (2002) em revisão de literatura estudaram sobre a estomatite aftosa recorrente, muito comum na cavidade oral. Segundo os autores, a “EAR é uma afecção da mucosa oral crônica de ocorrência comum, e se caracteriza pelo aparecimento de lesões ulcerativas em qualquer região da mucosa jugal”. Classificada em três tipos, sendo a mais comum a menor (5mm): pequenas ulcerações definidas, branco acinzentada, arredondadas, dolorosas e com tempo de cicatrização de 10 a 14 dias, mais comum em mucosa labial e jugal, soalho da boca. As outras duas formas são a maior e a herpetiforme; na primeira, o tempo de cicatrização é de 6 semanas ou mais e em sua maioria deixa cicatrizes, dolorosas, circulares ou ovulares, 1 a 3 cm, comum em palato mole e em lábios mas podem acometer qualquer região da cavidade oral; já a herpetiforme apresenta múltiplas lesões, as quais podem se unir formando uma única úlcera, dura de 7 a 10 dias, de forma irregular, sendo encontrada em qualquer área da cavidade oral. Algumas características podem ser comuns nas três formas como formato, profundidade, edema e coloração, sendo encontradas em sua maioria circular, rasas e dolorosas. O diagnóstico dá-se no consultório odontológico através do exame clínico e anamnese; alguns fatores locais e sistêmicos podem estar relacionados, sendo assim necessário o uso de imunossupressores, corticosteroides tópicos e sistêmicos, além de anestésicos e antimicrobianos. Em muitos casos o diagnóstico correto de estomatite aftosa recorrente pode demorar de três semanas a um ano, já que pode ser confundido com aftas comuns ocasionadas após a ingestão frequente de alguns tipos de alimentos, ácidos por exemplo, além de traumas por mordida ou até mesmo candidíase. A causa concreta para o aparecimento das lesões EAR ainda não foi identificada, mas para os autores alguns fatores podem favorecer, como trauma,

tabagismo, questões psicológicas, ciclo menstrual ou até mesmo agentes biológicos. Algumas doenças sistêmicas podem estar ligadas ao aparecimento das aftas, como é o caso da “úlceras aguda da vulva, Doença de Behçet, Síndrome MAGIC (úlceras orais e genitais com inflamação de cartilagem), síndrome FAPA (febre, aftose, faringite e adenite), síndrome Sweet, neutropenia cíclica, ulceração aftosa-like da SIDA, deficiências hemáticas, enteropatia glúten-sensível (doença celíaca) , doença inflamatória intestinal e síndrome de Reiter.” Os autores esclarecem ainda que:

Outra classificação valiosa da EAR é: aftose simples x aftose complexa. A primeira representa lesões que curam em 1 a 2 semanas e ocorrem raramente. A aftose complexa apresenta-se como um quadro grave, com lesões profundas, grandes, numerosas e dolorosas. Novas lesões se desenvolvem como as antigas já em fase de cicatrização e podem estar associadas a lesões genitais ou perianais (Fraiha, Bittencourt e Celestino, 2002, p. 575).

Não existe um tratamento específico para a EAR; assim, quando associada a uma doença sistêmica, deve ser tratada primeiro a doença para em seguida possa ser levada em consideração a EAR. Na sua maioria, não é possível estabelecer um tratamento específico, já que cada caso é um caso, sendo necessário avaliar e prescrever o melhor tratamento de acordo com cada caso usando medicamentos como corticoide e analgésicos visando sempre ao melhor prognóstico para o paciente.

Costa e Castro (2012) em revisão de literatura estudaram a respeito da etiologia e do tratamento da estomatite aftosa recorrente – lesões frequentemente encontradas na mucosa bucal, sendo elas simples ou múltiplas, podendo ser menor, maior ou herpetiforme, variando também no tempo de duração e cicatrização. Vários fatores podem ser responsáveis pelo surgimento das aftas recorrentes, sendo assim impossível estabelecer um tratamento efetivo visando ao total alívio dos sintomas e à cicatrização. Todavia, tratar essas lesões, ainda que sintomaticamente, é de extrema importância, já que elas causam dor, dificuldade para se alimentar, falar ou fazer movimentos simples com a boca. A lesão classificada como menor tem cerca de 10mm de diâmetro, duração de 10 a 14 dias, sendo única ou múltipla, dolorosa, arredondada e regular, vermelha com base cinza-amarelada; a chamada afta maior é mais grave, tem duração de semanas ou meses, em sua maioria deixa cicatrizes, de formato oval, pode chegar a tamanhos maiores de 1cm, presente em palato mole e lábios; o tipo herpetiforme é raro, constitui-se de múltiplas e pequenas aftas que se unem formando úlceras maiores. Em casos de recorrência, os autores sugerem o uso de medicamentos anti-inflamatórios, antibióticos e anestésicos, além de bochechos, a fim de amenizar a dor e o desconforto para o paciente.

Baptista e Simon (2018) teceram considerações sobre estomatite aftosa recorrente, conhecida popularmente como afta, uma doença não contagiosa bastante comuns na cavidade oral. Trata-se de lesões ulcerosas agudas e recorrentes, localizadas em sua maioria na parte interna dos lábios, mucosa oral, língua e palato mole, de coloração amarela, cinza ao centro, bem delimitadas, com sua forma redonda ou oval, variando o tamanho de acordo com a causa da doença. Podem aparecer de três formas diferentes, sendo elas, segundo os autores: menor – as lesões apresentam menos de 1 cm de diâmetro, mais comum, com um tempo de cicatrização espontânea em 7-14 dias; maior – as lesões têm mais de 1 cm de diâmetro, com mais de uma lesão de cada vez, profundas e mais dolorosas, ficando uma cicatriz após a cura; úlceras herpetiformes – pequenas, com a 1-2 mm diâmetro, múltiplas úlceras (até 100), podem se unir formando grandes lesões de forma irregular. A causa do aparecimento de aftas ainda é um fator não identificado; segundo os autores os fatores desencadeantes podem ser genéticos e imunológicos, e há outros, como stress psicológico e ansiedade; falta de ferro, zinco, vitaminas do complexo B e ácido fólico no organismo; alergias alimentares; fatores hormonais; traumatismos físicos locais; fatores químicos; e infecções da mucosa oral. Sobre o diagnóstico, os autores explicam que

é feito com base na história clínica e na aparência da lesão. O aspecto da lesão deve ser cuidadosamente avaliado (localização, número, duração, grau de desconforto e comprometimento das atividades normais), devendo também ser considerado o historial do paciente (ocorrências anteriores, medicação, alergias, hipersensibilidade a alimentos, resposta a tratamentos anteriores e fatores que precipitem o aparecimento das lesões). Deve ainda ter-se atenção à presença de sinais e sintomas extra-orais (Baptista e Simon, 2018, p. 02).

Alguns cuidados podem ser tomados para prevenir o surgimento dessas lesões ou para minimizar o desconforto quando elas já se manifestaram, tais como: usar pastas de dente sem detergentes; intensificar a higiene oral, utilizando sempre escovas com cerdas macias para não agredir mais; fazer bochechos com água e sal; evitar consumo de alimentos quentes, industrializados, ácidos, duros e bebidas alcoólicas; além de aplicar gelo diretamente diariamente por 10 min, para aliviar a dor. Se as lesões persistirem por mais de duas semanas, com tamanhos maiores de 1 cm, quando ocorrer dor que impeça a alimentação, ou se aparecer juntamente com “febre, erupções cutâneas, diarreia, dor de cabeça, nódulos no pescoço ou na virilha, mobilidade dentária sem explicação, ou obstrução nasal”, um médico deverá ser procurado a fim de diagnosticar a causa mais provável e assim realizar o tratamento.

### 3.2.3 Herpangina

Shafer et al. (1985) relataram que a herpangina é uma doença que afeta prioritariamente crianças pequenas; adultos e crianças maiores dificilmente são infectados devido à sua melhor imunidade. Considerada uma doença do verão, pode infectar crianças sem que haja qualquer tipo de manifestação. Corriqueiramente, integrantes da mesma família são infectados, alguns, mais de uma vez numa mesma estação, já que a doença é facilmente disseminada. O tempo de incubação do vírus é de 2 a 10 dias. As manifestações clínicas são comuns às viroses, como dor de cabeça, dor abdominal, dores de garganta, vômitos, entre outros. Segundo os autores, eventualmente podem ocorrer manifestações bucais, sendo a mais comum as ulcerações de base cinzenta, que atingem pilares anteriores da fauce, palato duro e mole, mucosa jugal e língua. São manifestações discretas e pouco dolorosas, que quase passam despercebidas. Não há necessidade de tratamento, uma vez que a doença é autolimitada e não apresenta complicações.

Segundo Bonzanini et al. (2021), a herpangina é uma infecção causada por um enterovírus, em sua maioria o Coxsackie B. Possuindo um alto nível de contágio, é mais predominante no verão, infectando na maior parte das vezes crianças, principalmente menores de 10 anos infectados em creches ou escolas, devido à sua transmissão ser por contato direto. Na cavidade oral podem-se notar máculas eritematosas (menores de 5mm), as quais evoluem para vesículas e em raros casos para úlceras; porém, quando se trata de recém nascidos imunocomprometidos, Yu et al. (2020 apud Bonzanini et al., 2021) afirmam que as manifestações podem ter forma mais grave, estando presentes em palato mole, região posterior da língua, amígdalas e faringe posterior. Tresfts (2007), citado pelos pesquisadores, associa essas manifestações à linfadenopatia cervical com febre alta persistente por até sete dias. Yanko et al.(2020), também citados pelos autores, descrevem a herpangina como uma doença autolimitante, para a qual não existe um tratamento específico, sendo prescritos remédios antivirais apenas para amenizar a sintomatologia.

### 3.2.4 Sarampo

Ribeiro et al. (2011) em revisão de literatura estudaram sobre o sarampo, uma doença exantemática aguda e sistêmica, que pode ser considerada uma das mais contagiosas doenças. Transmitida pelo vírus paramyxoviridae morbillivirus, tem

como manifestações orais lesões conhecidas como manchas de koplik: pequenas manchas branco azuladas presentes em sua maioria na mucosa jugal, “próximo à abertura do canal de Stenon, circundada por um halo avermelhado e brilhante”. Conforme o avanço da doença, essas manchas aumentam em quantidade e se unem, dando origem a placas, as quais podem causar inflamação, tumefação generalizada com úlceras na gengiva, palato e garganta.

Segundo Nicolau (2018), o sarampo, transmitido através de partículas da saliva ou por secreções no ar, é considerado uma doença com elevado nível de contágio, já que o vírus pode permanecer no ar ou em superfícies por até 2 horas, mas sua transmissão só é possível cerca de 4 dias antes ou após o surgimento dos primeiros sintomas (pessoa para pessoa). Apesar do elevado número de pessoas vacinadas contra a doença, o sarampo ainda é um dos responsáveis pelo elevado índice de óbitos infantis, o que torna ainda mais importante o diagnóstico precoce por profissionais da saúde, principalmente por parte dos cirurgiões-dentistas, já que a boca apresenta características específicas nesse caso. Os primeiros sinais e sintomas do sarampo costumam aparecer entre 10 a 12 dias e compreendem febre, prostração, coriza, tosse e fotofobia, podendo ser reconhecido como a doença dos “3 C's”: Coriza, Conjuntivite e Tosse (o terceiro "C" vem do inglês Cough).” Depois de uma a dois dias, aparecem as manchas de Koplik, que são um dos primeiros sinais visíveis do sarampo, sendo formadas por focos de necrose epitelial. Os patologistas descrevem clinicamente a lesão como "grãos de sal em um fundo vermelho". Outros sintomas podem ser notados como: candidose, gengivite ulcerativa necrosante, alterações na odontogênese (hipoplasias) e aumento dos tecidos linfoides. Apenas 2 dias após o surgimento das manifestações orais, surgem as lesões cutâneas da doença, inicialmente na região de cabeça e pescoço, em direção ao tronco e extremidades. Ainda não existe tratamento para o sarampo, mas algumas medidas podem ser tomadas como suporte; entre elas estão: repouso, aumento na ingestão de água e uso de analgésicos para o controle da dor e febre, além da vacina tríplice viral (SRC) em dose única. Em casos de pacientes imunocomprometidos, o uso de interferon, imunoglobulina e vitamina A pode ser necessário para um melhor prognóstico.

Lima et al. (2020), em revisão de literatura, estudaram sobre o sarampo. De acordo com Medeiros (2020 apud Lima et al., 2020), o sarampo é uma doença com um alto nível de contágio e eventualmente grave, com alta taxa de transmissão (por ar, contato direto com os fluidos secretados por infectados). Devido à grande

quantidade de pessoas vacinadas, a disseminação da doença vem diminuindo, mas ainda há um elevado risco para a população. Tem como característica o seu longo período de transmissão, o que acaba gerando um perigo maior, já que pode ser transmitido por seis dias antes das primeiras manifestações e até quatro dias após, com uma incubação do vírus de 8 a 10 dias. Os sintomas mais comuns são febre, coriza, mal-estar, tosse, conjuntivite, fotofobia, lacrimejamento; o sinal mais comum é a distribuição de lesões erupivas avermelhadas pelo rosto, mucosa bucal, tronco e demais membros. Na cavidade oral, a manifestação mais frequente são as lesões de Koplik: lesões de 2 a 3mm de diâmetro, pouco elevadas, brancas com base eritematosa, localizadas dentro da boca, na altura do segundo molar superior, e também no palato mole; geralmente aparecem um dia antes do início da manifestação e desaparecem em média 48 horas depois.

### **3.2.5 Rubéola**

Segundo Shafer et al. (1985 p. 350) a rubéola é uma doença muito confundida com o sarampo, porém, naquela não são encontradas manchas de koplik. As manifestações bucais são raras, mas eventualmente acontece de indivíduos apresentarem amígdalas inchadas e máculas eritematosas no palato. Raramente há complicações nesses casos, exceto para gestantes antes do terceiro trimestre. Nesta situação, há uma elevada taxa de defeitos congênitos e/ou aborto espontâneo. De acordo com os autores, a rubéola pode causar defeitos de desenvolvimento em crianças em que as mães foram infectadas na gravidez. Tal como, hipoplasia de esmalte, alta incidência de cáries, e retardo na erupção dos dentes decíduos. Mas para Grahnen, autor citado no texto de Shafer et al, a infecção por rubéola na gravidez, não motivava algum defeito clínico na dentição decídua ou permanente na criança.

Segundo Neville et al. (2009), a rubéola é uma doença causada pelo vírus da família Togavírus. Considerada uma doença altamente transmissível, especialmente na primavera e inverno, é contraída através do contato do indivíduo com secreção contaminada (saliva, por exemplo). No geral, não apresenta grandes complicações, se fazendo desnecessário o uso de medicações e tratamento, exceto em mulheres gestantes, nas quais a rubéola pode causar defeitos de desenvolvimento no feto ou até aborto espontâneo. Crianças que contraíram a doença, ainda na gestação, podem liberar o vírus por até um ano. Antigamente, a doença podia ser observada em ciclos epidêmicos de aproximadamente 6 a 9 anos. Em 1965, nos EUA,

houve um surto em que ocorreram mais de 10 mil mortes fetais, além de 20 mil recém-nascidos com a síndrome da rubéola congênita. Em 1969, com o desenvolvimento de uma vacina eficiente contra a rubéola, houve uma significativa redução no número de casos. Apesar do fato, em 1990 um aumento nos casos, principalmente em menores de 15 anos, tornou necessária a dose de reforço da vacina SRC. Os sintomas são brandos, e notados mais frequentemente em adolescentes e adultos. Febre, dor de cabeça, mal estar, tosse, entre outros, podem ser percebidos até 5 dias após o contágio. A erupção exantemática inicia-se em face e pescoço com máculas rosadas, desenvolvem-se para pápulas até descamarem e sumirem. Na boca, pode ser notado o sinal de Forchheimer: pequenas pápulas vermelho-escuras encontradas no palato mole e duro. Em gestantes, o risco da transmissão da síndrome da rubéola congênita para o feto diminui significativamente após a 8ª semana. Os sintomas da síndrome da rubéola congênita aparecem até os 2 anos de idade e compreendem surdez, catarata e doença cardíaca. Em pacientes sintomáticos, o uso de antipruriginosos e antipiréticos sem aspirina são eficientes contra a doença. Além disso, a imunidade passiva é possível através do uso da imunoglobulina da rubéola, tornando-se um importante tratamento para gestantes.

Ribeiro et al. (2011) em revisão de literatura teceram considerações sobre a rubéola, uma linfadenopatia generalizada, que dura de 2 a 3 dias, com poucos ou nenhum sintoma. Transmitida através do vírus rubivirus togaviridae, tem como principais manifestações na cavidade oral eritema, edema de ambas as tonsilas amigdalinas e do palato mole, podendo ser encontrado em sua maioria em uma coloração pálida. No palato é comum a presença de petéquias, as quais podem aparecer antes ou em conjunto com erupções na pele (sinal de Forchheimer).

### **3.2.6 Varicela**

Shafer et al. (1985) reportam que a varicela é uma doença viral muito comum nas estações inverno e primavera. Acomete principalmente crianças e seu período de incubação é em torno de 14 dias. Seu agente etiológico é o mesmo vírus da herpes zoster, e ambas as doenças se assemelham em suas lesões. Segundo os autores, a doença é comumente conhecida por suas lesões vesiculares, que por sua vez podem se romper havendo ou não seqüela na pele. O envolvimento da mucosa bucal se deve a lesões equivalentes a bolhas, sobretudo em bochecha, língua, gengiva e palato. De início, as vesículas são proeminentes e ao se romperem

formam úlceras semelhantes a aftas. Não são comuns complicações provenientes da varicela, exceto em crianças com doenças crônicas e que fazem uso de cortisona e/ou quimioterapia. Nestes casos, é possível contrair a forma grave da doença, o que pode ser fatal.

Ribeiro et al. (2011) trataram sobre a varicela, ou, como é popularmente conhecida, catapora, muito comum na infância nos primeiros meses de vida. Transmitida por um vírus da família herpesvírus, tem um elevado nível de contágio, tem como características algumas manifestações como bolhas na bochecha, gengiva, língua, no palato e na mucosa da faringe. Segundo os autores, as “vesículas são elevadas e com eritema circundante”. Não demora muito para que essas lesões se rompam surgindo assim úlceras rasas, avermelhadas nas extremidades, muito parecidas com aftas e lesões de estomatite herpética.

Lima et al. (2020), em revisão de literatura, dissertaram sobre a varicela, mais conhecida como catapora. Segundo Soman e Mandan (2013 apud Lima et al., 2020), é uma doença autolimitante, infectando primariamente crianças de 3 a 6 anos, causada pelo vírus herpes-zoster, que em seu primeiro contágio é altamente contagioso, tendo como manifestações erupções e bolhas sobre a pele. Os autores explicam que a “outra manifestação clínica do vírus é conhecida como herpes zoster ou cobreiro, e é o resultado da reativação do vírus latente em pessoas expostas anteriormente ao vírus”; ocorre raramente de acordo com cada indivíduo.

### **3.2.7 Caxumba**

De acordo com Neville et al. (2009), a caxumba é uma doença viral que tem predileção pela glândula salivar Parótida. Apesar da preferência, é comum o acometimento do pâncreas, testículos e ovários. Antes das campanhas de vacinação podiam ser observadas epidemias a cada 3 anos, aproximadamente. Quase toda população era exposta ao vírus, mas a infecção aparecia principalmente em indivíduos de até 15 anos. A partir de 1957, a vacina contra caxumba tornou-se obrigatória para crianças de 12 a 15 meses, o que posteriormente pôde comprovar o sucesso das campanhas, com 98% na queda de incidência da doença. Em 1986 notou-se um aumento dos casos, mas esta alta foi atribuída especialmente às crianças não vacinadas. A partir de 1990, foram observadas epidemias eventuais, que acometeram inclusive pessoas vacinadas. Por esse motivo, foi recomendada a dose de reforço, o que fez reduzir a prevalência da doença em 99%. O tempo de incubação

do vírus é por volta de 15 dias e o indivíduo torna-se contagioso desde o dia que antecede seu primeiro sintoma até 14 dias após o seu contágio. Em casos sintomáticos, frequentemente há dor de cabeça, mal estar e estado febril. Em sequência, a alteração das glândulas salivares, especialmente a parótida. Nesse estágio da doença, o dor é mais intensa e é acompanhada pelo inchaço da parte inferior do ouvido à borda inferior posterior da mandíbula, podendo atingir uni ou bilateralmente. É extremamente corriqueiro, em homens, o envolvimento dos testículos, que exibem tumefação com dor considerável, podendo causar esterilidade permanente. Em mulheres é possível manifestar a mastite e ooforite (inflamação dos ovários), porém isso não é tão comum. No caso de gestantes, o aborto espontâneo pode acontecer se a infecção for contraída durante o primeiro trimestre de gravidez. O tratamento para caxumba se resume em minimizar o efeito dos sintomas, com analgésicos sem aspirina, repouso e alimentação adequada.

Ribeiro et al. (2011), em revisão de literatura, descrevem a caxumba como uma infecção aguda, generalizada e contagiosa, transmitida pelo vírus paramyxoviridae paramyxovirus. Tem como característica principal o aumento e inflamação das glândulas salivares parótidas, uni ou bilateralmente, causando um “caroço doloroso”. Em alguns casos, as glândulas submandibulares e sublinguais também podem ter um comprometimento, sendo que, quando envolve a sublingual, ocorre um aumento na região submentoniana e no assoalho da boca. Diminuição da produção de saliva, edema nas papilas do canal de steton, além da sua mudança de cor (vermelhas), também são características frequentes.

Bonzanini et al. (2021) teceram considerações sobre caxumba, também conhecida como parotidite infecciosa, uma doença viral aguda e contagiosa transmitida pelo vírus Paramyxovirus. Suas principais manifestações compreendem aumento e sensibilidade da glândulas submandibulares e sublinguais, dor de cabeça, fadiga, dor na hora de o paciente se alimentar e consequente perda de apetite. Segundo Richardson et al. (2001 apud Bonzanini et al. 2021), a contaminação ocorre pela saliva e podendo ser prevenida por meio da vacina tríplice viral (SCR). O tratamento visa à diminuir a intensidade dos sintomas, sendo recomendado repouso, e o uso de analgésicos e anti-inflamatórios.

### 3.2.8 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Buczyni, Castro e Souza (2007), em revisão de literatura, advertem sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV, uma vez que saúde oral e saúde geral relacionam-se muito efetivamente. Destacam que em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença” e explicam que doenças importantes como AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), reconhecida desde meados de 1981, afetam o doente e a sociedade de maneira ampla e multifatorial. Os autores esclarecem que as crianças infectadas pelo HIV, além das altas chances de apresentarem cáries e doença periodontal, também podem desenvolver na boca outras doenças causadas pelo vírus, sofrendo dor e outros sintomas que influenciam negativamente em sua alimentação e no seu dia a dia. As manifestações mais encontradas são a candidíase, hipertrofia de parótida, estomatite herpética, leucoplasia pilosa, estomatite aftosa, eritema linear gengival e linfadenopatia cervical. Independentemente de o tratamento medicamentoso realizado em crianças infectadas pelo vírus estar diminuindo as manifestações bucais com o passar dos anos, ainda é possível encontrar uma elevada concentração de cárie e doença gengival, devido ao uso extenso de medicamentos açucarados, mudanças na quantidade salivar, dieta especial, constantes internações, higiene bucal precária e imunossupressão pela infecção do HIV. Os autores concluem afirmando que, ainda que a AIDS já não tenha hoje o prognóstico sombrio que tinha até há alguns anos, o desenvolvimento funcional, físico, psicológico e social de crianças contaminadas pelo vírus são afetados consideravelmente e por isso elas devem receber uma atenção no cuidado e tratamento individualizado, para que sejam melhor compreendidas e atendidas em suas necessidades.

Araújo et al. (2015), em revisão de literatura, comentaram sobre as principais manifestações bucais em pacientes pediátricos HIV positivos e o efeito da terapia antirretroviral altamente ativa, visto que as lesões prevalentes foram candidíase oral, gengivite, aumento das parótidas e eritema gengival linear. A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) é uma doença gerada pelo vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana), o qual ataca o sistema imunológico e torna o organismo passível de outras doenças de origem sistêmica, como é o caso das lesões bucais. Os primeiros eventos de AIDS aconteceram nos anos 80 em pessoas homossexuais; com o passar dos anos sua ocorrência em heterossexuais vem

crescendo cada vez mais. Atinge uma grande parcela de mulheres em período fértil, favorecendo a transmissão do vírus para os filhos (transmissão vertical), sendo este o principal motivo para os casos da doença em crianças terem aumentado, já que podem ser infectadas durante a gravidez, o parto ou na alimentação pós-nascimento (amamentação). Hoje, o HIV atinge mais de 2 milhões de infanto-juvenil com idades menores de 15 anos, estando ligado a diversas complicações ao decorrer dos anos para esses pacientes. O reconhecimento rápido das manifestações bucais (primeiros sinais nessa faixa etária) favorece o melhor tratamento e o melhor resultado, reduzindo suas morbidade. Imunodeprimidos são mais propensos a infecções oportunistas, principalmente quando se trata da boca, como é o caso da candidíase oral. Tal quadro se agrava em crianças HIV positivas, cujo sistema imunológico se encontra comprometido, sendo, por isso, mais sujeitas a casos graves e de desenvolvimento rápido. Os autores afirma que candidíase oral e suas variantes pseudomembranosas, queilite angular e eritematosa foram relacionadas ao HIV atualmente; concluíram que a candidíase é a principal manifestação bucal da AIDS e, em vista disso, pode ser usada como um registro do avanço da doença e da imunossupressão.

A respeito da síndrome da imunodeficiência adquirida, mais conhecida como AIDS, Lima et al. (2020), em revisão de literatura, explicam que se trata de uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), cuja transmissão se dá por via sexual, via corrente sanguínea, e pela via vertical - mãe soropositiva para o filho. De acordo com Araújo (2018 apud Lima et al., 2020), a AIDS compromete todo o sistema imunológico, favorecendo o desenvolvimento de outras doenças sistêmicas, como é o caso das lesões orais. Devido à transmissão vertical, o HIV se tornou comum na infância, podendo ser encontradas nas crianças acometidas pela doença certas manifestações bucais, como candidíase oral nas diversas formas (lesão muito frequente), gengivite, gengivoestomatite herpética aguda, eritema gengival linear, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi e aumento das parótidas. Os pesquisadores citam ainda Annapurna et al. (2012), quando afirmam que a “presença de certas doenças orais pode ser uma ferramenta importante para a identificação de pessoas contaminadas pelo HIV e avaliar a progressão relativa de sua doença”. Também trazem à luz as considerações de Ponnamm, Srivastava e Theruru (2012), que avaliaram 95 crianças portadoras do vírus HIV e concluíram que no grupo avaliado as

lesões mais comuns foram a cárie dental (26%), doença periodontal (23%), candidíase (19%), hiperpigmentação (17%) estomatite ulcerativa (9%), e um caso de mucocele.

### 3.2. 9 Covid 19

Cardoso et al. (2020) apresentaram considerações sobre a COVID-19 e suas manifestações na cavidade bucal. Inicialmente, explicaram que a boca possui diversos receptores da enzima angiotensina 2 concentrados nas glândulas salivares, na mucosa de revestimento, gengiva e língua, podendo ser considerados o principal meio de entrada para a contaminação do COVID. Algumas manifestações bucais podem ser observadas nos pacientes de COVID-19, como é o caso da sialadenite aguda e crônica, anosmia, ageusia e lesões ulceradas e/ou vesículo bolhosas na mucosa de revestimento e no palato. A infecção das glândulas salivares é a principal causa da presença do vírus na saliva, porém pulmões, orofaringe, nasofaringe e bolsa periodontal também podem ser focos de infecção e espalhar para o restante do corpo. Os autores advertem que:

Cirurgiões-dentistas fazem parte dos profissionais de saúde sujeitos tanto a adquirir quanto transmitir o coronavírus, devido à proximidade com o paciente durante o atendimento e às características dos procedimentos realizados, que podem levar à formação de aerossóis ou disseminação de partículas de saliva e sangue, podendo contaminar diversas superfícies e promover infecção cruzada. Assim, esses profissionais devem empregar diversas medidas, desde desinfecção adequada, uso de barreiras físicas, estritos protocolos de higiene e, até mesmo, a limitação dos procedimentos a serem realizados (Cardoso et al., 2020, p. 98).

Devido aos medicamentos para tratar os sintomas da Covid 19, é comum encontrar manifestações relacionadas a efeitos colaterais, como alterações nas características das mucosas, modificação na produção e qualidade da saliva, estomatites, úlceras, alterações sensoriais, pigmentação, reação liquenoide, entre outras. Em casos mais graves, como em pacientes entubados, há uma piora da qualidade bucal, hipossalivação, modificação da microbiota, infecções oportunistas, respiração bucal e ausência/redução da higienização oral.

Moraes et al. (2020) explicam que a Covid 19 é uma infestação que iniciou na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. É causada pelo vírus SARS-COV-2, que em vista microscópica lembra uma coroa. A doença se espalhou rapidamente pelo mundo, alcançando diversos países, incluindo o Brasil. As características clínicas compreendem desde infecções assintomáticas, até complicações respiratórias graves, podendo afetar também os sistemas

gastrointestinal, renal, cardiovascular, hepatobiliar, endócrino, dermatológico, neurológico, dentre outros. Primeiramente, manifestou-se em adultos. No entanto, posteriormente, também foi observada em crianças, com maior gravidade em recém-nascidos. Além de manifestações respiratórias, é possível constatar manifestações cutâneas e orais, dentre elas a diminuição (disgeusia) ou a perda total (ageusia) do paladar. Ainda não se sabe o verdadeiro motivo da ageusia e/ou disgeusia, mas acredita-se estar relacionado à inflamação dos quimiorreceptores. Nas crianças, os sintomas se manifestam de forma mais suave, mas podem ser observados episódios de falta de ar. Considerando os aspectos cutâneos manifestados pela COVID-19, as heterogeneidades das características são perceptíveis. É relatada similaridade dos sintomas com a doença de Kawasaki, uma vasculite sistêmica comum em crianças de 5 anos de idade, e rara aos 8 anos de idade. Apresenta sintomas como irritação polimórfica na pele, além de manifestações orais como eritema e edema na língua, lábios, mucosa bucal, papilas linguais e lábio leporino. A doença de Kawasaki tem sido identificada simultaneamente ou logo após a constatação da COVID-19.

De acordo com Tavares et al. (2021), a Covid 19, que grassou de forma pandêmica a partir do final de 2019, partindo da China, é causada pelo coronavírus e se caracteriza como uma síndrome respiratória aguda grave. Trata-se de uma infecção extremamente perigosa e de alto contágio, uma vez que este se dá através de partículas da saliva, especialmente por tosse e espirros dos contaminados. Febre, dor de cabeça, dor de garganta, dispneia, tosse seca, dor abdominal, vômito e diarreia são alguns dos sintomas comuns encontrados em pacientes infectados. Quando se trata de crianças, alguns sintomas podem variar. No caso dos bebês menores de um ano, é mais comum encontrar dificuldade de se alimentar e febre; crianças com idade inferior a 9 anos em geral apresentam tosse e febre; já aquelas com idade entre 10 e 19 anos apresentam dores musculares, falta de ar, diarreia, perda de olfato/paladar e coriza. “Porém, na maioria das crianças, a COVID-19 pode estar assintomática, e assim há menos conhecimento das possíveis manifestações na infância.” Mehta et al. e Santos et al. (2020 apud Tavares et al. 2021), afirmam que os sintomas clínicos em pacientes pediátricos são mais leves ou até mesmo inexistentes, o que não impede que eles sejam transmissoras do vírus. Corchuelo & Ulloa (2020), citados por Tavares et al. (2021) esclarecem que nos pacientes de Covid19, “na região perioral, podem estar presentes vesículas e erosões envolvendo lábios, língua e mucosa bucal”, e ainda afirmam que outras lesões “comumente encontradas na pele foram as

petéquias, que também podem estar localizadas no lábio inferior, palato e mucosa da orofaringe, dorso da língua, gengivas e palatos”.

### 3.3 INFECÇÕES FÚNGICAS

Nesta seção serão apresentadas algumas das principais doenças infectocontagiosas de origem fúngica, que se manifestam na boca de pacientes pediátricos.

#### 3.3.1 Paracoccidiomicose

Segundo Shafer et al. (1985), a Paracoccidioidomicose está relacionada à doença blastomicose norte-americana, uma vez que pertencem à mesma família e apresentam lesões semelhantes. Os micro-organismos são capazes de adentrar no corpo por meio dos tecidos periodontais, e em seguida atingir linfonodos. Além disso, Shafer et al. (1985) também relatam que a extração dentária é uma porta de entrada do micro-organismo no indivíduo, podendo produzir lesões papilares e ulcerações na cavidade oral. A diferença entre as duas doenças se deve ao tamanho do fungo.

Segundo Neville et al. (2009), a paracoccidioidomicose é uma doença causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. Mais comum em nativos da América do Sul e Central, ou imigrantes que visitam esses continentes. O fungo acomete significativamente mais o sexo masculino, visto que o hormônio feminino  $\beta$ -estradiol inibe a transformação do micro-organismo em forma de hifa para levedura (forma patogênica). Após a exposição ao esporo do micro-organismo, o indivíduo apresenta, como sintoma inicial, a infecção pulmonar, podendo se espalhar para linfonodos, pele e glândulas adrenais. É comum encontrar úlceras moriformes na cavidade oral do infectado. O tratamento em casos mais brandos é realizado com derivados da sulfonamida; para casos mais graves, é indicado o uso de anfotericina B intravenosa.

Machado et al. (2019) pesquisaram a respeito da paracoccidioidomicose, uma micose sistêmica, causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis* e transmitida através do ar (inalação). Quando acomete crianças, a infecção atinge todo o sistema imunológico. Nos adultos, a doença afeta pulmões, linfonodos, pele e mucosa, com evolução crônica quando diagnosticada tarde. Alguns sintomas como tosse, dor de cabeça, emagrecimento junto com lesões na pele ou mucosa são os mais comuns. De acordo com Nogueira e Andrade (2015 apud Machado et al., 2019) “demanda um tratamento e acompanhamento adequado de profissionais da área médica, porém,

infelizmente a maioria dos casos são negligenciados e ignorados, levando a recidivas de infecções e frequentes internações hospitalares, além da piora prognóstica”. Mais comum em crianças maiores de 14 anos, sendo classificada como aguda ou juvenil, sendo essa sua forma mais grave com um pior prognóstico já que sua evolução é mais rápida. Além dos sintomas já citados anteriormente, pode haver febre constante, dores articulares, palidez, aumento dos linfonodos e anemia.

A paracoccidioidomicose aguda em crianças e adolescentes é caracterizada por ser uma patologia de abrangência sistêmica grave que evolui agressivamente, podendo levar ao óbito cerca de 10% dos casos. É notória a baixa diversidade clínica aguda quando comparada aos pacientes adultos, sendo associadas à suscetibilidade da criança, ao sistema imune pouco desenvolvido e às condições socioeconômicas e nutricionais que possuem (NOGUEIRA; ANDRADE, 2015). A PCM tem prevalência importante em ambos os sexos até a puberdade (Shikanai-Yasuda et al., 2017, p.02).

### 3.3.2 Candidíase

De acordo com Neville et al. (2009), a *Candida albicans* é uma levedura capaz de causar a candidose, infecção fúngica mais corriqueira em humanos. Possui diversas formas e, segundo os autores, três condições podem determinar sua evidência clínica: estado imunológico do hospedeiro, ambiente da mucosa oral, e a cepa da *C. albicans*. A Candidíase Pseudomembranosa, conhecida popularmente como sapinho, tem como característica a aparição de placas brancas destacáveis, com aspecto de leite coalhado, acompanhada ou não de aparência eritematosa, ao redor na mucosa oral. A queda na imunidade do indivíduo (antibioticoterapia, pacientes imunossuprimidos ou leucêmicos) pode favorecer o aparecimento da Candidíase devido à competição entre as bactérias da própria mucosa oral. Crianças com até 2 anos de idade são suscetíveis a esta condição devido ao pouco desenvolvimento de seu sistema imune. A sintomatologia é branda: sensação de queimação, gosto desagradável e/ou sensação de bolhas devido à elevação das placas. Já a Candidíase Mucocutânea é conhecida por ser relacionada a desordens imunológicas do indivíduo. Pode ser esporádica ou de herança autossômica recessiva. Pacientes com esta condição têm evidências que são identificadas ainda nos primeiros anos de vida, apresentando frequentemente candidose oral, nas unhas, peles e superfícies mucosas. Jovens com esse tipo de candidose devem ser avaliados regularmente, pois qualquer anormalidade no organismo, especialmente as endócrinas, pode desencadear a candidíase. O diagnóstico é determinado através de

achados clínicos associados com a citopatologia; o micro-organismo é identificado por meio de cultura. O tratamento é realizado com clotrimazol e cetoconazol, que são antifúngicos derivados do imidazol e possuem grande eficácia contra a doença.

Lima et al. (2020) informam que a candidíase, cuja manifestação melhor conhecida é a pseudomembranosa (sapinho), tem como agente etiológico mais comum a *Candida albicans*. Certos fatores, além do estado imunológico do paciente, contribuem para que essa doença fúngica se instale, tais como “higiene bucal precária, má condição bucal e dental, presença de próteses sujas ou mal ajustadas, antibiótico e/ou tratamento com corticosteróides locais, tabagismo e trauma físico e/ou químico”. Krishnan (2012 apud Lima, 2020, p.2) explica que a candidíase pode causar desconforto oral, com dor, disgeusia e aversão à comida; também queimação aguda na boca e língua, sensibilidade da mucosa, maior sensibilidade a vários alimentos e agentes aromatizantes.

Bonzanini et al. (2021) teceram considerações sobre candidíase, uma infecção fúngica causada pela *Candida Albicans*, que pode ser considerada uma doença oportunista, pois só ocorre quando há fatores favoráveis. Existem dois tipos de candidíase oral: pseudomembranosa e eritematosa. Mais comum em crianças, a primeira tem como manifestações manchas e placas brancas presentes superficialmente na mucosa, sendo possível sua remoção como uma raspagem simples. Pode ser encontrada de forma local ou geral, mas acomete em sua maioria língua, mucosa bucal, palato mole e duro (Hellstein; Marek, 2019 apud Bonzanini et al., 2021), afetando o paladar, causando sensação de gosto desagradável na cavidade bucal, dor de garganta e sensação de queimação. Esse tipo de infecção pode ser favorecido ou agravado pelo uso de aparelhos ortodônticos e pela má higienização oral. Para o tratamento, recomenda-se o uso de antifúngico tópico (nistatina) associado ao uso de clorexidina a 0,12%, duas vezes ao dia.

## 4 DISCUSSÃO

O presente trabalho de pesquisa, uma revisão de literatura, tratou a respeito das manifestações bucais de certas doenças infecciosas sistêmicas – bacterianas, virais e fúngicas – que amiúde acometem crianças e que precisam ser conhecidas pelos acadêmicos de Odontologia e pelos cirurgiões-dentistas, tanto os que atuam na clínica geral quanto os que se dedicam à odontopediatria, visto que as manifestações das doenças na boca podem anteceder as erupções na pele, bem como outros sinais e sintomas, e possibilitar o rápido diagnóstico. As doenças infectocontagiosas que se manifestam na boca de pacientes pediátricos foram divididas em três grupos: doenças de origem bacteriana, de origem viral e de origem fúngica.

Shafer et al. (1985) esclarecem que a contaminação da escarlatina ocorre pela faringe, com um período de incubação de 3 a 5 dias. Seu diagnóstico é feito após o aparecimento da erupção difusa, a partir do terceiro dia da doença. Na boca, a estomatite escarlatínica é a principal manifestação. No início da doença, a língua apresenta uma cobertura branca com papilas edemaciadas e hiperêmicas (língua em morango). Com a evolução da doença, a língua se apresenta sem a cobertura branca, extremamente vermelha e lisa, mas com as papilas igualmente edemaciadas (língua em framboesa). O final da doença começa com a descamação da pele. Em seguida, todas as mucosas readquirem aspecto normal. Neville et al. (2009) informam que a escarlatina ataca pacientes que não possuem anticorpos específicos para a doença, começando a inflamação nas amígdalas e faringe e que também atinge vasos sanguíneos, o que justifica as manchas vermelhas na pele. Para estes autores, diferentemente de Shafer et al. (1985), o tempo de incubação é de 1 a 7 dias. Os principais sintomas são febre, manchas vermelhas e exsudato purulento; também relatam que na fase inicial da doença a língua fica encoberta por uma camada branca, conhecida como língua em morango branca. A partir do quarto dia, o dorso da língua passa a ficar avermelhado e com as papilas fungiformes edemaciadas, conhecida como língua em morango vermelha. O diagnóstico da escarlatina é feito através de detecção rápida de antígenos específicos. Ribeiro et al. (2012), por sua vez, esclarecem que a escarlatina é uma das doenças infantis mais raras e menos contagiosas, sendo caracterizada por erupções avermelhadas e difusas que

isquemiam com compressão. A criança contaminada apresenta vermelhidão facial e palidez ao redor da boca (sinal de Filatov). Na boca, as lesões são denominadas de estomatite escarlatínica, o que também foi citado por Shafer et al. (1985). Assim como Shafer et al. (1985) e Neville et al. (2009), Ribeiro et al. (2021) citam a língua em morango e depois, na fase final, a língua em framboesa: vermelha, brilhante e lisa. Diferentemente de Ribeiro et al. (2012), Ramos (2016) observa que a escarlatina é uma doença muito comum na infância; o autor ainda explica que a infecção é causada pela secreção de exotoxina pirogênica A, em contato com a pele ou fômites. Ramos (2016) estende o período de incubação da doença, de quatro a 10 dias e afirma que alguns sintomas podem persistir por semanas. Afirma o autor que 15% a 20% dos casos são assintomáticos; nos casos em que a sintomatologia está presente, o doente pode apresentar garganta avermelhada e dolorida, febre, calafrios, dores no corpo, náuseas, vômitos e perda de apetite. Língua, amígdalas e parte anterior da faringe apresentam um revestimento esbranquiçado com aparência eritematosa, podendo ou não haver presença de pus. Da mesma forma que Shafer et al. (1985), Neville et al. (2009) e Ribeiro et al. (2012), Ramos (2016) esclarece que, após três dias, a língua apresenta aspecto de framboesa, vermelha e irregular, e pode se tornar mais tarde despapilada. O autor informa ainda que pode-se observar o sinal de Forchheimer (pequenas pápulas vermelhas sobre o palato mole) e que a palidez perioral é uma característica da doença. Ramos (2016) adverte que o principal sinal da escarlatina são erupções em forma de pápulas, que se espalham pelo corpo, dando uma sensação de queimadura e prurido. A partir do sexto dia a pele pode começar a descamar. As complicações normalmente estão relacionadas às doenças secundárias.

Shafer et al. (1985) afirmam que a tuberculose é uma doença que teve seu índice de mortalidade drasticamente reduzido sem nenhum motivo aparente, já que a incidência da doença permanecia a mesma, o que poderia indicar uma ligeira resistência da população à bactéria. As lesões orais são raras, e quando presentes são encontradas em língua, palato, lábios, mucosa jugal, gengiva e freios. Na mesma linha, Neville et al. (2009) explicam que, embora a tuberculose tenha diminuído a partir do século XIX, a doença pode estar associada a fome e guerras em países subdesenvolvidos, além do HIV, condições precárias de saúde e moradia, entre outros, podendo ser considerada uma doença oportunista. A transmissão é feita através de gotículas respiratórias de indivíduos com a doença ativa. A cavidade oral

é pouco afetada, embora possa apresentar úlceras indolores, representando quase sempre uma infecção secundária. As manifestações bucais na fase primária sem comprometimento pulmonar são raras, sendo mais encontradas em crianças e adolescentes; quando presentes, envolvem gengivas, fundo de vestibulo e locais de inflamação adjacentes a dentes doentes, sendo associadas ao aumento dos linfonodos. Já as lesões orais secundárias mais encontradas acometem língua, palato e lábios. Há casos de osteomielite tuberculosa relatada nos maxilares, que se apresenta como lesão em áreas radiolúcidas mal definidas. O Ministério da Saúde (2010) adverte que a tuberculose, no Brasil, atinge principalmente homens, entre 15 e 54 anos no Brasil. Nas crianças, o comprometimento ganglionar mediástinico e cervical é comum. Tal como referem Neville et al. (2009), a tuberculose é transmitida através do ar, por espirros e tosse. Segundo o Ministério da Saúde (2010), depois do contágio a doença demora entre 4 a 12 semanas para fazer surgirem as primeiras lesões. Normalmente crianças com tuberculose não são infectantes, mas isso não minimiza a importância do diagnóstico e tratamento.

Shafer et al. (1985) explicam que lepra é uma infecção que causa lesões dérmicas caracterizadas por erupções maculares eritematosas. As lesões se iniciam como pápulas e evoluem até o rompimento da pele. Na face, pode desenvolver paralisia, resultante do comprometimento dos nervos. Na boca, é comum apresentar em forma de tumores com tendência a ulcerações, chamados lepromas. Também pode acontecer o abalamento dos dentes, devido à hiperplasia gengival. O tratamento da doença é feito com quimioterapia. Neville et al. (2009) informam que a hanseníase é uma doença pouco infecciosa e a exposição à doença nem sempre resulta em um caso clínico. Mencionam que a bactéria necessita de baixa temperatura corpórea para sobreviver, por isso suas lesões são mais encontradas em pele, cavidade nasal e palato. Em crianças pode afetar os dentes em desenvolvimento e causar hipoplasia de esmalte e a formação de raízes curtas e cônicas. O diagnóstico da doença é feito clinicamente e após recuperação da doença a cirurgia reparadora é iniciada. Em contrapartida, o Ministério da saúde (2010) apresenta a hanseníase como altamente contagiosa, mas com poucas manifestações e baixa letalidade, pode atingir qualquer pessoa independente de idade, gênero ou etnia. Afeta nervos periféricos e por isso pode causar a falta de sensibilidade na pele. Em crianças há a dificuldade de aplicação e interpretação do exame para o diagnóstico da hanseníase. O tratamento

é feito com medicamentos como Rifampicina, Dapsona, Clofazimina e a poliquimioterapia, ministrados de acordo com idade e peso do paciente.

O tétano, segundo Shafer et al. (1985), é uma doença que atinge o sistema nervoso, caracterizada por apresentar intensas espasmos musculares. Suas manifestações clínicas aparecem em até 14 dias e consistem em dor e rigidez dos músculos maxilares, podendo causar trismo e disfagia. Quando afeta os músculos faciais, é típico produzir o riso sardônico. O tratamento é realizado com antimicrobianos, imunização ativa e passiva e anticonvulsivantes, se necessário. Para o Ministério da Saúde (2010), o tétano é uma doença grave não contagiosa. Seu meio de transmissão é através de esporos que atravessam a mucosa e pele por meio de cortes ou alimentos contaminados. Seus principais sintomas são febre baixa, dores, aumento dos espasmos musculares e reflexos, além de dificuldade de deglutição. A rigidez dos músculos normalmente aparece após estímulos luminosos, sonoros ou de temperatura. Pode acometer recém-nascidos na primeira semana de vida, conhecido como o mal dos sete dias. Nesses casos de tétano neonatal, o recém-nascido apresenta dificuldade respiratória, comprometimento de sucção, choro constante, trismo e contratura muscular. O tratamento é realizado com soro antitetânico, na UTI neonatal, sob sedação. Gomes et al. (2011), ampliando as colocações do Ministério da Saúde (2010), esclarecem que a contaminação pelo tétano ocorre através de areia, terra, galhos, arbustos, instrumentos agrícolas, fezes, contaminando cortes na pele. Pode acometer bebês entre 3 e 12 dias após o nascimento, conhecido como o mal do umbigo. Assim como Shafer et al. (1985), Gomes et al. citam dificuldade de amamentação, choro incansável e trismo, além da paralisia e movimentos contidos, como manifestações típicas da doença, as quais se não tratadas podem ser fatais. O tratamento para o paciente neonatal deve ser realizado com o mínimo de manipulação.

Shafer et al. (1985) esclarecem que a sífilis congênita é rara, visto que são realizados exames durante toda a gravidez, e com isso pode-se instituir o tratamento antes do primeiro trimestre de gestação, diminuindo a chance de contaminação do bebê. Portadores de sífilis congênita podem apresentar bossas frontais, maxila curta, abóboda palatina alta, molares em amora, além da tríade de Hutchinson (hipoplasia dos incisivos e molares, surdez relacionada com o nervo auditivo e queratite intersticial). Neville et al. (2009) explicam que a sífilis também pode ser transmitida

através de relações sexuais. Transmitida de mãe para filho, a sífilis congênita pode manifestar-se a partir da 2 ou 3 semanas de vida e o doente apresenta febre, icterícia, lesões ao redor da boca, anemia, entre outros. Para um diagnóstico assertivo, são disponibilizados exames sorológicos capazes de identificar a doença ainda em fase gestacional, tal como afirmam Shafer et al. (1985). O tratamento é feito de forma individual. Embora muito eficaz, a antibioticoterapia pode falhar, podendo haver reincidivas e/ou complicações. Castilho et al. (2019) seguem a mesma linha de raciocínio de Shafer et al. (1985) e Neville et al. (2009) quanto à forma de transmissão da doença. Todavia, diferentemente dos outros autores, Castilho et al. (2019) dividem a sífilis congênita em 2 fases: precoce, quando diagnosticada antes dos 2 anos, e tardia, diagnosticada após esse período. Em recém-nascidos pode causar: parto prematuro, lesões na pele e mucosas, aumento do fígado ou baço, periostite, destacamento de cartilagem e osso, anemia, linfonodos, manchas avermelhadas no palato duro e mole, diminuição do número de plaquetas, aumento ou diminuição no número de leucócitos. Quanto aos sinais e sintomas da sífilis tardia, Castilho et al. (2019) concorda com os outros autores já citados.

Shafer et al. (1985) apresentam a doença granulomatosa crônica como majoritariamente masculina, mais comum em crianças, podendo ser encontrada em adultos também. É conhecida por uma falha na função enzimática dos leucócitos. As infecções regulares em crianças podem causar complicações em linfonodos, pulmões, fígado, baço, ossos e pele. É comum o relato de manifestações bucais, como estomatite difusa, podendo haver ulcerações solitárias ou múltiplas, além da hipoplasia do esmalte dentário, devido às fortes infecções em idade precoce. O tratamento é realizado com enfoque direto na infecção. Em um outro raciocínio, Bonilha et al. (2010) descrevem a doença granulomatosa crônica como uma imunodeficiência primária não muito comum, encontrada com maior frequência nos primeiros meses de vida, causando infecções frequentes como abscessos, linfadenites e otites, além de febre, irritabilidade, secreção ocular, entre outros.

Para Shafer et al. (1985), Noma é uma doença que causa a gangrena dos tecidos da boca e/ou face, encontrada com facilidade em crianças com avançado grau de desnutrição. Considerada uma doença secundária proveniente de outra doença sistêmica, inicialmente apresenta uma pequena úlcera na mucosa, a qual se estende pelos tecidos adjacentes. Primeiro a pele inflama, edemacia até progredir para a fase

final, necrótica. Posteriormente a pele pode se destacar, deixando o osso à mostra. Há uma predileção pela bola de Bichat, mas pode ser encontrada até mesmo em palato e língua. O tratamento se faz com uso de antibiótico e intervenção imediata na deficiência nutritiva. Na esteira de Shafer et al. (1985), Neville et al. (2009) afirmam que a Noma é uma doença oportunista, de progressão rápida, decorrente de micro-organismos da própria mucosa oral, que por meio de alguma debilitação do indivíduo podem-se tornar patogênicos. Além do fator nutricional citado pelo autor anterior, Neville et al. (2009) citam desidratação e higiene bucal inadequada como fatores favoráveis para a instalação da doença. Concordando com Shafer et al. (1985) quando se trata da progressão, para esses autores a doença é delimitada e vai se alastrando através das barreiras anatômicas. O tratamento da Noma é realizado com penicilina e metronidazol, além de se tratar a causa da debilitação conjuntamente.

Matos et al. (2016) esclarecem que a gengivoestomatite herpética aguda é uma infecção transmitida pelo vírus herpes simples, comum em crianças de 1 a 6 anos de idade. Suas primeiras manifestações são febre, mal-estar, irritabilidade, dor ao tentar comer ou tomar algo, além de linfadenopatia regional. Em se tratando da cavidade bucal, há alguns outros sinais e sintomas relevantes, como gengivite, vesículas e dor intensa. Quando as vesículas se rompem, formam pequenas úlceras as quais costumam cicatrizar em alguns dias sem intervenções, mas causam um incômodo doloroso que dificulta na hora de alimentar e falar. Higienização bucal cuidadosa, aumento do consumo de água, além de evitar alimentos ácidos e salgados são alguns dos cuidados a serem realizados a fim de diminuir o desconforto e a dor. Chiarelli et al. (2018) seguem o mesmo raciocínio, afirmando as manifestações iniciais na segunda semana após o contágio. Sua transmissão é mais comum por contato direto, frequentemente por meio do beijo, podendo ser de fácil diagnóstico de acordo com suas manifestações clínicas, já citadas anteriormente por Matos et al. (2016). O tratamento pode ser realizado através de hidratação, alimentação à base de proteínas e carboidratos, "vaselina para hidratar, bochechos com clorexidina e aplicação tópica de aciclovir 3x ao dia; em casos mais graves, deve-se prescrever medicação antitérmica. Lima et al. (2020), concordando com os autores já citados, acrescentam coceiras seguidas por formação de bolhas e vesículas como característica presente. As lesões são avermelhadas, edemaciadas e dolorosas, o que dificulta a alimentação e comunicação das crianças.

Costa e Castro (2012) explicam a estomatite aftosa recorrente como lesões frequentemente encontradas na mucosa bucal, sendo elas simples ou múltiplas, podendo ser menor, maior ou herpetiforme, variando também no tempo de duração e cicatrização. Vários fatores podem ser responsáveis pelo surgimento das aftas recorrentes, sendo assim impossível estabelecer um tratamento efetivo visando ao total alívio dos sintomas e à cicatrização, já que elas causam dor, dificuldade para se alimentar, falar ou fazer movimentos simples com a boca. Em casos de recorrência, o uso de medicamentos anti-inflamatórios, antibióticos e anestésicos, além de bochechos, é indicado a fim de amenizar a dor e o desconforto para o paciente. Baptista e Simon (2018) concordam com Costa e Castro (2012) ressaltando que a afta, como é popularmente conhecida, se apresenta como lesões ulceradas agudas e recorrentes que atingem a parte interna dos lábios, mucosa oral, língua e palato mole, de coloração amarela, cinza ao centro, bem delimitadas, com sua forma redonda ou oval. Os autores sugerem ao doente de estomatite aftosa usar pastas de dente sem detergentes; intensificar a higiene oral, utilizando sempre escovas com cerdas macias para não agredir mais; fazer bochechos com água e sal; evitar consumo de alimentos quentes, industrializados, ácidos, duros e bebidas alcoólicas; além de aplicar gelo diretamente diariamente por 10 min, pode ajudar no alívio da dor. Se as lesões persistirem por mais de duas semanas, com tamanhos maiores de 1 cm, quando ocorrer dor que impeça a alimentação, ou se aparecer juntamente com febre, erupções cutâneas, diarreia, dor de cabeça, nódulos no pescoço ou na virilha, mobilidade dentária sem explicação, ou obstrução nasal, um médico deverá ser procurado a fim de diagnosticar a causa mais provável e assim realizar o tratamento. Já para Fraiha, Bittencourt e Celestino (2002), diferentemente do que afirmam Baptista e Simon (2018), as lesões podem aparecer em qualquer região da mucosa jugal. Entretanto, na mesma linha de Baptista e Simon (2018), concordam quanto as características em comum das 3 formas de lesões. O diagnóstico dá-se no consultório odontológico através do exame clínico e anamnese; alguns fatores locais e sistêmicos podem estar relacionados, sendo assim necessário o uso de imunossuppressores, corticosteroides tópicos e sistêmicos, além de anestésicos e antimicrobianos. Em muitos casos, o diagnóstico correto de estomatite aftosa recorrente pode demorar de 3 semanas a um ano, já que pode ser confundida com aftas comuns ocasionadas após a ingestão frequente de alguns tipos de alimentos, ácidos por exemplo, além de traumas por mordida ou até mesmo candidíase. Fraiha, Bittencourt e Celestino (2002)

ênfatizam que a causa concreta para o aparecimento das lesões EAR ainda não foi identificada; na sua maioria, não é possível estabelecer um tratamento específico, sendo necessário avaliar e prescrever o melhor tratamento de acordo com cada caso usando medicamentos como corticoide e analgésicos.

Shafer et al. (1985) apresentam a herpangina como uma doença autolimitante que afeta prioritariamente crianças pequenas devido ao seu sistema imunológico ainda não totalmente desenvolvido, podendo ser assintomática. Por ser de fácil disseminação, é comum a infecção de familiares, tendo o vírus um tempo de incubação de 2 a 10 dias. As manifestações clínicas são dor de cabeça, dor abdominal, dores de garganta, vômitos, entre outros, podendo ocorrer manifestações bucais, sendo a mais comum as ulcerações de base cinzenta, que atingem pilares anteriores da face, palato duro e mole, mucosa jugal e língua, discretas e pouco dolorosas. Bonzanini et al. (2021) concordam com Shafer et al. (1985) afirmando que crianças menores de 10 anos têm mais chances de contágio devido à transmissão do vírus ser por contato direto. Não existe um tratamento específico, sendo prescritos remédios antivirais apenas para amenizar a sintomatologia.

Para Ribeiro et al. (2011), o sarampo é uma doença exantemática aguda, sistêmica e muito contagiosa. A mancha de koplik é uma manifestação oral muito comum da doença: “grãos de sal em fundo vermelho. Conforme a doença avança, as manchas aumentam e muitas vezes se unem, formando placas que podem causar inflamação, tumefação generalizada com úlceras na gengiva, palato e garganta. Nicolau (2018) segue a mesma linha, esclarecendo ainda que a transmissão da doença se faz por gotículas de saliva ou secreções no ar. É conhecida como a doença dos três “C”s (coriza, conjuntivite e tosse – o terceiro C advém do inglês, cough). Outros sinais e sintomas citados por Nicolau (2018) incluem candidose, gengivite ulcerativa necrosante, alterações na odontogênese (hipoplasias) e aumento dos tecidos linfoides. Após dois dias das manifestações bucais, as lesões acabam se espalhando em direção ao tronco. Não há tratamento específico para a doença, mas é recomendado repouso, hidratação e analgésico, além da vacina tríplice viral. Dando continuidade aos pensamentos dos autores já citados, Lima et al. (2020) afirmam que o doente de sarampo começa a infectar outras pessoas até seis dias antes da primeira manifestação. É muito comum a distribuição de lesões eruptivas avermelhadas pelo rosto, mucosa bucal, tronco e demais membros. Ênfaticamente ainda as manchas de

Koplik, o autor afirma que se localizam dentro da boca, na altura do segundo molar superior, e também no palato mole; geralmente aparecem um dia antes do início da manifestação e desaparecem em média 48 horas depois.

Sobre a rubéola, Shafer et al. (1985) apresentam-na como uma doença cujas manifestações bucais são raras, mas eventualmente acontece de indivíduos apresentarem amígdalas inchadas e máculas eritematosas no palato. Em casos de mães infectadas na gravidez, podem ocorrer defeitos de desenvolvimento nas crianças, como hipoplasia de esmalte, alta incidência de cáries, e retardo na erupção dos dentes decíduos. Neville et al. (2009) entendem a rubéola como uma doença altamente transmissível, contraída através do contato do indivíduo com secreção contaminada (saliva, por exemplo). Concordando com Shafer et al. (1985), os autores afirmam que não é necessário o uso de medicamentos e tratamento, exceto em se tratando de mulheres gestantes, nas quais a rubéola pode causar defeitos de desenvolvimento no feto ou até aborto espontâneo. Crianças que contraíram a doença, ainda na gestação, podem liberar o vírus por até um ano. Os sintomas são brandos e incluem febre, dor de cabeça, mal estar, tosse, entre outros, e podem ser percebidos até 5 dias após o contágio. A erupção exantematosa inicia-se em face e pescoço, com máculas rosadas, desenvolvem-se para pápulas até descamarem e sumirem. Na boca, pode ser notado o sinal de Forchheimer: pequenas pápulas vermelho-escuras encontradas no palato mole e duro. Os sintomas da síndrome da rubéola congênita aparecem até os 2 anos de idade e compreendem surdez, catarata e doença cardíaca. Em pacientes sintomáticos, o uso de antipruriginosos e antipiréticos sem aspirina são eficientes contra a doença. Em contrapartida, Ribeiro et al. (2011) afirmam que a doença dura de 2 a 3 dias, com poucos ou nenhum sintoma. Quando ocorrem manifestações, Ribeiro et al. (2011) seguem a linha de Neville et al. (2009), acrescentando ainda eritema, edema de ambas as tonsilas amigdalíneas e do palato mole, podendo ser encontrado em sua maioria uma coloração pálida.

Shafer et al. (1985) explicam que a varicela atinge principalmente crianças e que seu período de incubação é em torno de 14 dias. Tendo o mesmo agente etiológico da herpes zoster, a doença é conhecida por suas lesões vesiculares, que por sua vez podem se romper havendo ou não sequela na pele. O envolvimento da mucosa bucal se deve a lesões equivalentes a bolhas, sobretudo em bochecha, língua, gengiva e palato. De início, as vesículas são proeminentes e ao se romperem

formam úlceras semelhantes a aftas. Não são comuns complicações provenientes da varicela, exceto em crianças com doenças crônicas e que fazem uso de cortisona e/ou quimioterapia. Nestes casos, é possível contrair a forma grave da doença, o que pode ser fatal. Ribeiro et al. (2011) esclarecem a catapora, como é popularmente conhecida a varicela, como uma doença infantil juvenil. Na mesma linha de Shafer et al. (1985), os autores afirmam como características, além das já citadas, rompimento rápido das lesões, surgindo úlceras rasas, avermelhadas nas extremidades, muito parecidas com aftas, e lesões de estomatite herpética. Lima et al. (2020) corroborando Ribeiro et al. (2011), entendem a doença como autolimitante, infectando primariamente crianças de 3 a 6 anos. Além disso, esclarecem que outra manifestação clínica do vírus, menos comum, é conhecida como herpes zoster ou cobreiro, e é o resultado da reativação do vírus latente em pessoas expostas anteriormente ao vírus.

Neville et al. (2009) apresentam a caxumba como uma doença viral que tem predileção pela glândula salivar parótida. Apesar da preferência, é comum o acometimento do pâncreas, testículos e ovários. A infecção aparecia principalmente em indivíduos de até 15 anos, quando foi iniciada a vacinação. O tempo de incubação do vírus é por volta de 15 dias e o indivíduo torna-se contagioso desde o dia que antecede seu primeiro sintoma até 14 dias após o seu contágio. Em casos sintomáticos, há dor de cabeça, mal estar e estado febril, além da alteração das glândulas salivares, especialmente a parótida. Nesse estágio da doença, o dor é mais intensa e é acompanhada pelo inchaço da parte inferior do ouvido à borda inferior posterior da mandíbula, podendo ocorrer uni ou bilateralmente. O tratamento para caxumba se resume em minimizar o efeito dos sintomas, com analgésicos sem aspirina, repouso e alimentação adequada. Ribeiro et al. (2011) concordam com Neville et al. (2009) e trazem como principal sintoma da caxumba o aumento e inflamação das glândulas salivares parótidas, uni ou bilateralmente, causando um “caroço doloroso”. Em alguns casos, as glândulas submandibulares e sublinguais também podem ter algum comprometimento, sendo que, quando envolve a sublingual, ocorre aumento na região submentoniana e no assoalho da boca. Diminuição da produção de saliva, edema nas papilas do canal de Stenon, além da sua mudança de cor (vermelhas), também são características frequentes. Bonzanini et al. (2021) adicionam alguns sintomas além dos já citados por Neville et al. (2009) e Ribeiro et al. (2011), como fadiga, dor na hora de se alimentar e consequente perda de apetite.

Sua contaminação ocorre por saliva, podendo ser prevenida por meio da vacina tríplice viral (SCR).

Buczynki, Castro e Souza (2007) descrevem a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS – como uma doença que afeta o doente e a sociedade de maneira ampla e multifatorial. Também relatam que crianças afetadas com HIV têm altas chances de desenvolver cárie e doenças periodontais, além de desencadear outros tipos de manifestações orais, que causam dor ou desconforto, influenciando negativamente na alimentação do indivíduo doente. As manifestações mais encontradas são a candidíase, hipertrofia de parótida, estomatite herpética, leucoplasia pilosa, estomatite aftosa, eritema linear gengival e linfadenopatia cervical. Os autores discorrem sobre o uso das medicações, que, se por um lado agem positivamente no doente, melhorando seu quadro clínico e diminuindo manifestações bucais, por outro promovem alto índice de cárie e doenças periodontais devido ao uso extenso de medicamentos açucarados e mudanças na quantidade salivar. Ademais, o doente sofre pela necessidade de dieta especial, constantes internações, higiene bucal precária e imunossupressão pela infecção do HIV. Da mesma forma que Buczynki, Castro e Souza (2007) relatam sobre as lesões orais prevalentes do HIV, Araújo et al. (2015) também concordam que candidíase oral, gengivite, aumento das parótidas e eritema gengival linear são lesões comuns na doença. Além disso, estes autores advertem quanto ao aumento da transmissão vertical (de mãe para filho), infecção que se dá durante a gravidez, através do parto ou amamentação. Além de ressaltarem as mais importantes manifestações orais, Araújo et al. (2015) reiteram que candidíase é a principal manifestação bucal do HIV, podendo ser usada como um registro do avanço da doença e da imunossupressão. Lima et al. (2020) além de concordar com as principais manifestações orais citadas por Buczynki et al. (2007) e Araújo et al. (2015), acrescentam o sarcoma de Kaposi como uma manifestação oral importante da doença. Ademais, como Araújo et al. (2015), Lima et al. (2020) afirmam que a presença de certas manifestações orais são ferramentas importantes para a identificação de pessoas contaminadas e da progressão da doença.

Quanto à Covid-19, Cardoso et al. (2020) referem que a mucosa oral oferece o principal meio de contaminação, sendo a saliva a transmissora direta da doença por decorrência da inflamação das glândulas salivares. No desenvolvimento da doença, diversas manifestações orais estão presentes, dentre elas: sialadenite

aguda e crônica, anosmia, ageusia e lesões ulceradas e/ou vesículo bolhosas na mucosa de revestimento e no palato. Nos casos que demandam intubação, há uma piora clínica na saúde bucal, com hipossalivação, modificação da microbiota, infecções oportunistas, respiração bucal e ausência/redução da higienização oral. Para Moraes et al. (2020), a COVID-19 em crianças manifesta-se de forma amena, com maior gravidade observada em recém-nascidos. Além de sintomas respiratórios, há manifestações cutâneas e orais, como ageusia ou disgeusia (perda parcial ou total do paladar, respectivamente). Moraes et al. (2020) enfatizam a similaridade dos sintomas da COVID-19 com a doença de Kawasaki, que se apresenta como irritação polimórfica na pele, além manifestações orais como eritema e edema na língua, lábios, mucosa bucal, papilas linguais e lábio leporino. Segundo os autores, a doença de Kawasaki tem sido identificada simultaneamente ou logo após a constatação da Covid-19. Tavares et al. (2021) concordam com Cardoso et al. (2020) quando afirmam que a transmissão da Covid-19 é feita majoritariamente através de partículas de saliva, e com Moraes et al. (2020), quando se trata da gravidade da doença em crianças, reconhecendo a maior gravidade em recém-nascidos. Tavares et al. (2021) advertem, ainda, que, mesmo que não apresentem sintomas, as crianças podem transmitir a doença.

Sobre a paracoccidiodomicose, Shafer et al. (1985) apresentam-na como uma doença cujos micro-organismos são capazes de entrar no corpo através dos tecidos periodontais, atingindo os linfonodos. Além disso, relatam que a extração dentária é uma porta de entrada do microrganismo, produzindo lesões papilares e ulcerações na cavidade oral. Neville et al. (2009) afirmam que a paracoccidiodomicose é uma doença predominantemente no sexo masculino, tendo como sintoma inicial a infecção pulmonar, podendo se espalhar para linfonodos, pele e glândulas adrenais. É comum encontrar úlceras moriformes na cavidade oral do infectado. O tratamento em casos mais brandos é realizado com derivados da sulfonamida; para casos mais graves, é indicado o uso de anfotericina B intravenosa. Para Machado et al. (2019), a doença é transmitida através do ar (inalação). Quando em crianças, a infecção atinge todo o sistema imunológico, causando sintomas como tosse, dor de cabeça, emagrecimento junto com lesões na pele ou mucosa., além de febre constante, dores articulares, palidez, aumento dos linfonodos e anemia. Demanda tratamento e acompanhamento adequado de profissionais da área médica. Mais comum em crianças maiores de 14 anos, sendo classificada como aguda ou

juvenil, sendo essa sua forma mais grave com um pior prognóstico, já que sua evolução é mais rápida.

De acordo com Neville et al. (2009), a *Candida albicans* é capaz de causar a candidose. Possui diversas formas e três condições podem favorecer seu aparecimento: estado imunológico do hospedeiro, ambiente da mucosa oral, e a cepa da *C. albicans*. A candidíase pseudomembranosa (sapinho) tem como característica a aparição de placas brancas destacáveis, com aspecto de leite coalhado, acompanhada ou não de aparência eritematosa, ao redor na mucosa oral. Crianças com até 2 anos de idade são suscetíveis a esta condição devido ao pouco desenvolvimento de seu sistema imune. Os sintomas incluem sensação de queimação, gosto desagradável e/ou sensação de bolhas devido à elevação das placas. Já a candidíase mucocutânea está relacionada a desordens imunológicas do indivíduo, de forma esporádica ou de herança autossômica recessiva, sendo identificada nos primeiros anos de vida, apresentando frequentemente candidose oral, nas unhas, peles e superfícies mucosas. O diagnóstico é determinado microscopicamente (cultura), tendo como tratamento o uso de clotrimazol e cetoconazol, antifúngicos derivados do imidazol e com grande eficácia contra a doença. Lima et al. (2020) seguem a linha de Neville et al. (2009), acrescentando higiene bucal precária, má condição bucal e dental, presença de próteses sujas ou mal ajustadas, antibiótico e/ou tratamento com corticosteróides locais, tabagismo e trauma físico e/ou químico como favoráveis para a doença. Além dos sintomas já citados anteriormente por Neville et al. (2009), Lima et al. (2020) afirmam que a candidíase pode causar desconforto oral, com dor, disgeusia e aversão à comida. Ampliando o olhar dos autores que os precederam, Bonzanini et al. (2021) veem a candidíase como uma doença oportunista. Afirmam também que ela pode ser encontrada na maior parte na língua, mucosa bucal, palato mole e duro, sendo facilmente removida com raspagem; reconhecem que o uso inadequado de aparelhos ortodônticos e a má higiene também podem favorecer ou agravar a doença. Para o tratamento, indicam o uso de antifúngico tópico (nistatina) associado ao uso de clorexidina a 0,12%, duas vezes ao dia; ao mesmo tempo, lembram a necessidade de tratar o paciente em sua saúde geral, de modo a eliminar as fragilidades físicas que estão facilitando a instalação da doença oportunista.

## **5 CONCLUSÃO**

Com base nos autores privilegiados nesta revisão de literatura e na discussão aqui encetada, foi possível concluir sobre a relevância de o cirurgião-dentista ter conhecimento a respeito das principais doenças infectocontagiosas que podem afetar crianças, tendo em vista que o reconhecimento das manifestações de tais enfermidades na boca podem contribuir para um rápido diagnóstico e instituição de tratamento correto e eficaz.

## REFERÊNCIAS

- Shafer WG, Hine MK, Levy BM, Tomich CE. Tratado de Patologia Bucal. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. p.316-375
- Fraiha PM, Bittencourt PG, Celestino LR. Estomatite aftosa recorrente Revisão bibliográfica. Rev. Bras Otorrinolaringol. Rio de Janeiro RJ; V.68, n.4, p. 571-8, 2002.
- Chiarelli M, Rau LH, Scortegagna A. Gengivoestomatite herpética aguda [relato de caso]. Revista Odonto Ano 16, n. 32. 2008; São Bernardo do Campo, SP, Metodista
- Buczyni AK, Castro FG, Souza IPR da. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(6)- 1797-1805
- Neville WB, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- Brasil Ministério da saúde, Secretaria da vigilância em saúde, Departamento de vigilância epidemiológica. Doenças infectocontagiosas e parasitárias/guia de bolso. 8. ed. Brasília 2010; p 391 - 403/ p 444
- Bonilha LRCM, Cogo GR, Condino Neto A, Oliveira Júnior EB, Pieri JVB, Tonello CC et al. Doença granulomatosa crônica: diagnóstico no primeiro episódio infeccioso. Rev Paul Pediatr. 2010; 28(3):362-6.
- Gomes PA, Chagas FA de, Rodrigues DC, Silveira GL da, Tavares W, Batista RS. infecção por Clostridium tetani no recém nascido: revisão sobre tetani neonatorum. Rev Bras Ter Intensiva. Viçosa MG; 2011; 23(4):484-491
- Ribeiro BB, Guerra LM, Galhardi WMP, Cortellazzi KL. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico [revisão de literatura]. Jundiaí: São Paulo; 2011.
- Costa GBF, Castro JFL. Etiologia e tratamento da estomatite aftosa recorrente - revisão de literatura. Medicina (Ribeirão Preto). 2013; 46(1) Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista>
- Matos AL, Sá MAB, Pereira MM, Oliveira SKM, Teixeira NNS, Freitas DA. Lesões bucais na infância: revisão sistemática de interesse da fonoaudiologia. Rev. CEFAC. 2016; 18(1):209-213
- Ramos MPC. Manifestações orais de doenças exantemáticas infantis [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2016. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/26224>

Nicolau V. Estomatologia Online. Manifestações Oraís do Sarampo: Doenças Infecciosas - Sarampo [periódico na internet]. 2018. Disponível em: <http://estomatologiaonlinepb.blogspot.com/2018/11/manifestacoes-orais-do-sarampo.html?m=1>

Araújo FJ, Oliveira FAE, Carvalho CCHL, Roma OVFR, Lopes FF da. Principais manifestações bucais em pacientes pediátricos HIV positivos e o efeito da terapia antirretroviral altamente ativa. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018; 23(1): 115-122.

Baptista A, Simon A. Estomatite aftosa recorrente. Epublicação CIM - centro de informação do medicamento. 2018

Castilho LN, Magalhães MML, Rocha AM da, Nascimento ON, Dias OV, Oliveira LMJ de. Manifestações orofaciais da sífilis congênita: uma revisão integrativa. *Revista intercâmbio*. vol XVI. 2019; pag 077

Machado LA, Flora dos GS, Oliveira de MVG, Silveira da PHA, Silveira da GRRA. PARACOCCIDIOIDOMICOSE AGUDA INFANTIL: ASPECTOS CLÍNICOS E PATOLÓGICOS. V seminário científico do unifacig. 2019

Lima MMLE, Franco GABP, Barbosa TT, Simão NS de A, Simão NR. Infecção fúngica e viral em pacientes pediátricos: manifestações orofaciais. VI Seminário Científico do UNIFACIG. Manhuaçu-MG. 2020; p.1-8.

Cardoso TF, Dias MJLE, Chini MC, Pereira BLB, Orrico SRP. COVID-19 e a Cavidade Bucal: Interações, Manifestações Clínicas e Prevenção. *ULAKES J Med* 2020,1 (EE) 98-105

Bonzanini LIL, Ortigara GB, Schulz RE, Ferrazzo KL. Doenças Infecciosas com Manifestação no Complexo Maxilo-facial em Odontopediatria. *Odontologia: da dentística à traumatologia*. Ponta Grossa - PR: Atena. 2021; Cap 5. p. 41-46

Tavares NCSA dos, Santos EM, Bussadori SK, Imperato JCP, Rezende KM. Sinais e sintomas de manifestações orais e cutâneas em crianças com COVID-19: revisão narrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, 2021

Moraes FM, Natalino RY, Holanda FA, Souza Sobrinho FH, sarmento CL, Gomes MAP, Sanglard FL. oral and cutaneous manifestations of COVID-19 in pediatric patients. *RGO, Rev Gauch Odontol*. 2021; e2021005

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citadas as fontes.

Júlia Dantas Euzébio

Maria Paula Reis de Oliveira

Taubaté, novembro de 2021.