

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



**LUCAS DE CASTRO PEREIRA**

**CANDIDÍASE ORAL:**  
**APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DIVERSAS E CASOS CLÍNICOS**

**UBERLÂNDIA**  
**2017**

LUCAS DE CASTRO PEREIRA

**CANDIDÍASE ORAL:  
APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DIVERSAS E CASOS CLÍNICOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
a Faculdade de Odontologia da UFU, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Cirurgião dentista.

Orientador: Prof. Dr. João César Guimarães

UBERLÂNDIA

2017



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

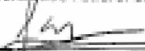
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Lucas de Castro Pereira** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia três de julho de 2017, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo (a) aluno (a) **Lucas de Castro Pereira**, COM O TÍTULO: **"CANDIDÍASE ORAL: APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DIVERSAS E CASOS CLÍNICOS"**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, expôs o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

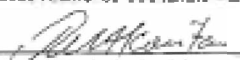
Uberlândia, 03 de julho de 2017

  
Prof. Dra. Camila Christian Gomes Moura  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

  
Aprovado/Reprovado

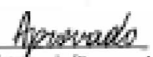
  
Prof. Dr. João César Guimarães Henriques  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

  
Aprovado/Reprovado

  
Prof. Dr. Relfan Machado de Alcântara  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

  
Aprovado/Reprovado

  
Marcos Beaventura de Moura  
Aluno de Doutorado – PPGO/UFU

  
Aprovado/Reprovado

## RESUMO

A Candidíase, ou Candidose, é uma infecção fúngica causada pelos microorganismos do gênero *Candida sp*, compondo 8 espécies diferentes, sendo a espécie mais comumente encontrada na cavidade oral, a *C. albicans*. A *C. albicans* habita de forma inofensiva a microbiota oral e se houver algum desequilíbrio nesta relação comensal, a doença candidíase pode se manifestar. Existe uma gama enorme de fatores que predispõem a Candidíase Oral, tais como: radiação, quimioterapia, saliva ácida, xerostomia, uso noturno de dentadura, fumo inveterado, distúrbios imunológicos, antibioticoterapia, corticosteroides, desnutrições, *Diabetes mellitus*, HIV, displasias epiteliais, infância e idade avançada, cânceres (imunossupressão), grupo sanguíneo O, anomalias endócrinas, dieta rica em carboidratos. A doença na cavidade oral apresenta uma série de diferentes expressões clínicas que podem tanto manifestarem-se com absoluta assintomatologia aos pacientes, como provocarem ardências e desconfortos bucais, e em casos mais extremos culminando com a morte de indivíduos imunossuprimidos. Fármacos tópicos e sistêmicos podem ser utilizados no tratamento destas enfermidades, havendo indicações específicas para cada manifestação. O presente trabalho tem como objetivo revisar a literatura com relação às diferentes manifestações clínicas da candidíase oral, destacando as principais características presentes em cada uma delas e orientar o cirurgião-dentista com relação a proposta da melhor terapia para os casos que exijam tratamento.

Palavras Chaves: Candidíase, *Candida albicans*, candidíase oral, doenças por fungos.

## **ABSTRACT**

Candida, or Candidosis, is a fungal infection caused by microorganisms of the genus *Candida* sp, comprising 8 different species, being the species most commonly found in the oral cavity, *C. albicans*. There are many factors that predispose Oral Candidiasis, such as: radiation, chemotherapy, acid saliva, xerostomia, nocturnal use of dentures, inveterate smoke, immunological disorders, antibiotic therapy, corticosteroids, malnutrition, diabetes mellitus, HIV, epithelial dysplasias, childhood And advanced age, cancers (immunosuppression), blood group O, endocrine abnormalities, diet rich in carbohydrates. The disease in the oral cavity presents a series of different clinical expressions, may appear asymptomatic, or provoke ardence and mouth discomfort, and in more extreme cases culminating in the death of immunosuppressed individuals. Topical and systemic drugs can be used in the treatment of these diseases, with specific indications for each manifestation. The present study aims to review the literature regarding the different clinical manifestations of oral candidiasis, highlighting the main characteristics present in each of them and to guide the dentist in relation to the proposal of the best therapy for cases requiring treatment.

**Keywords:** Candidiasis, *Candida albicans*, oral candidiasis, Fungal diseases.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência adquirida

**PROCEDE** – Programa de Cuidados Específicos às Doenças Estomatológicas

**Mg** – Miligramas

**UFU** – Universidade Federal de Uberlândia

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 – Placas brancas removíveis na língua e mucosas jugais, compatíveis com Pseudomembranas.....                                              | 20 |
| Figura 2 – Despapilação difusa caracterizando a “Boca ferida por antibiótico” (candidíase eritematosa atrófica aguda).....                         | 21 |
| Figura 3 – Lesão romboidal no dorso posterior da língua compatível com a atrofia papilar central ou glossite romboidal mediana.....                | 22 |
| Figura 4 – Glossite romboidal mediana na língua e candidíase eritematosa no palato caracterizando a manifestação multifocal crônica da doença..... | 23 |
| Figura 5 – Repapilação da língua e mucosa de coloração normal no palato após 2 semanas de tratamento que deixou a paciente assintomática.....      | 24 |
| Figura 6 – Paciente com e sem a prótese total mostrando a mucosa eritematosa compatível por estomatite ou candidíase por dentadura.....            | 25 |
| Figura 7 – Fissuras nas comissuras labiais e perda de dimensão vertical de oclusão compatível com queilite angular.....                            | 26 |
| Figura 8 – Recuperação tecidual após a administração do gel antifúngico por 2 semanas.....                                                         | 27 |

## SUMÁRIO

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....                                              | 7  |
| 2 OBJETIVOS .....                                               | 9  |
| 2.1 Objetivo Geral .....                                        | 9  |
| 2.2 Objetivos Específicos .....                                 | 9  |
| 3 MATERIAIS E MÉTODOS.....                                      | 10 |
| 4 REVISÃO DE LITERATURA .....                                   | 11 |
| 4.1 Classificação .....                                         | 11 |
| 4.2 Diagnóstico .....                                           | 14 |
| 4.3 Tratamento Medicamentoso .....                              | 16 |
| 4.4 Exames Laboratoriais da Função Hepática – Hepatograma ..... | 17 |
| 5 RELATO DE CASOS CLÍNICOS.....                                 | 20 |
| <b>CASO 1 - Candidíase Pseudomembranosa</b> .....               | 20 |
| <b>CASO 2 - Candidíase Eritematosa Atrófica Aguda</b> .....     | 21 |
| <b>CASO 3 - Glossite Romboidal Mediana</b> .....                | 21 |
| <b>CASO 4 - Candidíase Multifocal Crônica</b> .....             | 22 |
| <b>CASO 5 – Estomatite ou Candidíase por Dentadura</b> .....    | 24 |
| <b>CASO 6 - Queilite Angular</b> .....                          | 25 |
| 6 DISCUSSÃO .....                                               | 28 |
| 7 CONCLUSÃO.....                                                | 31 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                | 32 |



## 1 INTRODUÇÃO

Dentre os sítios do corpo humano, a cavidade bucal é aquela que apresenta os maiores níveis e diversidade de microrganismos. Fungos (eucariontes) e bactérias (procariontes) são mantidos em equilíbrio pela própria relação de competição e por mecanismos de defesa do organismo (SILVA & BORNSZTEIN, 1998). Essa harmonia pode entrar em um desequilíbrio quando os mecanismos de defesa do hospedeiro estão comprometidos, como nos indivíduos imunossuprimidos, portadores de endocrinopatias, ou estressados (SGARBI, CAVALCANTE, CABRAL, 2006). Das infecções fúngicas que afetam a boca, as candidoses são as mais comuns (SILVA & BORNSZTEIN, 1998).

Os Fungos são considerados parte da microbiota comensal (que vivem em equilíbrio com o hospedeiro), mas são microrganismos oportunistas, e podem levar ao desenvolvimento de patologias em condições anormais. A candidíase é a infecção fúngica oral mais comum em humanos, e podem apresentar formas diversas, o que pode dificultar seu diagnóstico (NEVILLE, 2004).

Os agentes etiológicos mais frequentes são as espécies de *Candida albicans*, mas outras espécies como *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*, *Candida glabrata* e *Candida krusei*, podem frequentemente colonizar e/ou infectar os tecidos orais (TORRES et al., 2002; TORRES et al., 2007).

Nas suas manifestações clínicas, a candidíase oral se mostra de formas variáveis, podendo-se observar numerosos tipos de expressão, tais como: Pseudomembranosa, Eritematosas e suas variantes (Eritematosa Atrófica Aguda, Estomatite ou Candidíase por Dentadura, Glossite Romboidal Mediana, Multifocal Crônica e Queilite Angular) Hiperplásica e Mucocutânea. (SILVA & BORNSZTEIN, 1998).

O tratamento dessa doença inclui o uso de fármacos antifúngicos, contudo a eficácia da terapia é diretamente dependente do diagnóstico precoce, bem como do estado imunológico do paciente (MAHFOUZ & ANAISSIE, 2003).

As doenças com manifestação bucal podem comprometer a saúde geral do indivíduo, interferindo negativamente na sua qualidade de vida (GARRAFA, 1986). Sendo assim, é de extrema importância estudos dessas condições, de forma que o profissional esteja apto a diagnosticar de forma mais eficaz e indicar o tipo de tratamento ideal para cada tipo de paciente. O conhecimento das alterações bucais

é de suma importância para o diagnóstico e para atenção em saúde bucal principalmente de pacientes com diferentes alterações sistêmicas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Revisar as manifestações clínicas da candidíase oral, bem como suas formas de tratamento

### **2.2 Objetivos Específicos**

Colaborar com os cirurgiões-dentistas por meio da apresentação da abordagem e tratamento de 6 casos clínicos de pacientes acometidos por candidíase oral

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho foi conduzido seguindo-se os parâmetros de uma revisão de literatura associado a casos clínicos atendidos no ambulatório de estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Com objetivo de sintetizar os resultados de pesquisas relacionadas à candidíase oral, etiologia e formas de tratamento, foram revisados trabalhos publicados nos últimos 20 anos pela sociedade científica, nas plataformas PUBMED e SCIELO, com as palavras chaves: Candidíase, *Candida albicans*, candidíase oral, em português, e Candidiasis, *Candida albicans*, oral candidiasis para plataformas em inglês.

Para o desenvolvimento da pesquisa e melhor compreensão do tema, este trabalho foi elaborado a partir dos registros, análise e organização dos dados bibliográficos, instrumentos que permitem uma maior compreensão e interpretação crítica das fontes obtidas.

Trata-se de um estudo de revisão de literatura científica na modalidade denominada revisão integrativa. A escolha desse método foi por permitir um embasamento científico que criasse um meio, pelo qual fosse possível avaliar a consolidação dessa doença, associado a formas de tratamento e alterações paralelas a esse distúrbio.

Foram relatados 6 casos clínicos de pacientes que foram atendidos nos últimos 8 anos, no Programa de Cuidados Específicos às Doenças Estomatológicas (PROCEDE) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU).

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

A candidíase pode apresentar diferentes padrões clínicos e diferentes padrões podem aparecer em um mesmo paciente.

Estudos em pacientes acometidos pela candidíase mostrou que essa patologia pode estar associada a uma hipofunção de glândulas salivares. Na saliva existem proteínas e peptídeos microbianos, ou seja, uma paciente com essa disfunção está mais predisposta a desenvolver a colônia de cândida na cavidade oral (TANIDA et al., 2003).

A etiologia da candidíase é bem abordada na literatura. Fatores como falta de higiene, fumo, uso de antibióticos, são apresentados como fortes indícios para o desenvolvimento da doença (MORETTI-BRANCHINI, 2002). A cândida está bem associada a quadros de imunodepressão do organismo, como o HIV, diabetes, pacientes com asma que são tratados com corticoides, ou pacientes em estágio de câncer avançado (REDDING et al., 1994; KUMAR, 2005; FUKUSHIMA et al., 2005)

### 4.1 Classificação

A candidíase oral pode apresentar várias manifestações clínicas a saber: 1. Pseudomembranosas, 2. Eritematosas e suas diversas variantes, 3. Hiperplásicas e 4. Mucocutâneas.

1) A **Candidíase Pseudomembranosa**, popularmente conhecida como sapinho, é caracterizada clinicamente por apresentar placas brancas aderentes na mucosa. Essa placa é definida por uma massa desorganizada de hifas, leveduras, células epiteliais descamadas e fragmento de tecidos necróticos. A remoção dessa placa pode ser facilmente feita com uma gaze seca, o que evidencia sua pouca aderência aos tecidos. A mucosa onde ela se aloja pode apresentar características eritematosas e com sangramento quando o paciente também está acometido por outra disfunção como o líquen plano, ou câncer. Sua etiologia esta associada principalmente ao uso de antibióticos de amplo espectro ou pela própria diminuição de imunidade do paciente. Sua forma agudizada está associada a quadros de etiologia medicamentosa, enquanto que sua forma crônica, à disfunções imunológicas, como o HIV (NEVILLE, 2004). Importantíssimo relatar a enorme

manifestação deste tipo de candidíase em bebês, por apresentarem seu sistema imunológico ainda em processo de formação.

2) As Candidíases Eritematosas são mais comuns que as pseudomebranosas, e diferentemente delas, não apresentam componentes brancos. Seu caráter comum, muitas vezes é negligenciado pelo profissional que diagnostica, expressando diferentes padrões clínicos. A candidíase aguda pode se manifestar sob diversas apresentações com nomenclaturas específicas, tais como: Eritematosa Atrófica Aguda, Glossite Romboidal Mediana, Multifocal Crônica, Estomatite ou Candidíase por Dentadura e Queilite Angular. A forma **Eritematosa Atrófica Aguda** ocorre especialmente após o uso de antibióticos de amplo espectro, tendo por isso, a usual denominação de “boca ferida por antibiótico”. Dentro da sintomatologia, os pacientes relatam queimação na boca durante a ingestão de líquidos quentes, devido a perda difusa das papilas filiformes do dorso da língua. Clinicamente é possível observar a aparência avermelhada e despapilada da língua. Esses mesmos sintomas são observados em quadros de Síndrome de Ardência Bucal, porém diferenciam-se no aspecto clínico, pois apresenta língua com características normais. A Xerostomia é um fator de forte predisposição ao desenvolvimento dessas lesões (NEVILLE, 2004).

Dentro da candidíase eritematosa, tem-se também a forma **Glossite Romboidal Mediana** ou também denominada **Atrofia Papilar Central**. Caracteriza-se por lesão atrófica eritematosa bem definida na linha mediana da parte posterior do dorso da língua. Perda das papilas filiformes linguais é uma característica importante da lesão. Usualmente assintomática, simétrica, com superfície variando de plana a lobulada. O termo “romboidal” diz respeito ao formato romboide losangular da lesão que, se não tratado, tende a crescer com o tempo.

Além dessas, outro exemplo de candidíase eritematosa, é sua forma **Multifocal Crônica**, definida em pacientes com atrofia papilar central, que são infectados com cândida em outras superfícies orais. Além da região dorsal da língua, os sítios acometidos são: junção entre o palato duro e mole, e comissuras labiais. Os pacientes usualmente acometidos pela glossite romboidal mediana no dorso da língua e uma manifestação no palato concomitante, são designados como portadores da “lesão beijada”, em referência ao contato da candidíase lingual que transporta os fungos que acabam por colonizar o palato.

Os pacientes que utilizam próteses totais podem ser acometidos por cândida associado ao seu uso, sendo denominada **Estomatite ou Candidíase por Dentadura**. Consiste em uma lesão comumente observada sob a área chapeável da prótese, acometendo cerca de 65% dos usuários de próteses totais superiores. Pode apresentar sintomatologia, como dor, halitose, prurido e queimação, porém a maioria dos casos são assintomáticos. A etiologia da estomatite protética é multifatorial podendo estar associada à alergia ao monômero residual, placa microbiana, trauma, uso contínuo da prótese, hipossalivação e infecção pela *Candida albicans*. Fatores causais isolados não levam ao desenvolvimento da estomatite (LE MOS, MIRANDA E SOUZA, 2003). Vale destacar que estudos comprovaram que a infecção fúngica está presente predominantemente na superfície interna da prótese e não na mucosa eritematosa, fazendo com que não seja caracterizado a Estomatite por Dentadura como uma infecção fúngica verdadeira. É extremamente importante que o clínico trabalhe o diagnóstico diferencial excluindo a possibilidade do vermelhidão e petéquias palatais serem causados por uma compressão excessiva da prótese ou alguma alergia ao material utilizado na sua confecção. É de absoluta relevância também checar se o paciente acometido remove sua prótese (total ou parcial removível) para dormir e faz a devida higienização da mesma, bem como se a prótese apresenta má adaptação, já que estas condutas podem por si só eliminar esta manifestação da *Candida albicans* na cavidade oral.

Outra forma da candidíase eritematosa é a **Queilite Angular**, definida como um processo inflamatório localizado na comissura labial (ângulo da boca), podendo ser uni ou bilateral. Sua etiologia está relacionada a condições multifatoriais, como: infecções fúngicas de *C. albicans*, doenças dermatológicas, deficiências nutricionais, imunodeficiências, hipersalivação, perda da dimensão vertical de oclusão e uso de próteses mal adaptadas. É uma doença dinâmica, portanto se faz necessário o tratamento de seus agentes causais (PENNINI; REBELLO; SILVA, 2000; NEVILLE, et al., 2004). A Queilite Angular pode se manifestar concomitantemente com a Glossite Romboidal Mediana caracterizando também a variante de candidíase Multifocal Crônica.

Clinicamente, o epitélio na comissura bucal apresenta-se com pregas. Com a evolução da doença, o pregueamento torna-se mais acentuado formando uma ou mais fissuras, ou rachaduras que aparecem ulceradas. Existe a possibilidade de formação de uma crosta exsudativa superficial. Estas fissuras não envolvem a

superfície mucosa da comissura, no interior da boca, terminando na junção mucocutânea (SHAFFER et al., 1987).

3) A **Candidíase Hiperplásica** ou também comumente denominada **Leucoplasia por *Candida***, é uma variante menos comum e manifesta-se como uma placa ou mancha branca assintomática e não removível por raspagem, sobreposta a um fundo eritematoso, que usualmente acomete a mucosa jugal ou a mucosa vestibular anterior. A apresentação desta lesão é típica de uma leucoplasia, fato que explica ser comumente submetida a biópsias. Trata-se de fato de uma leucoplasia prévia que foi colonizada por fungos ou mesmo uma infecção fúngica inicial que estimulou um processo de hiperqueratose na mucosa subjacente. De fato, é a variante de candidíase que com maior frequência pode apresentar áreas de displasias epiteliais e até eventualmente sobrepor um líquen plano ou um carcinoma de células escamosas. O exame anátomo-histopatológico usualmente revela no epitélio hifas fúngicas penetrando a região da paraqueratina, neutrófilos e acantose, além de uma inflamação no tecido conjuntivo subjacente. Como mencionado, outras alterações concomitantes são possíveis com as displasias epiteliais NEVILLE, et al., 2004).

4) A **Candidíase Mucocutânea** é sem dúvida o tipo mais raro da candidíase com possibilidade de expressão na cavidade oral. É uma manifestação grave que acomete pele, unhas e mucosas diversas. Manifesta-se com placas brancas eventualmente removíveis e lesões cutâneas com placas e nódulos rugosos e de odor fético. Estudos mostraram que mutações no gene responsável por produzir a citocina IL-17 resultaria na Candidíase Mucocutânea, já que esta citocina é diretamente envolvida com a imunidade relacionada à *C. albicans*. Estas mutações predisporiam a ataques imunológicos contra as glândulas endócrinas e destruição de linfócitos T, caracterizando uma enfermidade imune severa (NEVILLE, et al., 2004).

#### 4.2 Diagnóstico

O diagnóstico da candidíase oral é eminentemente **Clínico** e permite a identificação da maioria das manifestações clínicas da infecção fúngica. Pode haver a averiguação da hipótese de diagnóstico, especialmente por meio da **Citologia Esfoliativa**. Casos em que o aspecto tecidual provoque dúvidas quanto ao que seria

realmente a lesão, justificam a realização de uma biópsia incisional, como por exemplo, nos casos de candidíases hiperplásicas. (BARBEDO & SGARBI, 2010).

A citologia esfoliativa, é um exame que analisa as características e as alterações possíveis das células que descamam, naturalmente, das superfícies dos epitélios das mucosas em geral. Consiste no estudo morfológico e morfométrico de células descamadas da mucosa, principalmente suprabasais, por meio de microscópio óptico (MACLUSKEY & OGDEN, 2000). A coleta do material na citologia esfoliativa convencional consiste na raspagem da superfície da lesão com uma espátula ou escova, seguido de esfregaço desta sobre uma lâmina de vidro. O material é fixado à lâmina, utilizando-se álcool 95° ou uma solução álcool/éter 1:1 (MORAES et al., 2005). É um método indolor, não invasivo e de baixo custo.

Com relação ao diagnóstico, a citologia em base líquida é tecnicamente superior à citologia esfoliativa convencional, pois produz lâminas com uma quantidade satisfatória de células epiteliais desagrupadas. No entanto, esta técnica não demonstrou resultados satisfatórios que a indiquem como um método seguro para o diagnóstico da candidose bucal (SANDRIN et al., 2010). A microscopia advinda da citologia esfoliativa é obtida por meio da coloração PAS (Periodic acid-Schiff), especialmente destinada à identificação das hifas fúngicas. Esta coloração destina-se a corar a quitina, polissacarídeo componente da parede celular dos fungos. Uma outra lâmina corada em Papanicolau é também obtida para que se avalie eventuais atipias celulares presentes.

Nos casos em que se achar conveniente, especialmente quando houver dúvidas sobre o diagnóstico ser exclusivamente de candidíase ou não, a biópsia incisional pode ser realizada. A microscopia obviamente pode ser bastante variada, mas comumente vê-se uma maior espessura de paraqueratina e alongamento das cristas epiteliais. As hifas fúngicas de *Candida* aparecem penetrando a camada de paraqueratina, invadindo mais profundamente apenas em casos de extrema imunossupressão. No epitélio também vê-se neutrófilos e acantose (camada espinhosa espessada). Também vê-se um infiltrado inflamatório crônico no tecido conjuntivo subjacente ao epitélio infectado.

Embora seja muito raramente utilizado, vale ressaltar que se for da vontade do profissional diferenciar os 8 tipos de espécies de *Candida* envolvidos, a imuno-histoquímica deverá ser realizada.

#### 4.3 Tratamento Medicamentoso

Como princípio geral e básico do tratamento das candidíases, o profissional dever buscar dois pontos cruciais para a terapia: I. Identificar e eliminar os fatores predisponentes diversos que podem estar envolvidos na etiologia da doença, e II. Administrar algum antifúngico para ação local direta na lesão. Neste contexto, vale sempre destacar os inúmeros fatores que predispoem uma infecção fúngica por *Candida*: radiação, quimioterapia, saliva ácida, xerostomia, uso noturno de dentadura, fumo inveterado, distúrbios imunológicos, antibioticoterapia, corticosteroides, desnutrições, *Diabetes mellitus*, HIV, displasias epiteliais, infância e idade avançada, cânceres (imunossupressão), grupo sanguíneo O, anomalias endócrinas, dieta rica em carboidratos. É fundamental também alertar os pacientes sobre os alimentos que podem intensificar os sintomas de ardência e queimação, especialmente diante das candidíases eritematosas, tais como: alimentos condimentados e apimentados, cítricos, tomates, ácidos e industrializados em geral, já que acabam agredindo a mucosa eritematosa e atrófica por *Candida*, intensificando os sintomas (GARCIA-CUESTA C, SARRION-PÉREZ MG, BAGÁN JV, 2014).

Os principais grupos de agentes antifúngicos com ação sobre espécies de *Candida* compreendem os antibióticos poliênicos (anfotericina B e nistatina), que possuem amplo espectro de ação e os derivados azólicos (sintéticos), divididos em imidazólicos (cetoconazol, miconazol e fenticonazol) e triazólicos (itraconazol, fluconazol e voriconazol). Além destes fármacos, dentro dos remédios disponíveis para o tratamento da candidíase, existem também as drogas pirimidínicas, representadas pela 5-fluorocitosina e a caspofungina (acetato de caspofungina), um fármaco mais recente no mercado e é ativa contra os isolados de *C. albicans* tanto resistentes quanto sensíveis ao fluconazol (SOBEL, 2002).

Os antibióticos poliênicos são sintetizados por grupo especial de bactérias filamentosas denominadas *Streptomyces*, e atuam sobre um principal componente da membrana plasmática do fungo. A anfotericina B é altamente efetiva, no entanto, sua aplicação endovenosa é limitada, devido à alta toxicidade hepática, frequentemente associada com disfunção renal (DISMUKES, 2000). A Nistatina é usada de forma limitada nas infecções da pele e mucosas causadas por todas as espécies do gênero *Cândida*, pois é tóxica demais para uso parenteral.

As classes de antifúngicos azólicos não apresentam toxicidade severa, em contrapartida, alguns efeitos adversos de maior gravidade como hepatotoxicidade fatal, tem sido relatado, particularmente com o cetoconazol e fluconazol (KNIGHT, KNIGHT & SHIKUMA, 1991; JACOBSON, FERREL & HANKS, 1994).

O uso indiscriminado dos antifúngicos, principalmente em tratamentos profiláticos prolongados com baixas doses, tem sido reportado associado a casos de resistência a medicamentos principalmente azólicos. (WARNOCK, 1992; ODDS, 1993). Dessa forma, em algumas situações são necessárias doses dos fármacos, assim como a associação de agentes antifúngicos, aumentando o risco de toxicidade da terapia.

A 5-fluorocitosina é um fármaco que possui princípios inativos que são incorporados ao RNA do fungo e inibe a síntese proteica do mesmo, causando a morte da celular fúngica. No âmbito do uso de medicações sistêmicas, considerando infecções fúngicas de maior severidade, as medicações sistêmicas normalmente administradas por via oral devem ser utilizadas. Contudo, vale destacar a importância de se averiguar na anamnese, se o paciente apresenta alguma hepatopatia. Em caso positivo ou mesmo quando houver a necessidade de utilização das medicações por mais de 2 semanas de cetoconazol ou mais de 4 semanas de Fluconazol, a avaliação da função hepática é essencial para que a medicação possa ser iniciada, especialmente considerando-se a utilização do imidazólico cetoconazol, dada sua reconhecida hepatotoxicidade (ODDS, 1993)

Basicamente, os seguintes parâmetros laboratoriais devem ser solicitados e avaliados pelo cirurgião-dentista:

#### 4.4 Exames Laboratoriais da Função Hepática – Hepatograma

- **Alanina Transaminase/Alanina Amino Transferase (antigamente denominada TGP: Transaminase Glutâmica Pirúvica)**  
(Enzima que aumenta nos problemas hepáticos)  
Taxa de referência: 0-50 U/L
- **Aspartato transaminase (antigamente denominada TGO – transaminase glutâmica oxalacética)**
- **Fosfatase Alcalina**

- **Gama Glutamil Transpeptidase (GGT) ou Gama-GT (Gama glutamil transpeptidase)**
- **Albumina**  
(Proteína que reduz doenças crônicas do fígado, como a cirrose)  
Taxa de Referência: 30-50 g/L
- **Bilirrubina (direta, indireta e total)**  
(Excesso pode sugerir problemas no fígado)
- **TAP (tempo de protrombina ativada) ou TP (tempo de protrombina) e INR**

Considerando as medicações utilizadas na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), nos ambulatórios de estomatologia, seguindo os princípios de maior facilidade de aquisição e menores efeitos colaterais, o seguinte protocolo é seguido:

- I. Para candidíases com manifestações mais brandas ou de intensidade mediana, como uma primeira tentativa de tratamento, opta-se por medicações de ação tópica, tais como:

**\*Nistatina:** 100.000 UI/ml – Suspensão Oral – Frasco de 50 ml  
Modo de Uso: Bochechar 5 ml, até 4 x/dia, mantendo o maior tempo possível na boca, durante 2 semanas. Em casos de infecções na orofaringe, pode-se engolir a medicação.

**\*Daktarin Gel Oral:** 20 mg/g de Miconazol – Bisnaga de 40 g  
Modo de Uso: Aplicar o gel com algodão ou uma gaze no dedo sobre a mucosa afetada. Nos casos de Estomatites por Dentadura, deve-se higienizar as próteses e escová-las com o gel.

- II. Para candidíases com manifestações mais severas ou no caso do insucesso nas terapias tópicas, opta-se por antifúngicos sistêmicos a saber:

**\*Fluconazol:** 150 mg – embalagens com 2 cápsulas  
Mode de Usar: dose única semanal de 1 comprimido. A hepatotoxicidade é rara, mas em tratamentos eventualmente longos (*mais de 4 semanas*) é prudente avaliar a função hepática.

**\*Itraconazol:** 100 mg – embalagens com 4 cápsulas  
Modo de Usar: 1 cápsula/dia durante 15 dias.

Observação 1: Devido sua maior hepatotoxicidade, o Cetoconazol tem sido evitado em nossas clínicas.

Observação 2: As medicações sistêmicas apresentam uma série de interações medicamentosas que devem ser avaliadas antes de se iniciar a terapia

## 5 RELATO DE CASOS CLÍNICOS

Serão apresentados a seguir 6 casos clínicos de pacientes atendidos nos ambulatórios de estomatologia da Universidade Federal de Uberlândia, apresentando candidíases orais.

### CASO 1 - Candidíase Pseudomembranosa

Paciente DJS, gênero masculino, 66 anos, leucoderma, compareceu ao ambulatório de estomatologia da UFU com queixa de ardência na cavidade oral. A anamnese revelou que o paciente estava em tratamento no hospital do câncer devido a um tumor maligno no pâncreas. O paciente havia passado por sessões de radioterapia e encontrava-se realizando sessões de quimioterapia. O exame intra-oral mostrava placas brancas na mucosa jugal e na língua que eram facilmente removidas por raspagem com espátula de madeira (**Figura 1**). O diagnóstico clínico foi de candidíase Pseudomembranosa e foi prescrito além de bochechos diários com Nistatina 100.000 UI/ml, Fluconazol 150 mg com um comprimido semanal dada a severidade da infecção. Decorrida 1 semana, as lesões tiveram grande remissão.



**Figura 1 – Placas brancas removíveis na língua e mucosas jugais, compatíveis com Pseudomembranas.**

## CASO 2 - Candidíase Eritematosa Atrófica Aguda

Paciente JSM, gênero masculino, 17 anos, leucoderma, compareceu a clínica de estomatologia relatando ardência na boca, especialmente no dorso da língua. Na anamnese, o paciente relatou ter feito uso de antibióticos por 2 semanas consecutivas devido infecção de garganta recente.

A oroscopia revelou o dorso lingual difusamente despapilado e ainda associado a uma lesão compatível com eritema migratório ou língua geográfica (**Figura 2**). Chamou atenção também a péssima higiene oral do adolescente. Para uma confirmação clínica do diagnóstico de candidíase eritematosa atrófica aguda, foi realizada uma citologia esfoliativa e o material encaminhado ao laboratório de patologia da faculdade de odontologia. Por meio de coloração PAS foram identificadas hifas fúngicas de *Candida spp*, concluindo o diagnóstico de candidíase atrófica aguda.

Foi prescrito bochechos com Nistatina 100.000 UI/ml 3x/dia por 2 semanas, orientado o paciente sobre a restrição de alimentos agressivos à língua despapilada, além de já ter havido o fim da utilização do antibiótico. Decorridos os 14 dias, as lesões tiveram completa remissão.



**Figura 2 –** Despapilação difusa caracterizando a “Boca ferida por antibiótico” (candidíase eritematosa atrófica aguda).

## CASO 3 - Glossite Romboidal Mediana

Paciente RFG, gênero feminino, 63 anos, melanoderma, compareceu ao ambulatório de estomatologia relatando uma “mancha na língua”, com sensação de ardor ao se alimentar, sobretudo na ingestão de alimentos ácidos e condimentos. Na

anamnese foi identificado que a paciente fazia uso rotineiro de corticoterapia em decorrência de doença asmática. A oroscopia revelou uma despapilação central posterior no dorso da língua de formato losangular compatível com a atrofia papilar central ou glossite romboidal mediana (**Figura 3**).

Foi tentado o alívio da sintomatologia por meio da utilização de Nistatina 4x/dia por 2 semanas. Findada a primeira semana, a paciente relatou piora na ardência lingual. Sendo assim, foi tentado uma terapia sistêmica com Fluconazol 150 mg, 1 vez por semana, por 2 semanas. Após este período, a melhora ocorreu porém não foi significativa, o que motivou ao aumento da medicação para 2x por semana. Decorridas mais 2 semanas a melhora foi satisfatória e a paciente encontrava-se com a sintomatologia muito discreta. Dado o uso mais prolongado da medicação sistêmica, foram realizados exames laboratoriais na paciente que mostraram normalidade quanto a função hepática.

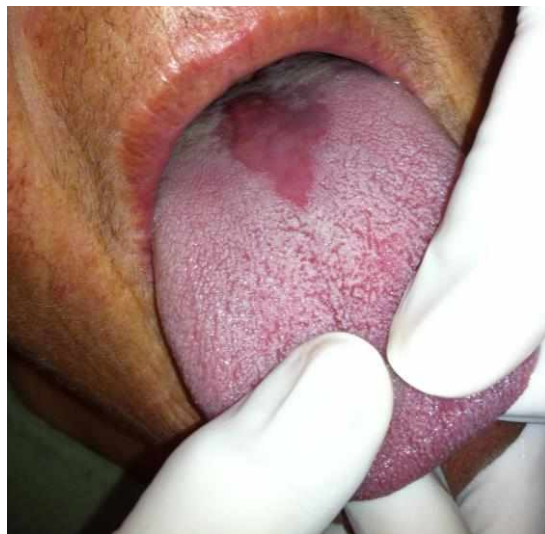


**Figura 3 – Lesão romboidal no dorso posterior da língua compatível com a atrofia papilar central ou glossite romboidal mediana.**

#### **CASO 4 - Candidíase Multifocal Crônica**

Paciente DAF, 67 anos, leucoderma, compareceu ao ambulatório de estomatologia da FOUFU com queixa de muita ardência na cavidade oral. Na anamnese a paciente relatou tabagismo de 1,5 maços de cigarros por dia. A oroscopia revelou uma despapilação no dorso da língua e no palato, uma mucosa bastante eritematosa e com pontos hemorrágicos (petéquias). O diagnóstico clínico

foi de glossite romboidal mediana na língua e candidíase eritematosa atrófica aguda no palato, caracterizando a denominada candidíase multifocal crônica (**Figura 4**), dado o acometimento em mais de um local das lesões fúngicas.

Além dos cuidados alimentares, a paciente foi medicada com Nistatina 100.000 UI/ml três vezes ao dia e Fluconazol 150 mg, 2 vezes por semana, ambas medicações administradas por 2 semanas. Após os 14 dias a paciente mostrou grande remissão das lesões e assintomatologia (**Figura 5**).



**Figura 4 – Glossite romboidal mediana na língua e candidíase eritematosa no palato caracterizando a manifestação multifocal crônica da doença.**

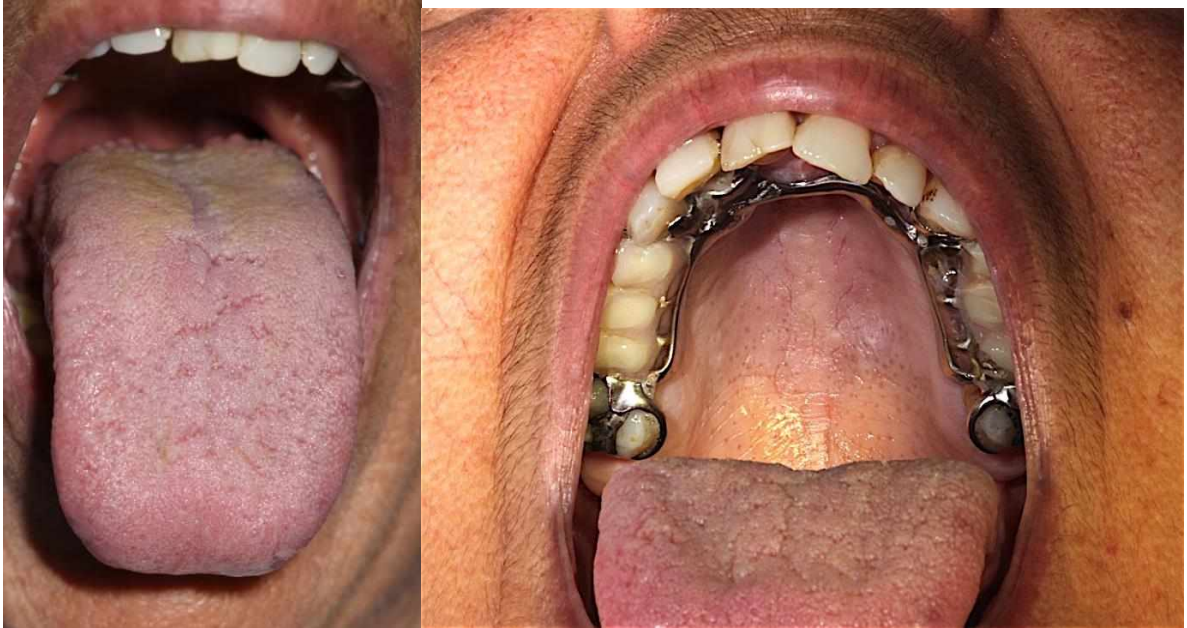


**Figura 5 – Repapilação da língua e mucosa de coloração normal no palato após 2 semanas de tratamento que deixou a paciente assintomática.**

### **CASO 5 – Estomatite ou Candidíase por Dentadura**

Paciente ICS, gênero feminino, 66 anos, melanoderma, compareceu ao ambulatório de estomatologia relatando ardências no palato e na mucosa jugal. A paciente fazia uso de próteses totais, e relatou ter hipertensão controlada por meio de medicamentos de uso diário. A oroscopia revelava palato, gengiva e mucosa vestibulares bem eritematosos e hemorrágicos (**Figura 6**). A prótese tinha boa adaptação, porém a paciente não a removia para dormir e a higiene era bastante deficitária. A hipótese de diagnóstico foi de estomatite ou candidíase por dentadura.

A paciente foi orientada a remover a prótese durante a noite, escová-la e colocá-la em um copo com água e 4 gotas de água sanitária (hipoclorito de sódio a 2%). Foi também prescrito a nistatina 2x/dia por duas semanas. A paciente retornou assintomática e sem as lesões palatais.



**Figura 6 – Paciente com e sem a prótese total mostrando a mucosa eritematosa compatível por estomatite ou candidíase por dentadura.**

### **CASO 6 - Queilite Angular**

Paciente ILE, gênero feminino, 78 anos, hipertensiva e diabética, compareceu ao ambulatório de estomatologia relatando “boca seca” e ardência especialmente na região da comissura labial. Na oroscopia, foi percebido a secura da boca e fissuras bilaterais nas comissuras labiais associadas a áreas esbranquiçadas (**Figura 7**). A prótese total da paciente, além de ter sido confeccionada há 20 anos, apresentava intenso desgaste das coroas dentárias diminuindo a dimensão vertical de oclusão e favorecendo o acúmulo salivar e de microorganismos nos cantos da boca. Sendo assim, o diagnóstico clínico foi de queilite angular.

A paciente foi encaminhada para a confecção de novas próteses totais no sentido de se obter a dimensão vertical de oclusão perdida e também orientada

quanto aos cuidados com a higienização da mesma e a remoção no período noturno. Para melhora das fissuras oriundas da queilite angular, a paciente foi orientada a aplicar com um cotonete o antifúngico Daktarin gel 20 mg/g nas comissuras labiais. Após duas semanas utilizando o antifúngico e melhorando a higienização, mesmo com o uso da mesma prótese, a paciente apresentou grande melhora nas áreas fissurais e estava assintomática (**Figura 8**).

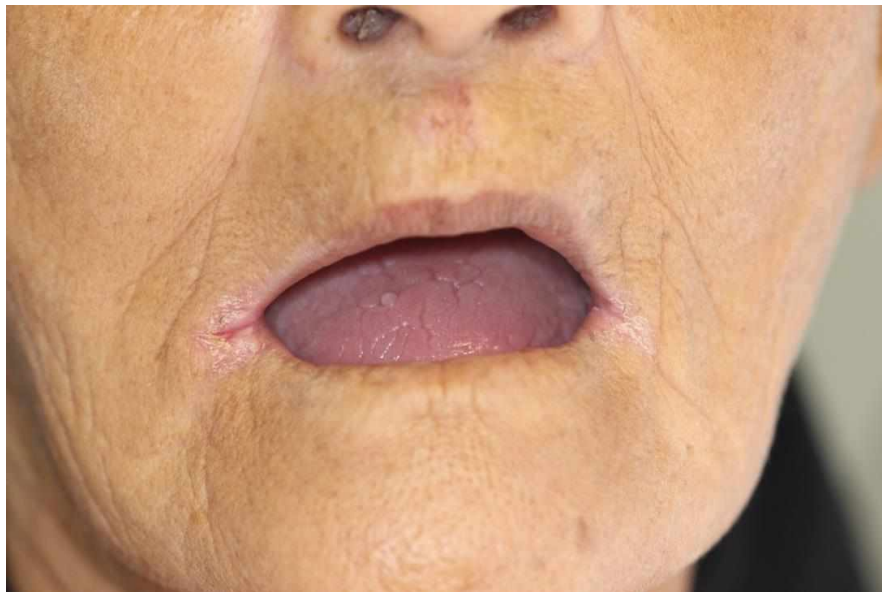


**Figura 7 – Fissuras nas comissuras labiais e perda de dimensão vertical de oclusão compatível com queilite angular.**



**Figura 8 – Recuperação tecidual após a administração do gel antifúngico por 2 semanas.**

## 6 DISCUSSÃO

O fungo do gênero *Candida* é um microorganismo normalmente presente na forma comensal nos organismos humanos, sendo encontradas 8 espécies diferentes, das quais a *Candida albicans* é sem dúvida a mais comum. Quando o equilíbrio do hospedeiro e do microorganismo é rompido, seja por uma imunossupressão ou eliminação dos microorganismos competidores, como as bactérias, uma infecção fúngica pode aparecer tendo a denominação de candidíase. A forma mais comum de candidíase é a infecção vaginal, porém diversas outras partes do corpo podem ser acometidas como por exemplo, a pele, a boca, esôfago, vias urinárias e o pênis (NEVILLE, 2004)

A *Candida albicans* é um microorganismo natural da flora gastrointestinal dos seres humanos, sem determinar nenhum sintoma em especial. Diversos são os fatores que podem o romper o equilíbrio e predispor o surgimento da doença tornando a enfermidade relativamente comum, tais como: Diabetes mellitus, idades tenras e avançadas, imunossupressões (tratamentos oncológicos, corticoterapia, etc), tabagismo, grupo sanguíneo do tipo O, anomalias endócrinas, etc (WILLIAMS, LEWIS, MALIC, KURIYAMA, 2011).

Na cavidade oral, as manifestações clínicas são variadas e podem ser representadas por 4 classificações, além de associadas a causas diferentes. A forma Pseudomembranosa mostra placas brancas removíveis presentes em pacientes usualmente com o sistema imune fragilizado. O caso 1 do presente trabalho relatou estas lesões em um paciente em pleno tratamento oncológico quimioterápico, possibilitando o surgimento das lesões. A variante Eritematosa da candidíase pode ser representada por uma gama extensa de manifestações. A denominada candidíase eritematosa atrófica aguda está usualmente presente na língua com despapilações difusas decorrentes do uso intensivo de antibióticos. O caso 2 representa bem esta situação da doença. A chamada glossite romboidal mediana tem um provável caráter imunológico e uma apresentação bem patognomônica no dorso da língua. O caso de número 3 ilustra uma paciente bem sintomática com uma lesão característica que estava em tratamento corticoterápico em decorrência de uma asma, o que provavelmente debilitou seu sistema imunológicos predispondo o aparecimento da lesão (NEVILLE, 2004).

A candidíase denominada multifocal crônica nada mais é do que a glossite romboidal mediana com mais algum acometimento simultâneo, normalmente, no palato onde toca a língua infectada ou na comissura labial (NEVILLE, 2004). O caso de número 4 expressa bem esta forma da doença que por sua vez ocasiona normalmente muita sintomatologia ao paciente. Dado o grande número de desdentados no país aliado a grande desinformação da população, a candidíase ou estomatite por dentadura é uma manifestação muito comum da doença. A falta de uma boa higienização, o hábito de não remover a prótese durante a noite, seja por costume ou constrangimento do parceiro, justificam as lesões palatais advindas da infecção fúngica que usualmente está presente na superfície interna da prótese. O caso de número 5 ilustrou esta situação tão corriqueira em nossa população. Finalmente, o caso de número 6 exemplifica a denominada queilite angular, que responde por lesões nas comissuras labiais que são comumente associadas a *Candida albicans* e perda da dimensão vertical de oclusão, fatos presenciados neste último caso clínico relatado. Embora não evidenciados por casos clínicos neste trabalho, devemos ainda destacar, além das formas Pseudomembranosas e Eritematosas, a existência de mais duas variantes clínicas da candidíase oral, as Hiperplásicas e as Mucocutâneas. A candidíase hiperplásica normalmente se superpõe a uma leucoplasia local, justificando a realização de uma biópsia incisional local. Já a vertente mucocutânea tem apresentação bem mais rara e envolve acometimentos em pele e unhas, além de disfunções imunológicas decorrentes de mutações genéticas.

O tratamento das candidíases envolvem basicamente a identificação dos fatores predisponentes diversos e a atuação para que os mesmos possam ser eliminados, sempre que possível. Neste contexto, poderíamos por exemplo, citar o caso de um paciente tabagista inveterado que larga o mau hábito. Ou mesmo um paciente que termina um tratamento oncológico ou suspende uma terapia antibiótica. Associado a estes fatores causais, orientações dietéticas são essenciais para diminuir as sintomatologias quando presentes, especialmente nos casos de candidíases eritematosas. As medicações, de ação tópica ou sistêmicas, são utensílios essenciais no arsenal de combate a estas infecções. São várias medicações hoje disponíveis, sendo que basicamente temos os antifúngicos do grupo dos poliênicos, bem representados pela nistatina enquanto o medicamento antifúngico para bochecho mais utilizado; os triazólicos, que tem no fluconazol e no

itraconazol seus mais representativos exemplares; e os imidazólicos, ilustrados pelo miconazol e pelo cetoconazol. Importante destacar a preferência por iniciar o tratamento com as mediações tópicas cujos efeitos colaterais são irrisórios e, conforme a necessidade em caso de ineficiência destas medicações, evoluir para os de uso sistêmico. Para estes, é fundamental averiguar eventuais distúrbios hepáticos que o paciente possa ter o que motivaria o cirurgião-dentista a solicitar uma parecer médico antes de se iniciar a terapia sistêmica. Em nossos casos de uso mais prolongado das medicações, torna-se mandatório a avaliação laboratorial da função hepática do paciente. No relato de caso de número 3, o paciente fez uso da medicação sistêmica fluconazol por 4 semanas, o que justificou o solicitação do hepatograma que mostrou parâmetros normais naquela oportunidade.

## 7 CONCLUSÃO

- A candidíase oral é uma infecção relativamente frequente que manifesta-se por meio de várias apresentações, a saber: 1) Pseudomembranosa, 2) Eritematosa e suas cinco variantes (*Eritematosa Atrófica Aguda*, *Glossite Romboidal Mediana*, *Multifocal Crônica*, *Estomatite por Dentadura*, *Queillite Angular*), 3) Hiperplásica e 4) Mucocutânea.
- É fundamental que o cirurgião-dentista investigue os diversos fatores predisponentes que podem causar a enfermidade, tais como: Radiação, quimioterapia, saliva ácida, xerostomia, uso noturno de dentadura, fumo inveterado, distúrbios imunológicos, antibioticoterapia, corticosteroides, desnutrições, *Diabetes mellitus*, HIV, displasias epiteliais, infância e idade avançada, cânceres (imunossupressão), grupo sanguíneo do tipo O, anomalias endócrinas, dieta rica em carboidratos.
- O cirurgião-dentista deve se familiarizar com as posologias das medicações antifúngicas tópicas e sistêmicas mais comumente utilizadas, bem como saber solicitar os exames laboratoriais da função hepática quando os tratamentos exigirem tempos mais prolongados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBEDO, L.S., SGARBI, D.B.G. **Candidíase**. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rio de Janeiro. 2010; 22(1):22-38.

DISMUKES, W.E. **Introdution to antifungal drugs**. Clin.Infect. Dis., v. 30, p. 653-657, 2000

FUKUCHIMA, C., et al. **Salivary IgA and oral candidiasis in asthmatic pacientes treated with inhaled corticosteroids**. Jornal of Asthma, n.42,p.601-604, 2005.  
GARRAFA, V. **Odontologia do Trabalho**. Rev Gaúcha Odontol 1986; 34(6): 508-12.

GARCIA-CUESTA C, SARRION-PÉREZ MG, BAGÁN JV. Current treatment of oral candidiasis: A literature review. J Clin Exp Dent. 2014; 6(5):e576-82. <http://www.medicinaoral.com/odo/volumenes/v6i5/jcedv6i5p576.pdf>

GARRAFA, V. Odontologia do trabalho. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 34, n. 6, p. 508-512, 1986.

JACOBSON, M. A.; HANKS, D. K.; FERREL,L. D. **Fatal acute hepatic necrosis due to fluconazole**. Am. J. Med., v. 96, n. 2, p. 188-190, Fev. 1994

KNIGHT, T. E.; SHIKUMA, C.; KNIGHT, J. **Ketoconazole-induced fulminant hepatitis necessitating liver transplantation**. J. Am. Acad. Dermatol., v. 25, n. 2, p. 398-400, Ago. 1991.

KUMAR ,B.V. **Prevalence of Candida in the oral cavity os diabetics Subjects**. **Journal os association of phisicians of India**. N53, p. 599-602, 2005.

LEMOs, M.M.C., MIRANDA, J.L., SOUZA, M.S.G.S. **Estudo clínico, microbiológico e histopatológico da estomatite por dentadura**. Rev Bras Patol Oral. 2003; 2(1): 3-10.

MACLUSKEY, M., OGDEN, G.R. **An overview of the prevention of oral cancer and diagnostic markers of malignant change: 2. Markers of value in tumour diagnosis**. Dental Update. 2000; 21(3): 148-52.

MAHFOUZ, T.; ANAISSIE, E. J. **Prevention of fungal infections in the immunocompromised host.** Curr. Opin. Investig. Drugs., v. 4, n. 8, p. 974-990, Ago. 2003.

MORAES, M., ARANTES, S.B., GUERRA, EM.S., MELO, N.S. **Atlas virtual de citologia esfoliativa em lesões de boca.** Pesquisa Odontologia Brasileira. Brasília; 2005 [acesso em: 10 jun 2017]. Disponível em: <http://www.unb.br/fs/citovirtual/artigo1.pdf>

MORETTI – BRANCHINI, et al. Nosocomial infections among HIV-positive and HIV-negative patients in a Brazilian infectious diseases unit. Vol. 30 No. 6. 2002.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.789 p.

ODDS, F. C. **Resistance of yeasts to azole-derivative antifungals.** J. Antimicrob. Chemother. v. 31, n. 4, p. 463-471, Jul. 1993.

PENNINI, S. N.; REBELLO, P. F. B.; SILVA, M. R. **Queilites.** Jornal Brasileiro de Medicina. v. 78, n. 6, pg. 104-110, 2000.

REDDING, S., et. **Resistance of Candida albicans to fluconazole during treatment of oropharyngeal candidiasis in a patient with AIDS: documentation by in vitro susceptibility testing and DNA subtype analysis.** Clinical Infectious Diseases. 1994.

SANDRIN R, CAMPAGNOLI EB, FRANÇA BHS, LIMA AAS. **Comparação entre a citologia em base líquida e a citologia esfoliativa convencional no diagnóstico da candidose bucal.** Rev Odontol UNESP, 39(1):33-39, 2010.

SGARBI, F.C., CAVALCANTE, A.S.R., CABRAL, L.A.G. **Candidíase bucal: aspectos de interesse ao cirurgião dentista.** Rev Assoc Paul Dent, 60(4):324-327. 2006.

SHAFFER, W. G.; HINE, M. K; LEVY, B. M.; TOMICH, C. E. **Tratado de patologia bucal.** 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

SILVA CEXSR, BORNSZTEIN, I. **Candidíase Eritematosa: Relato de caso clínico.** Rev Odontol Univ Santo Amaro, 3(2):77-79, 1998.

SOBEL, J. D. **Candida infections in patients infected with HIV.** Current Treatment Options in Infectious Diseases, v. 4, p. 101-107, 2002.

TANIDA, T. et al. Decreased Excretion of Antimicrobial Proteins and Peptides in Saliva of Patients With Oral Candidiasis. J Oral Pathol Med 32 (10), 586-594. 11 2003

TORRES, S.R., PEIXOTO, C.B., CALDAS, D.M., et al. **Relationship between salivary flow rates and Candida counts in subjects with xerostomia.** Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 2002; 93 (2): 149-54.

TORRES, SR., PEIXOTO, C.B., CALDAS, D.M., et al. **A prospective randomized trial to reduce oral Candida spp. colonization in patients with hyposalivation.** Brazilian Oral Research. 2007; 21 (2): 1-8.

WARNOCK, D. W. **Azole drug resistance in Candida species.** J. Med. Microbiol., v. 37, n. 4, p. 225-226, Oct. 1992.

WILLIAMS, D.W, KURIYAMA, T, SILVA, S., MALIC, S., LEWIS, M.A. Candida biofilms and oral candidosis: treatment and prevention. **Periodontol 2000.** 2011;55:250-65.

REVISTA BRASILEIRA DE

**RB**

**MFC**

MEDICINA DE

FAMÍLIA E

COMUNIDADE

ISSN 2179-7994 (Online)









Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Brazilian Journal of Family and Community Medicine

Revista Brasileira de Medicina Familiar y Comunitaria

[www.rbmf.org.br](http://www.rbmf.org.br)

Capa

Sobre

Página do usuário

Pesquisa

Atual

Anteriores

Notícias

Orientação para

Submissões

Seções

SBMFC

Capa > Usuário > Autor > Submissões > **Submissões ativas**

## Submissões ativas

Submissão concluída. Agradecemos seu interesse em contribuir com seu trabalho para a revista Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

- [Submissões ativas](#)

Usuário

Logado como:

**lucascastropereira**

- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

Ajuda do sistema

Idioma



