



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

BÁRBARA DE ASSIS ARAÚJO

**MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍFILIS E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA
NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

**ARARUNA
2020**

BÁRBARA DE ASSIS ARAÚJO

**MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍFILIS E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA
NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de bacharel em Odontologia.

Área de concentração: Estomatologia.

Orientadora: Prof. MsC. Danielle do Nascimento Barbosa.

**ARARUNA
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A658m Araújo, Barbara de Assis.

Manifestações orais da sífilis e o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento [manuscrito] / Barbara de Assis Araujo. - 2020.

19 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2020.

"Orientação : Profa. Ma. Danielle do Nascimento Barbosa ,
Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."

1. Sífilis. 2. Manifestações orais. 3. Diagnóstico. I. Título

21. ed. CDD 617.6

BÁRBARA DE ASSIS ARAÚJO

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍFILIS E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de bacharel em Odontologia.

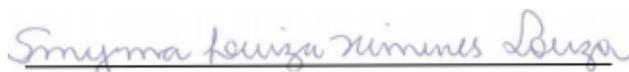
Área de concentração: Estomatologia.

Aprovada em: 11/09/2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. MsC. Danielle do Nascimento Barbosa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^a. MsC. Smyrna Luiza Ximenes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. MsC. José Endrigo Tinoco Araújo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de busca e seleção de artigos.....	9
--	---

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Testes indiretos para o diagnóstico da sífilis.....	15
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ELISA	do inglês Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FTA-Abs	do inglês Fluorescent Treponemal Antibody Absorption
IFD	Imunofluorescência Direta
IGG	Imunoglobulina G
IGM	Imunoglobulina M
HPV	do inglês Human papillomavirus
HIV	do inglês Human Immunodeficiency Virus
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RPR	do inglês Rapid Reagin Test
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SL	Sífilis Latente
SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
TPPA	do inglês <i>Treponema pallidum</i> particle agglutination assay
VDRL	do inglês Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	METODOLOGIA.....	9
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	10
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
	REFERÊNCIAS	16

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍFILIS E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

Bárbara de Assis Araújo*
Profa. MsC. Danielle do Nascimento Barbosa**

RESUMO

Dentre as infecções sexualmente transmissíveis, a sífilis é uma das patologias que tem maior taxa de incidência mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), acomete cerca de 12 milhões de pessoas no mundo, sendo 900 mil no Brasil. Diante disso, o presente estudo objetivou evidenciar as manifestações bucais desta condição e o papel do cirurgião-dentista nas diversas etapas do processo diagnóstico e terapêutico, por meio de uma revisão sistematizada da literatura disponível nas bases de dados Google Acadêmico, PubMed, SciELO e Lilacs, a fim de selecionar estudos que satisfizessem o objetivo da presente pesquisa. A pesquisa foi realizada utilizando as palavras-chave Sífilis, Manifestações orais e Diagnóstico, utilizando uma janela temporal de 2015 a 2020, totalizando 22 artigos escolhidos. Apesar da via sexual ser a mais comum, outras vias de contaminação também existem, sendo elas parenteral e vertical. É uma doença sistêmica, curável, causada pela bactéria *Treponema pallidum* e que apresenta diversas manifestações clínicas. Estas manifestações dependem do estágio clínico da doença sífilis, sendo então classificada como sífilis primária, secundária e terciária. A sífilis secundária é a que mais causa repercussões orais. Apesar da evolução científica quanto as formas de prevenção e tratamento, ainda há uma progressão de novos casos, potencializando o que já é um problema de saúde pública mundial. Por essa razão, o cirurgião-dentista deve estar preparado para reconhecer as manifestações orais e sistêmicas desta patologia para oferecer ao paciente infectado um prévio e correto diagnóstico que, conseqüentemente, irá resultar em um tratamento precoce, melhor prognóstico e condições de saúde.

Palavras-chave: Sífilis. Manifestações orais. Diagnóstico.

ABSTRACT

Among sexually transmitted diseases, syphilis is one of the pathologies that has the highest worldwide incidence rate. According to the World Health Organization (WHO), it affects about 12 million people worldwide, being 900 thousand in Brasil. Therefore, the aim of this study is to examine the oral manifestations of this condition and the role of dental surgeons in the diagnostic and therapeutic processes in the various stages of its diagnosis. This is done by objectively evaluating systematic reviews searched with Google Scholar, PubMed, SciELO and Lilacs databases to select studies that would satisfy the objective of this research. The research was carried out by using keywords including, Syphilis, Oral manifestations and Diagnosis, with a time window from 2015 to 2020. We selected a total of 22 articles. Although the sexual route is the most common, other ways of contamination also exist, such as parenteral and vertical. It is a curable systemic disease caused by the bacterium, *Treponema pallidum*, which may present several clinical manifestations. These manifestations depend on the clinical stage of the disease, being classified as primary, secondary and tertiary Syphilis. The Secondary Syphilis is the one that causes the most oral repercussions. Despite the progressive development of the prevention

*Graduanda do curso de Odontologia da UEPB, campus VIII.

**Professora do curso de Odontologia da UEPB, campus VIII.

E-mail: barbaradeassisaraujo@gmail.com

and treatment for Syphilis, there are still an increase in cases, intensifying what is already a worldwide public health problem. For this reason, Dental Surgeons must be prepared to recognize the oral and systemic manifestations of this pathology to provide patients with a correct diagnosis that, consequently, result in an early treatment, better prognosis and overall well being.

Keywords: Syphilis. Oral Manifestations. Diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma das doenças mais comumente notificadas e tornou-se problema de saúde pública em razão da sua alta incidência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), acometeu pelo menos 12 milhões de pessoas por ano no mundo. No Brasil, novos dados são publicados a cada ano pelo Ministério da Saúde (MS) em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por meio de boletins epidemiológicos. Os dados advém de notificações que devem ser feitas pelo serviços públicos e privados de municípios e estados de todo território nacional, mediante a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde (BRASIL, 2019).

A sífilis é uma doença de origem bacteriana causada pela *Treponema pallidum*, bactéria espiroqueta anaeróbia facultativa e não classificável pela coloração de Gram. Tem caráter sistêmico, apresentando variáveis quanto suas vias de contaminação e estágios de infecção, os quais irão determinar os sinais e sintomas que serão apresentados em cada indivíduo.

Quanto às vias de contaminação, esta infecção é transmitida pelo ato sexual desprotegido ou por via parenteral (através do contato direto com a mucosa, sangue ou saliva de pacientes infectados), sendo classificada como sífilis adquirida. Adicionalmente, há outra forma de contágio, que se estabelece por meio da via vertical, denominada de sífilis congênita (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; ANDRADE et al., 2018).

Quanto ao estágio de infecção adquirida, o Ministério da Saúde e a OMS preconizam a classificação de acordo com características clínicas, imunológicas e histopatológicas em três fases: primária, secundária e terciária. Para fins de tratamento, a sífilis é classificada em recente, com menos de um ano e tardia, com mais de um ano (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; ANDRADE et al., 2018).

A presença de lesões orais pode ser um dos primeiros sinais clínicos de manifestação da doença (COSTA; RESTON, 2018). Na sífilis congênita precoce, podemos citar a rágade, glossite atrófica, palato ogival e lábios amarelados, uma vez que, na tardia, manifestam-se como Molares de Moon (molares em amora) e Incisivos de Hutchinson (incisivos em chave de fenda), sendo sinais patognomônicos deste tipo de infecção (MEDEIROS, 2016; SALAZAR; ORTEGA, 2017). De acordo com Kalinin, Neto e Passarelli (2015) o cancro duro constitui o primeiro sinal do estágio primário da sífilis adquirida. No segundo estágio da doença, várias manifestações podem ocorrer, sendo as principais definidas como condiloma plano, “leucoplasias semelhantes” e placas mucosas ou “caminho de caracol” quando se fusionam. Já na sífilis terciária, lesões como a goma sífilítica e leucoplasia sífilítica são encontradas.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é revisar da literatura acerca das manifestações bucais da sífilis e enfatizar a importância do conhecimento do cirurgião-dentista frente a essa patologia, para que então seja tomadas as decisões terapêuticas adequadas.

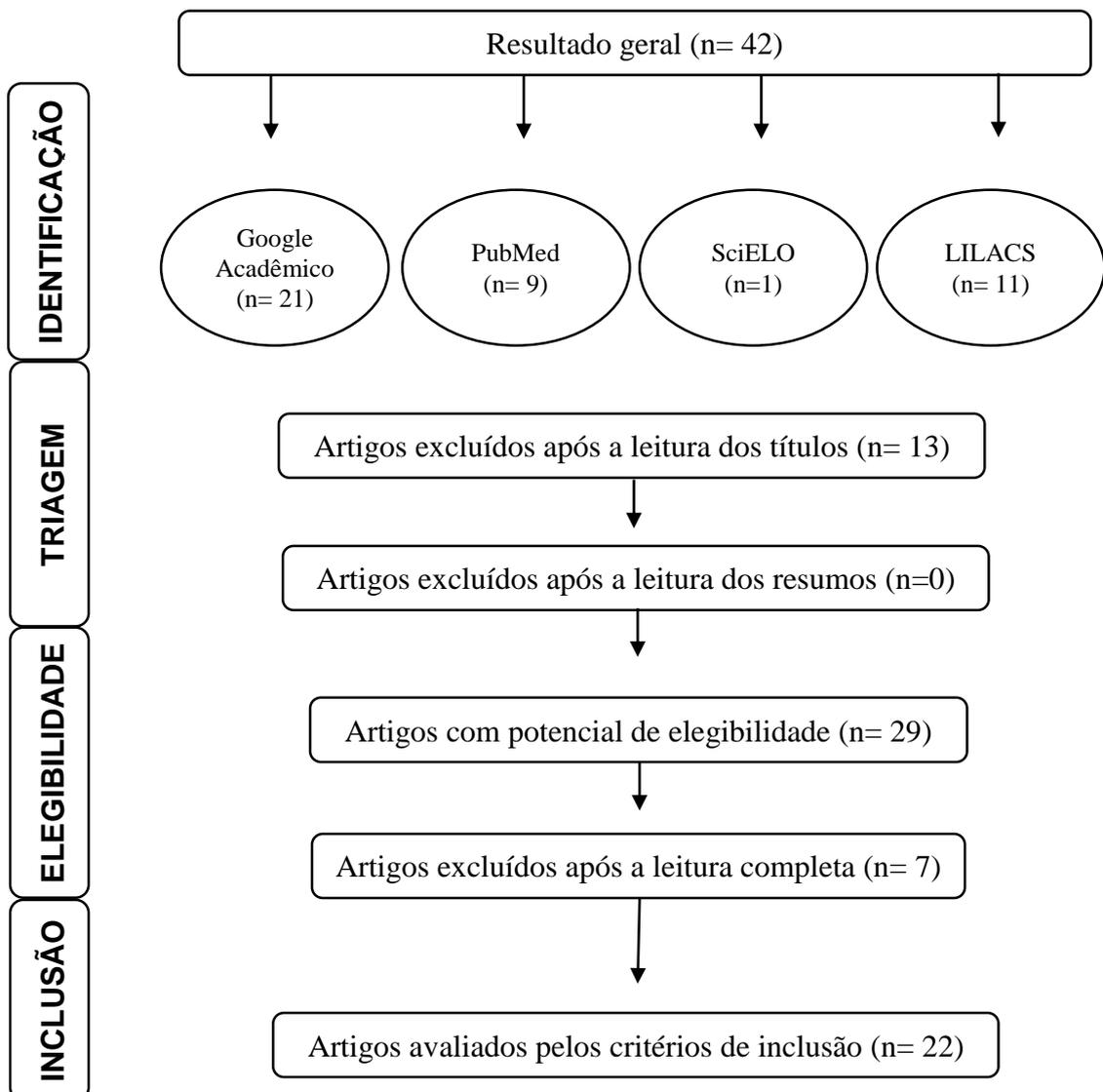
2 METODOLOGIA

O presente estudo foi feito através de uma pesquisa de literatura realizada nas bases de dados: Google Acadêmico, PubMed, SciELO e LILACS. Os descritores utilizados para a busca foram: Syphilis, Oral Manifestations e Diagnosis, utilizando o operador booleano “AND”. Tais descritores foram extraídos do Portal de Descritores das Ciências da Saúde (DECs).

Foi utilizada uma janela temporal entre 2015 e 2020 como um dos critérios de pesquisa em todas as bases de dados. Nas plataformas PubMed, Scielo e Lilacs foram filtrados artigos em inglês, espanhol e português. Já no Google Acadêmico, foram selecionados apenas artigos em português. Não houve restrição quanto ao tipo de estudo.

Inicialmente 42 estudos foram encontrados, dos quais 29 foram selecionados após a leitura de título. Os estudos selecionados na etapa anterior seguiram para leitura do resumo, mantendo a mesma quantidade de trabalhos. Seguindo para a leitura completa do texto, 7 foram excluídos por não condizerem com o tema proposto ou por não apresentar informações pertinentes para nossa pesquisa. Por fim, um total de 22 estudos seguiram os critérios de elegibilidade e foram mantidos para a elaboração da presente pesquisa literária.

Figura 1. Fluxograma do processo de busca e seleção de artigos.



Fonte: elaborado pela autora, 2020.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sífilis ou lues, como é também nomeada, é uma doença sistêmica, infecciosa e de evolução aguda ou crônica que, por sua vez, pode atingir qualquer órgão e tecido do corpo, incluindo a mucosa oral (SILVA, 2017; CARVALHO; FERREIRA, 2019).

Esta condição é uma infecção causada pela *Treponema pallidum*, bactéria espiroqueta anaeróbia facultativa e não classificável pela coloração de Gram, pois cora fracamente. A *T. pallidum* apresenta diversas vias de contágio, apresentando tropismo positivo para vários órgãos humanos, com implicações clínicas complexas. Esses microorganismos têm os seres humanos como o único hospedeiro conhecido e não podem sobreviver fora de seu hospedeiro natural, por habilidades metabólicas limitadas, sendo incapazes de sintetizar seu próprio nutriente. Além disso, espiroquetas da sífilis, como outros treponemas virulentos, não podem ser cultivadas in vitro (ANDRADE et al., 2017; TEIXEIRA, 2018).

Quanto à transmissão, pode ser classificada em congênita e adquirida. Na sífilis congênita, a bactéria é passada de forma vertical, ou seja, da mãe infectada para o feto através da via transplacentária ou pelo contato do bebê com lesão genital ativa durante o parto. Já na sífilis adquirida, o indivíduo contrai as bactérias através de contato sexual sem uso de preservativos com a pessoa previamente infectada, ocorrendo a inoculação deste microorganismo em áreas genitais (anal, vaginal e peniana) e/ou bucal (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; ÁVILA; SOLA; GRIMA, 2018). A infecção também ocorre em razão do contato direto com as lesões muco-cutâneas infectantes, fluídos, como muco e sangue, ou por transfusões sanguíneas, neste caso apresentando baixo risco em detrimento ao controle biológico do sangue coletado nos centros de doação (SEIBT; MUNERATO, 2016; MEDEIROS, 2016; SILVA, 2017).

Adicionalmente, Kalinin, Neto e Passarelli (2015) afirmam que a transmissão pode se dar também pelo beijo, quando há cancras ou lesões secundárias na boca ou, até mesmo, por escovas de dentes compartilhadas com pessoas infectadas. A infecção também pode ocorrer na prática profissional quando não é estabelecida a correta biossegurança, salientando a importância do uso adequado de todos os equipamentos de proteção individual (EPI) para o profissional de saúde e sua equipe, especialmente o cirurgião-dentista, uma vez que a prática odontológica lida, frequentemente, com fluídos biológicos.

Há um grande crescimento no número de sífilis adquirida no Brasil. No período de 2010 a junho de 2019, foram notificados no SINAN um total de 650.258 casos de sífilis adquirida. Especificamente, em 2018, foram notificados 158.051 casos, havendo um aumento de 28,3% em relação ao ano anterior (de 59,1 para 75,8 casos por 100.000 habitantes) (BRASIL, 2019). Monteiro e Jesus (2019) declaram que este aumento do número de casos pode ser atribuído, especialmente, à falta de conhecimento da população sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) quanto ao seu modo de prevenção ou impacto à saúde.

O período de incubação se dá por um tempo médio de 21 a 30 dias após o contato com o indivíduo infectado, porém pode variar de 10 a 90 dias, dependendo da quantidade e virulência das *T. pallidum* e da resposta do hospedeiro (ANDRADE et al., 2018). Uma vez abaixo do epitélio, essas bactérias se multiplicam localmente e se disseminam através da corrente sanguínea e dos vasos linfáticos para todo tecido e/ou órgão do corpo (COSTA; RESTON, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a classificação de acordo com suas características clínicas, imunológicas, histopatológicas e com o tempo decorrido após a exposição em três fases: primária, secundária e terciária. A literatura traz ainda uma quarta classificação, denominada de latente, caracterizada pela sororreatividade e por outras evidências da doença. Este é o estágio de transição entre a fase secundária e terciária, esta última representando maior gravidade para a saúde do indivíduo (TEIXEIRA, 2018; ANDRADE et

al., 2018). As lesões orais da sífilis pode ser um dos primeiros sinais clínicos de manifestação da doença, apresentando características diversas, o que aumenta a complexidade do diagnóstico (SOUZA, 2017; COSTA; RESTON, 2018).

Segundo Costa e Reston (2018) a sífilis primária ocorre quando a infecção se torna clinicamente visível na pele e/ou mucosas. O tempo de incubação é diretamente proporcional ao tamanho do inóculo e pode variar de 10 a 90 dias.

A lesão principal da sífilis primária é denominada de cancro duro, cancro sífilítico/luético ou protossifiloma (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; CAMPELO, 2019). Esta condição se desenvolve nos locais de infecção ou de inoculação da *T. pallidum*, podendo ocorrer em região genital ou extragenital, como cavidade oral, dedos, nariz, pálpebras, braço e mamilo, embora sejam incomuns. A ferida se apresenta usualmente como pápula, placa, ou nódulo de aspecto erosivo ou ulcerado, medindo, aproximadamente, de 1 a 2 cm de diâmetro. Geralmente é uma ferida única, indolor, com bordas de contorno elevado e consistência fibrosa, de fundo liso e brilhante, porém, quando localizada nos lábios, pode apresentar aspecto crostoso e acastanhado.

Além dos lábios, quando o cancro se localiza em boca, os locais de predileção são língua, mucosa jugal, palato e tonsilas, mas pode acometer qualquer superfície mucosa, apresentando tamanho variado de 0,3 a 3 cm (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; MEDEIROS, 2016; SILVA, 2017; ANDRADE et al., 2017; TEIXEIRA, 2018; COSTA; RESTON, 2018; CAMPELO, 2019). Segundo Udd e Lund (2016), alterações nos hábitos sexuais, como o sexo oral são responsáveis pelo aumento da ocorrência da sífilis primária na cavidade oral.

Posteriormente à manifestação do cancro, ocorre também a linfadenopatia regional (que surgem nas regiões próximas da inoculação do *T. pallidum*) múltipla, não supurativa, móvel e indolor, podendo ser dolorosa quando há uma infecção secundária. Esta condição pode ser notada entre a 2ª ou 3ª semana após o contato sexual desprotegido com a pessoa contaminada pela bactéria (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; MEDEIROS, 2016; TEIXEIRA, 2018).

É importante ressaltar que o cancro tem histórico de regressão espontânea, que ocorre em média de duas a seis semanas após o seu aparecimento, não deixando cicatriz visível, o que leva ao paciente considerar-se curado (MEDEIROS, 2016; SILVA, 2017). O cancro, como fato isolado, não configura um diagnóstico preciso, por motivos de que a sífilis apresenta polimorfismo clínico. Além do mais, alguns pacientes não relatam histórico de cancro (BORTAYRO et al., 2017).

Caso não haja o diagnóstico e tratamento para a sífilis primária, a doença evolui para o segundo estágio, chamado de sífilis secundária. A apresentação clínica da sífilis oral secundária pode ser ampla e variada, dificultando o diagnóstico. Este estágio é caracterizado por manifestações mucosas, cutâneas e sistêmicas, em razão da disseminação sanguínea e linfática do *T. pallidum*, provocando a colonização de vários órgãos e tecidos do corpo. Os sinais e sintomas clínicos são inespecíficos, assemelhando-se a qualquer outra condição sistêmica, apresentando cefaleia, lacrimejamento, secreção nasal, febre baixa, anorexia, perda de peso, linfadenopatia cervical e desconforto geral. Os pacientes podem relatar também dor de garganta ou rouquidão devido a inflamação da faringe, laringe ou das tonsilas palatinas. Mialgia e artralgia também podem estar presentes (SEIBT; MUNERATO 2016; SILVA, 2017; SOUZA, 2017; TEIXEIRA, 2018; ANDRADE et al., 2018).

Quanto às lesões cutâneas, estas se mostram como máculas simétricas de coloração róseas ou vermelhas e indolores que podem evoluir para forma papular ou pustular, denominada de roséola sífilítica. Esta condição se dissemina por todo o corpo, podendo surgir também lesões papulosas palmo-plantares que são bem características desta fase, mas não é sinal patognomônico, uma vez que pode ser comum no líquen plano (SILVA, 2017; SOUZA, 2017).

Segundo Kalinin, Neto e Passarelli (2015), em regiões úmidas e que haja atrito de pele como lábios, sulco interglúteo, vulva, ânus, região inguinfemoral, entre outras, ocorrem lesões papulares, erosivas, hipertróficas, maceradas, vegetantes, normocoradas, que são chamadas de condiloma plano ou ainda de condiloma *latum*, uma vez que simulam as lesões do condiloma acuminado, lesão presente na infecção viral por Papiloma Virus Humano (*Human Papiloma Virus* – HPV) e são consideradas as lesões mais altamente contagiosas de todas as fases da sífilis. Quando acomete a face, as erupções máculo-papulares tendem a se agrupar ao redor da boca e nariz, assemelhando-se a dermatite seborréica.

A presença de lesões intraorais nessa fase é muito frequente – cerca de 70% dos pacientes apresentam – e podem acometer várias regiões da cavidade bucal (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015). Segundo Costa e Reston (2018), os locais mais comumente afetados incluem a língua, os lábios e a mucosa jugal. Porém, podem atingir também toda a mucosa oral, palato duro e mole, comissura labial, tonsilas palatinas e úvula. Esses achados corroboram o estudo de Seibt e Munerato (2016), em sete pacientes com sífilis secundária, onde a mucosa labial e a borda da língua foram os locais anatômicos mais afetados (em quatro pacientes), seguidos pelos palatos duro e mole (dois pacientes) e, além da língua (ventre), apenas um paciente apresentou lesões na comissura labial, úvula e tonsilas palatinas. As informações obtidas sobre a topografia das lesões tiveram concordância com a literatura.

As lesões intraorais indolores se apresentem como múltiplas manchas ou placas mucosas elevadas ovais, redondas e/ou sinuosas, que são cobertas por pseudomembranas brancas ou acinzentadas podendo estar associadas a áreas eritematosas. Essas placas mucosas sinuosas podem unir-se para dar origem a lesões chamadas de caminho de caracol (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; PAULO et al., 2015).

Lesões ulceradas, semelhantes às lesões primárias, com bordas irregulares e esbranquiçadas, também podem ser observadas. Podem ocorrer, ainda, máculas vermelhas ou áreas erosivas na mucosa, lesões nodulares e maculopapulares. Quando ocorre em língua, essas lesões de aspecto erosivo podem apresentar sintomatologia dolorosa local em razão da despilação das papilas filiformes (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; PAULO et al., 2015; SOUZA, 2017; TEIXEIRA, 2018).

Placas brancas com aspecto verrucoso, as chamadas “leucoplasias semelhantes” também são descritas como outra forma frequente de doença. As lesões em comissura labial podem apresentar-se na forma de condiloma plano, caracterizadas como nodulares e firmes a palpação (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; PAULO et al., 2015; SOUZA, 2017; TEIXEIRA, 2018).

O diagnóstico diferencial pode ser feito com várias lesões traumáticas e infecciosas: ulceração aftosa, ulceração oral associada ao HIV, líquen plano, eritema multiforme, tuberculose, linfoma, micose, leishmaniose, úlcera eosinofílica, carcinoma espinocelular oral, sialometaplasia necrosante, citomegalovírus, gonorréia, infecções granulomatosas e eritroplasia (SEIBT; MUNERATO, 2016; ANDRADE et al., 2018; COSTA; RESTON, 2018).

Ao contrário da sífilis primária, as condições orais da sífilis secundária não estão associadas aos hábitos sexuais orais. Todas as lesões apresentadas no estágio secundário da sífilis sofrem variações, podendo agravar ou amenizar, durante meses ou por vários anos (SEIBT; MUNERATO, 2016; SOUZA, 2017). Embora esses estágios ocorram em sequência, eles podem se sobrepor. Alguns pacientes, mesmo na fase secundária, não relatam histórico prévio ao cancro (WASTNER et al., 2017; STREIGHT; PARANAL; MUSHNER, 2019).

Não havendo o diagnóstico e tratamento correto do estágio secundário, a sífilis entra em um estado de latência até evoluir para o estágio terciário da infecção, sendo denominada de sífilis latente (SL). Esta fase é caracterizada geralmente por ausência de sinais e sintomas, o que leva a crer que os pacientes obtiveram cura, porém os testes sorológicos são positivos, indicando que os *T. pallidum* ainda estão presentes nos gânglios linfáticos e no baço. Os testes

rápidos são essenciais, e deve-se fazer um acompanhamento sorológico para confirmação do sucesso do tratamento. É dividida quanto ao tempo de infecção por sífilis latente precoce (ocorre dentro de um ano da infecção) e tardia (ocorre após um ano da infecção). O indivíduo que está no período de SL precoce têm mais potencial de transmitir a doença, enquanto que na SL tardia esse potencial diminui, porém é caracterizada por manifestações cutâneo-mucosas (gengivas profundas) e por alterações cardiovasculares ou neurológicas (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; TEIXEIRA, 2018; COSTA; RESTON, 2018).

Após a sífilis secundária e latente, a infecção evolui para o estágio terciário, considerado o mais crítico de todas as fases da sífilis adquirida, pois o comprometimento sistêmico é mais grave e com maior impacto à saúde (SILVA, 2017).

Segundo Teixeira (2018), neste estágio pode haver envolvimento do sistema nervoso central (SNC), sistema cardiovascular, pele ou mucosa. Dentre as alterações trazidas ao sistema vascular, é relatado o aneurisma da aorta ascendente, hipertrofia ventricular esquerda e falência cardíaca congestiva. O comprometimento do SNC pode causar a *tabes dorsalis* (lenta alteração das células e fibras nervosas que levam informação sensorial para o cérebro), psicose, demência, paralisia motora e morte. Medeiros (2016), ressalta ainda que os danos neurológicos dificultam a realização das atividades de autocuidado de rotina, como a higienização oral, aumentando a propensão a cáries e doença periodontal.

A manifestação clínica oral característica dessa fase é denominada goma sífilítica, uma lesão nodular e ulcerada, porém indolor, que leva a grande destruição tecidual, podendo atingir mucosa, tecidos moles e duros, pele, língua, glândula parótida e órgãos internos. Na boca, a goma sífilítica acomete normalmente a língua ou o palato, nesse último pode ocorrer a perfuração do osso palatino, causando a comunicação oronasal, dificultando a deglutição e ocasionando a voz anasalada. Já a língua pode apresentar-se aumentada, com forma irregular e lobulada e/ou com atrofia difusa e perda das papilas dorsais. Outra condição que acomete a cavidade oral é a leucoplasia sífilítica, que se desenvolve devido ao atrito com os dentes e a redução do suprimento sanguíneo pela infiltração gomata (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015; TEIXEIRA, 2018; COSTA; RESTON, 2018).

Quando a pele é acometida, as lesões começam como nódulos subcutâneos que se rompem e formam úlceras perfuradas com um tecido necrótico branco amarelado, conferindo-lhe, assim, um aspecto de “couro lavado”, deixando uma cicatriz papilar (COSTA; RESTON, 2018).

Indivíduos HIV positivo podem apresentar diferentes manifestações clínicas da sífilis, que pode seguir um curso atípico e acelerado, com rápida progressão para o estágio terciário e a goma sífilítica pode se desenvolver enquanto o estágio secundário ainda está ativo. (SCULLY; SETTERFIELD, 2016).

Outra forma de contágio já discutida anteriormente se dá de forma vertical, ou seja, da mãe para o feto via transplacentária (entre a 9ª e 16ª semana de gestação) ou pelo contato com lesões ativas durante o parto natural, sendo denominada de sífilis congênita (SILVA, 2017). É o modo de transmissão de maior impacto a saúde pública, visto a incidência de parto prematuro, óbito fetal/neonatal e infecção congênita no recém-nascido (COSTA; RESTON, 2018).

No Brasil de acordo com o último boletim epidemiológico divulgado pela Secretaria de Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde, no período de 2005 a junho de 2019, foram notificados no Sinan 324.321 casos de sífilis em gestantes. Em 2018, foram notificados 62.599 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 21,4/1.000 nascidos vivos); 26.219 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 9,0/1.000 nascidos vivos); e 241 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 8,2/100.000 nascidos vivos). Nesse período, verifica-se que a taxa de incidência de sífilis congênita aumentou 3,8 vezes, passando de 2,4 para 9,0 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 6,1 vezes, passando de 3,5 para 21,4 casos por mil nascidos vivos. Ainda em 2018, comparando com o ano de 2017,

observou-se aumento 25,7% na taxa de detecção em gestantes e de 5,2% na incidência de sífilis congênita. Em parte, o aumento observado na detecção de sífilis em gestantes pode ser atribuído à mudança no critério de definição de casos para fins de vigilância, que o tornou mais sensível, enquanto que o aumento menos acentuado de sífilis congênita pode ser atribuído ao novo critério mais específico (BRASIL, 2019).

Para efeitos de classificação a sífilis congênita apresenta dois estágios: a sífilis congênita precoce, quando diagnosticada até dois anos de vida, ou tardia, quando diagnosticada com mais de dois anos de vida. Na sífilis precoce, o bebê é prematuro e de baixo peso (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015). Após o nascimento são observadas algumas características estomatológicas, sendo elas: glossite atrófica, palato ogival, coloração amarelada dos lábios e rágade, uma cicatriz radial permanente ao redor da boca decorrente da inflamação da pele (SALAZAR; ORTEGA, 2017). Embora sejam comuns, estas lesões não são patognomônicas.

Ainda de acordo com Kalinin, Neto e Passarelli (2015), a sífilis congênita tardia é conhecida como a tríade de Hutchinson, que consistem em três características, que são: Ceratite intersticial (torna a superfície da córnea opaca, resultando na perda progressiva da visão); Surdez provocada pelo comprometimento do VIII (oitavo) par de nervo craniano; e os Dentes de Hutchinson, que é a característica de maior relevância para a Odontologia.

Os dentes de Hutchinson fazem parte das características patognomônicas da sífilis congênita tardia e ambas dentições (decídua e permanente) podem ser afetadas. Os molares se apresentam com projeções bulbosas na superfície do dente e estreitamento do terço oclusal, sendo chamados de molares em amora ou molares de Moon. Já os incisivos superiores podem apresentar um aumento do diâmetro mesio-distal no terço médio e ausência do lóbulo central de desenvolvimento, de forma que se assemelhem a um barril ou a uma chave de fenda, sendo denominados incisivos de Hutchinson (MEDEIROS, 2016). Além disso, Kalinin, Neto e Passarelli (2015) relatam que alterações da sífilis congênita precoce, como a atresia maxilar e palato ogival, também podem estar presentes na sífilis congênita tardia.

De acordo com Carvalho e Ferreira (2019) e Lampros et al. (2020) as lesões orais apresentadas pela sífilis são variadas e têm características distintas, o que torna o diagnóstico mais complexo e contribui para a persistência e propagação da doença.

Como o *Treponema pallidum* não é cultivável, é necessária uma associação de características clínicas, achadas histopatológicas e testes sorológicos para concluir o diagnóstico da sífilis (UDD; LUND, 2016; ANDRADE et al., 2018; TEIXEIRA, 2018). Segundo Kalinin, Neto e Passarelli (2015), podemos lançar mão de outros exames diagnósticos, como o radiográfico, exame do líquido cefalorraquidiano (caso haja hipótese de neurosífilis) ou quando há presença de sinal patognomônico: A tríade de Hutchinson, que depende apenas de sua fase e de suas lesões.

O diagnóstico laboratorial da sífilis depende da sua fase de infecção. Os exames disponíveis se dividem basicamente em duas categorias: exames diretos e indiretos (MAHMUD; CLERICI; SANTOS; BEHAR; TERRA, 2019).

Os exames diretos são aqueles que buscam encontrar a bactéria na amostra a ser analisada. As técnicas de diagnóstico direto são aplicáveis apenas no estágio inicial da infecção (sífilis primária e secundária), uma vez que as lesões dessas fases contêm um grande número de bactérias, especialmente o cancro, enquanto as lesões das fases tardias contêm poucos microrganismos, tornando estes métodos não rentáveis. Atualmente, são utilizadas três técnicas principais: microscopia de campo escuro, imunofluorescência direta (IFD) e técnicas de amplificação genômica (MAHMUD; CLERICI; SANTOS; BEHAR; TERRA, 2019).

Na microscopia de campo escuro, o diagnóstico é dado pela demonstração dos microrganismos espiralados no exame de campo escuro de um esfregaço do exsudato de uma lesão ativa (TEIXEIRA, 2018). É útil para lesões de sífilis congênita primária, secundária e congênita precoce, no entanto, não deve ser usada para úlceras da cavidade oral e ânus. Quando

as lesões são em boca, resultados falso-positivos são prováveis, devido à aparência morfológica de outros microorganismos não patogênicos existentes na flora oral, tais como a *Treponema microdentium*, *T. macrodentium* e *T. mucosum*. A IFD por sua vez, constitui em uma técnica mais vantajosa que o microscópio de campo escuro, uma vez que ela só detecta espiroquetas patogênicas e pode ser usado para lesões localizadas no ânus e na boca. No entanto, é uma técnica mais complexa que requer um microscópio de fluorescência. Da mesma forma que acontece com o microscópio de campo escuro, IFD pode ser realizada em amostras de lesões primárias, secundárias e sífilis congênita (MAHMUD; CLERICI; SANTOS; BEHAR; TERRA, 2019)

Quanto a amplificação genômica, é utilizada a reação em cadeia da polimerase (PCR), que é descrito como o exame de maior sensibilidade e especificidade, favorecendo um diagnóstico preciso, porém necessitam de um grande número de amostras clínicas e podem não estar disponíveis comercialmente em alguns centros (MAHMUD; CLERICI; SANTOS; BEHAR; TERRA, 2019).

Já os testes indiretos são os métodos padrões para identificar a infecção assintomática e confirmar o diagnóstico clínico, bem como avaliar a resposta farmacológica. São divididos em dois grupos: testes treponêmicos e testes não treponêmicos (BORTAYRO, CHAGURI, SERRANO, ROBLEDO, MORELATTO, 2017, MAHMUD; CLERICI; SANTOS; BEHAR; TERRA, 2019)

Quadro 1: Testes indiretos para o diagnóstico da sífilis.

<i>TESTES TREPONÊMICOS</i>
FTA-abs
ELISA
TP-PA
Testes rápidos
<i>TESTES NÃO TREPONÊMICOS</i>
VDRL
PRP

Fonte: Bortayro, Chaguri, Serrano, Robledo, Morelato, 2017.

Os testes sorológicos não treponêmicos detectam anticorpos IgM e IgG contra o material lipídico (cardiolipina) liberado pelas células afetadas em decorrência da infecção sífilítica. Se negativizam com o tratamento adequado e permitem o monitoramento da resposta ao tratamento (COSTA; RESTON, 2018). Exames sorológicos treponêmicos são positivados a partir dos primeiros dias de infecção e podem continuar positivos para o resto da vida, o que é chamado de cicatriz sorológica. Já os exames não treponêmicos, se positivam um pouco mais tarde (cerca de 4 a 8 semanas após a infecção), geralmente no final da sífilis primária ou no início da fase secundária e tendem a se negativar a medida que a infecção evolui (fases tardia, latente e terciária) ou com o tratamento adequado (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015). Já os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos IgM e IgG contra componentes celulares da *Treponema pallidum* (COSTA; RESTON, 2018).

Os testes comumente empregados são: VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e o FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody-absorption*) (COSTA; RESTON, 2018). O VDRL é um teste de caráter semiquantitativo, ou seja, o resultado é expresso como um título (por exemplo, "1:64 positivo", o que significa que os anticorpos foram detectados em um soro diluído 64 vezes). A titulação varia dependendo do estágio da doença e do tratamento. Títulos maiores, geralmente, refletem maior atividade da doença e são relacionados à infecções

recentes, enquanto títulos baixos estão relacionados às fases tardias ou quando o tratamento está sendo efetivo (MAHMUD; CLERICI; SANTOS; BEHAR; TERRA, 2019).

Já o FTA-abs, tem caráter qualitativo, ou seja, o resultado é expresso como positivo ou negativo para detecção de anticorpos. Nos últimos anos, vários testes rápidos de diagnóstico de sífilis foram desenvolvidos por punção digital com sensibilidade e especificidade comparáveis aos testes tradicionais, unindo as vantagens de não requerer coleta de sangue, podendo ser realizadas em qualquer lugar e não exigindo pessoal especializado (MAHMUD; CLERICI; SANTOS; BEHAR; TERRA, 2019).

O exame radiográfico de ossos longos é usado para diagnóstico em casos suspeitos de sífilis congênita. A radiografia de ossos longos pode auxiliar no diagnóstico para o rastreamento de alterações ósseas como a periostite, osteíte ou osteocondrite que, muitas vezes, são as únicas alterações nos recém-nascidos (KALININ; NETO; PASSARELLI, 2015).

Já no exame histopatológico a presença de acantose irregular do epitélio oral, exocitose de linfócitos e neutrófilos podem sugerir o diagnóstico de sífilis (COSTA; RESTON, 2018).

Quanto mais precoce o diagnóstico da sífilis, seja ela adquirida ou congênita, melhor será a resposta ao tratamento terapêutico. O tratamento depende, basicamente, do tipo e do estágio em que a doença se encontra (BERARDO; DECARA; ANDORNO, 2019). A Penicilina G em dose única de 2,4 milhões intramuscular é o tratamento de escolha para as formas primária, secundária e latente precoce. Já para a fase latente tardia e estágio terciário (com acometimento cardíaco) é a Penicilina G benzatina 2,4 milhões intramuscular, semanal, por três semanas. Para pacientes que apresentam neurosífilis, a Penicilina Cristalina é o fármaco de escolha (ROMEIRO; PORTO, REIS, 2018). Para os pacientes alérgicos a esses medicamentos, pode-se substituí-los por: doxaciiclina, tetraciclina e eritromicina. Entretanto, todos estes são contraindicados para uso em gestante (WASTNER et al., 2017).

Além de intervenções farmacológicas, a prevenção também é importante, por meio de instrução quanto a prática sexual segura, a fim de evitar a reinfecção pela sífilis, bem como a infecção por HIV e outras IST. Além disso, exames pré e pós-natal consistem em prática preventiva e possibilitam um diagnóstico e tratamento precoce para a sífilis congênita. Estes pacientes devem ser monitorados para confirmação da cura da doença com testes sorológicos em 6 a 12 meses após o início do tratamento (SILVA, 2017; SOUZA, 2017; ANDRADE et al., 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conhecendo a etiopatogenia desta condição, cabe aos profissionais da saúde, a divulgação de informações preventivas, a fim de amenizar os riscos e sequelas trazidos à saúde dos indivíduos infectados.

O cirurgião-dentista deve estar apto a reconhecer as alterações nos tecidos orais trazidas pela infecção sífilítica, como também realizar o diagnóstico diferencial dessas alterações. Além de características clínicas, o cirurgião-dentista também deve atentar-se para a solicitação de exames histopatológicos, radiográficos e, principalmente, testes sorológicos com a finalidade de estabelecer um diagnóstico correto e plano de tratamento adequado, contribuindo, assim, para a remissão da sífilis e a melhora na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R-S et al. Oral findings in secondary syphilis. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal**, v. 2, n. 23, p. 138-143, mar. 2018.

ÁVILA I. J. M.; SOLA J. M. P.; GRIMA L. G. Lesiones orales de sífilis secundaria limitada a la cavidad oral. Informe de un caso. **Revista de la Asociación Odontológica Argentina**, v. 106, p. 30-34, abr. 2018.

BERARDO, M. N. S.; PARDO, M. S.; DECARA; D. A. J.; ANDORNO, K. R. El rol del odontólogo en el diagnóstico del secundarismo sífilítico. **Revista de La Sociedad Odontológica de La Plata**, n. 57, p. 7-9, dic. 2019.

BORTAYRO, M. J. P.; CHAGURI, G.; SERRANO, R. F. G.; ROBLEDO, G. M.; MORELATTO, R. A. Dificultad en el diagnóstico de una Infección de Transmisión Sexual cada vez más frecuente. **Claves de Odontología**, v. 23, n. 75, p. 57-64, nov. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Boletim Epidemiológico**. Sífilis. ISSN 2358-9450, p. 1-44, 2019.

CAMPELO, Nayra Cecília Santos. **Lesão oral atípica de sífilis secundária: relato de caso**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

CARVALHO, A.B.; FERREIRA, R.B. Principais manifestações das doenças sexualmente transmissíveis acometidas na cavidade oral. **Uniceplac**, v.1, n.1, p. 1-9, jan. 2019.

COSTA, Danielle Almeida Amparado; RESTON, Juliana Rezende. **A Sífilis Oral Nos Dias Atuais: Uma Revisão**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade de Uberaba, Uberaba, 2018.

KALININ, Y.; NETO, A.P.; PASSARELLI, D.H.C. Sífilis: Aspectos Clínicos, Transmissão, Manifestações Oraís, Diagnóstico e Tratamento. **Odonto**, v. 23, n. 45-46, p. 65-76, dez. 2015.

LAMPROS, A. et al. Oral forms of secondary syphilis, an illustration of the pitfalls set by the great imitator. **Journal of the American Academy of Dermatology**, [s.l.], p. 1-28, apr. 2020.

MAHMUD, I.C.; CLERICI, D.J.; SANTOS, R.C.V.; BEHAR, P.R.P.; TERRA, N.L. Sífilis adquirida: uma revisão epidemiológica dos casos em adultos e idosos no município de Porto Alegre/RS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 2, p. 01-08, mai. 2019.

MEDEIROS, M. F. Manifestações Bucais Da Sífilis Adquirida e Congênita: Revisão Sistemática Para Avaliação De Educação em Saúde. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 5, n. 2, p. 77-91, nov. 2016.

MONTEIRO, Camila de Jesus; JESUS, Thaynês Batista de. **Avaliação Do Nível de Conhecimento Dos Jovens a Respeito Das Manifestações Oraís De Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2019.

PAULO, L. F. B. et al. Oral Manifestations of Secondary Syphilis. **International Journal Of Infectious Diseases**, v. 35, n. 4, p. 40-42, jun. 2015.

ROMEIRO, P. H. C.; PORTO, H. L. S.; REIS, R. B. Sífilis: a grande imitadora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 44, n. 3, p.393-399, jul./set. 2018.

SALAZAR, J. F. T; ORTEGA, D. R. Signos dentales de la sífilis congénita. **Revista Asociacion Dental Mexicana**, v. 74, n. 6, p. 286-292, nov./dic. 2017.

SCULLY, C.; SETTERFIELD, J. F. Return of the Great Pox. **Dental Update**, v. 43, n. 3, p. 267–271, 2016.

SEIBT, C. E.; MUNERATO, M. C. Secondary syphilis in the oral cavity and the role of the dental surgeon in STD prevention, diagnosis and treatment: a case series study. **The Brazilian Journal Of Infectious Diseases**, v. 20, n. 4, p. 393-398, jul. 2016.

SILVA, Júlia Possamai della da. **Manifestações bucais em pacientes portadores de sífilis: Revisão de literatura**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2017.

SOUZA, B. C. Manifestações clínicas orais da sífilis. **Revista da Faculdade de Odontologia - Ufpr**, v. 22, n. 1, p. 82-85, ago. 2017.

STREIGHT, K. L.; PARANAL, R. M.; MUSHER, D. M. The oral manifestations of syphilitic disease: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 13, n. 227, p.1-3, jul. 2019.

TEIXEIRA, Fabiana Moura. **Sífilis: manifestações orais**. 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2018.

UDD, S.D.; LUND, B. Oral Syphilis: A Reemerging Infection Prompting Clinicians' Alertness. **Case Reports In Dentistry**, v. 2016, n. 1, p. 1-3, mai. 2016.

WASTNER, B. F. et al. Sífilis secundária em gestante: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 9, p. 399-402, 2017.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Santa Maria, pelo dom da vida, proteção e infinito amor. Eles que sempre estiveram presentes durante toda minha vida, em especial nesta etapa, dando a força necessária para superar todos os obstáculos.

Aos meus pais, José Pedro e Régia e ao meu irmão, Rodrigo, por serem meus maiores e melhores apoiadores nessa jornada, que nunca mediram esforços para proporcionar meu estudo, pondo como prioridade em nossas vidas. Agradeço todo zelo, amor, esforço e confiança que em mim foram depositados.

Ao meu namorado, Lucas, que me acompanhou desde o início do curso, e por sempre poder contar com sua amizade, amor, companheirismo e incentivo.

Aos meus amigos da universidade, em especial, Giovanna, Francisco Alisson, Dandara, Davi, Milena, Julianna e Thuany, pela amizade e por todos os momentos compartilhados durante esse tempo, tornando essa caminhada mais leve e feliz.

À minha amiga de infância, Erika, que mesmo de longe, sempre esteve presente em todas as fases da minha vida.

À minha professora e orientadora, Danielle Barbosa, pela contribuição no desenvolvimento dessa pesquisa e, sobretudo, na minha formação acadêmica. O seu modo de ensinar e tratar todos ao seu redor, com amor, empenho e paciência é, com certeza, uma inspiração para mim.

Aos(as) demais professores(as), toda minha admiração e respeito para estes(as) que sempre serão essenciais neste processo.

Aos pacientes que passaram pela minha vida durante este período, que me deram oportunidade de aprender além da prática odontológica, contribuindo também para minha construção pessoal.

A todos os funcionários da UEPB, que foram essenciais nessa trajetória, em especial a aqueles do departamento de Odontologia.