

CURSO DE ODONTOLOGIA

**FÁBIO FAUSTO DE PAULA
GABRYELA MENDES BARBOSA**

SÍFILIS: ênfase em manifestações orais

**PATOS DE MINAS
2016**

**FÁBIO FAUSTO DE PAULA
GABRYELA MENDES BARBOSA**

SÍFILIS: ênfase em manifestações orais

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientador: Prof.^a Ms. Mayra Maria Coury França

**PATOS DE MINAS
2016**

FÁBIO FAUSTO DE PAULA
GABRYELA MENDES BARBOSA

SÍFILIS: ênfase em manifestações orais

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 17 de maio de 2016, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.^a. Ms. Mayra Maria Coury França
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.^a. Esp. Lilian de Barros
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.^o. Esp. José Jorge Vianna Júnior
Faculdade Patos de Minas

SÍFILIS: ênfase em manifestações orais

Fábio Fausto de Paula
Gabryela Mendes Barbosa
Mayra Maria Coury França

RESUMO

Este estudo trata-se de um levantamento geral sobre a doença infectocontagiosa sífilis, transmitida via sexual, transfusão sanguínea e verticalmente, durante a gestação (sífilis congênita); mostrando a capacidade de penetração do agente etiológico (*Treponema pallidum*) na pele ou mucosa e as classificações dessa doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Sistema Nacional de Agravos Notificados (SINAN) relatam um aumento anual de novos casos de sífilis no mundo e no município de Patos de Minas. A Realização do diagnóstico é feita por meio de microscopia e teste sorológico, tratamento e a atuação do dentista contra sífilis. Trata-se de um estudo descritivo e bibliográfico feito através de uma revisão integrativa da literatura.

Palavras-chave: Sífilis. Manifestações orais. Atuação do dentista.

ABSTRACT

This study is a general survey of infectious disease, syphilis, transmitted sexually, blood transfusion and vertically during pregnancy (congenital syphilis). It shows the penetration capacity of the etiologic agent (*Treponema pallidum*) in skin or mucosa and classifications of syphilis according to its clinical manifestations. according to epidemiological data approach (WHO) and the SINANNET/SMS data, oral manifestations, diagnosis by microscopy and serologic, treatment by penicillin and the dentist acting against syphilis as it may have direct contact with these patients. This is a descriptive and bibliographic study through an integrative literature review. In this sense, it contributes as another tool, practical and fast, which can assist in the development of new research.

Keywords: Syphilis, Oral manifestation, Dentist practices.

INTRODUÇÃO

A Sífilis conhecida como Lues, vem do latim *lues*. Também é conhecida no decorrer da história como cancro duro, avariose, doença-do-mundo, mal-de-franga, mal-de-Nápoles, mal-de-santa-eufêmia, pudendagra, entre outros. É uma doença crônica, altamente contagiosa e de ocorrência mundial, cujas primeiras manifestações ocorreram no século XV como um quadro epidêmico, mas seu agente etiológico foi descoberto somente em 1905. (1) O homem é o único hospedeiro natural e exclusiva fonte de infecção.

A sífilis é uma DST (Doença Sexualmente Transmissíveis) ocasionada por uma infecção bacteriana e tem como agente etiológico o *Treponema Pallidum*. Devido ao aumento de uso de drogas intravenosas, uso em comum de material perfuro-cortante de portadores e aumento de parceiros sexuais, tem aumentado bastante o número de pessoas infectadas.

Por meio de ações informativas/educativas pode-se promover maior conscientização da população em geral e, especialmente, das populações mais vulneráveis com relação às DSTs. É necessário disseminar o conhecimento a fim de que haja uma busca mais precoce dos serviços de saúde pelos indivíduos e parceiros, tornando as unidades de saúde a porta de entrada para esses pacientes.

Daí vem a importância do dentista como profissional de saúde, que deve ter o conhecimento da doença e de suas principais manifestações orais. Este estudo irá proporcionar uma revisão bibliográfica a respeito dos tipos de manifestações da sífilis, como a sífilis primária, sífilis secundária, sífilis terciária e sífilis congênita. Além disso, será abordado ainda as formas de transmissão, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

O objetivo deste estudo é revisar os tipos de manifestações orais da sífilis, através de uma revisão bibliográfica. Trata-se de um estudo descritivo e bibliográfico feito através de uma revisão integrativa da literatura. A questão norteadora da presente revisão de literatura constitui em manifestações orais da sífilis. O universo deste estudo foi composto através de 24 arquivos, dentre eles artigos retirados de bases de dados Lilacs, BBO, Scielo, em português e inglês, dissertações e Manuais do Ministério da Saúde.

REVISÃO DA LITERATURA

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Se ela não for tratada precocemente pode comprometer o sistema nervoso central, o sistema cardiovascular, além de órgãos como olhos, pele, ossos, etc. O tratamento consiste em injeções de penicilina benzatina (a popular Benzetacil), apesar de ser facilmente evitada juntamente com outras doenças sexualmente transmissíveis através do uso de preservativos, por exemplo. (1) Esta revisão da literatura trata do histórico da doença, do estudo da bactéria e a evolução dos seus estágios e das atribuições dos Dentistas no tratamento da sífilis.

Histórico

O surgimento do termo sífilis pode ser compreendido a partir de uma explicação secular:

A origem da sífilis tem sido discutida há mais de cinco séculos desde a documentação da primeira epidemia desse agravo, em 1495, na Europa. Credita-se à Hieronymus Fracastorius a criação do termo sífilis, em 1530, ao utilizar o nome de um pastor mítico chamado “*Syphilus*” em um poema intitulado “*Syphilis Sive Morbus Gallicus*”, no qual são descritas as principais manifestações clínicas dessa doença. Nesse poema, a sífilis seria uma doença infligida como castigo pelo Deus Apólo ao pastor. (2)

Diversas teorias para a origem da sífilis foram sugeridas, dentre as quais são citadas: a “Teoria do Velho Mundo” ou “Teoria pré-colombiana”, a “Teoria do Novo Mundo” ou “Teoria Colombiana” e a “Teoria Unitária” (tabela 1). (2)

Tabela 1 – Teorias sobre a origem da sífilis.

| Nome | Teoria |
|-----------------------|--|
| Teoria do Velho Mundo | A sífilis era uma doença endêmica no Haiti e foi levada para a Europa por Colombo por volta do ano 1400 |
| Teoria do Novo Mundo | A sífilis originou-se na África Central e foi levada para a Europa anteriormente às expedições de Colombo |
| Teoria Unitária | A sífilis e as treponematoses não venéreas eram manifestações da mesma infecção com algumas diferenças clínicas causadas por fatores ambientais. |

Fonte: 2.

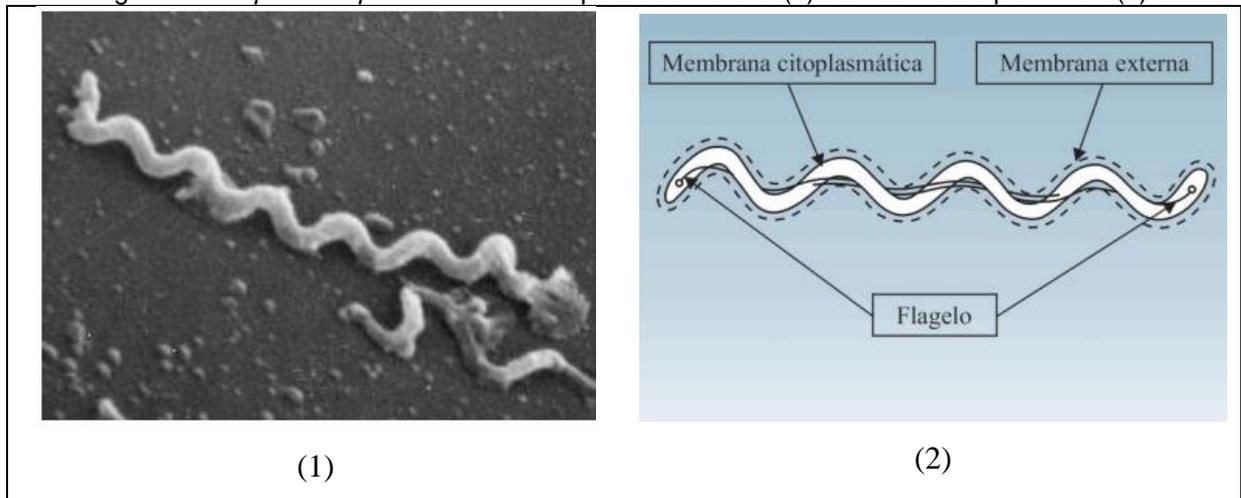
Analisando as teorias, vários trabalhos posteriores demonstraram uma dificuldade de distinguir o diagnóstico da sífilis, confundindo-a com doenças como gonorréia e outras com sintomas semelhantes. Assim, a incógnita da origem desta doença permanece devido à inconsistência de informações e registros. A origem da sífilis tem sido discutida há mais de cinco séculos desde a documentação da primeira epidemia.

A sífilis teve o primeiro diagnóstico eficaz usando um teste em 1906, chamado o teste de Wassermann. Nos primeiros resultados ocorreram alguns falsos positivos, mas colaboraram para um avanço em campanhas de prevenção da doença. Anos depois, em 1930, surgiu o teste de Hinton, desenvolvido por William Augustus Hinton, baseado no princípio de floculação. O mesmo mostrou menos reações de falso positivo do que o teste de Wassermann. Ambos os testes adiantados foram substituídos por métodos analíticos mais novos e eficientes. (3) Que são sorologia não treponêmica – VDRL e RPR e sorologia não treponêmica – FTA-asb, TPHA ou MHA-TP.

O Agente Etiológico

O agente etiológico da sífilis é uma bactéria denominada *Treponema pallidum* do gênero *Treponema* e da família dos *Treponemataceae*, que inclui ainda os gêneros *Leptospira* e *Borrelia*. Morfologicamente, ele tem uma forma espiral entre 10 e 20 voltas de 5 a 20 micrômetros de comprimento, apenas 0,1 a 0,2 micrômetros de diâmetro e conta com flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria junto da camada externa ao longo do eixo longitudinal (figura 1). Ainda sobre o agente etiológico, ele não possui membrana celular, porém tem um envelope externo com três camadas ricas dos ácidos N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina que servem como proteção da bactéria. O gênero *Treponema* possui quatro espécies patogênicas e pelo menos outras seis não patogênicas. Dentre as patogênicas, o *T. pallidum* causa a sífilis, o *T. carateum* é causador da pinta e o *T. pertenue* é responsável pela boubá, também conhecida como framboesia. A transmissão do agente etiológico ocorre, principalmente, através de relações sexuais, bem como transfusões sanguíneas, passagem transplacentária, pela saliva e por contato com lesões recentes da pele ou mucosas. (4)

Figura 1 - *Treponema pallidum*: microscopia de varredura (1) e desenho esquemático (2).



Fonte: 4.

Na microscopia eletrônica é possível visualizar um feixe axial de finas fibrilas envoltas por uma cápsula estreita de uma membrana trilaminar e outra periplástica também trilaminar. Na região central desta última membrana, há uma camada mucóide que é a responsável pela defesa da bactéria contra o sistema imunológico do hospedeiro. (1)

A academia mostra que há pouco conhecimento da biologia do *Treponema pallidum* porque meios artificiais de cultura desta bactéria são difíceis de serem obtidos, apesar de pesquisas ainda serem feitas nesta área. Até o momento, sabe-se que o tempo de divisão deste agente etiológico é bastante inconstante, embora seja observado que existem condições favoráveis para divisão em intervalos de 30 a 36 horas e que é provável a ocorrência de formas císticas com tempo de divisão variando entre 21 a 27 dias. (1)

O treponema é inoculável em outros hospedeiros além do homem, como o rato, coelho e o macaco, apesar de não causar lesões semelhantes nesses outros animais. Na literatura também se encontram outros fatos importantes sobre o treponema, a citar a sua baixa resistência ao ambiente, a alta sensibilidade ao sabão e outros desinfetantes e a possibilidade de se manter vivo em cadáveres por 24 à 48 horas.(1)

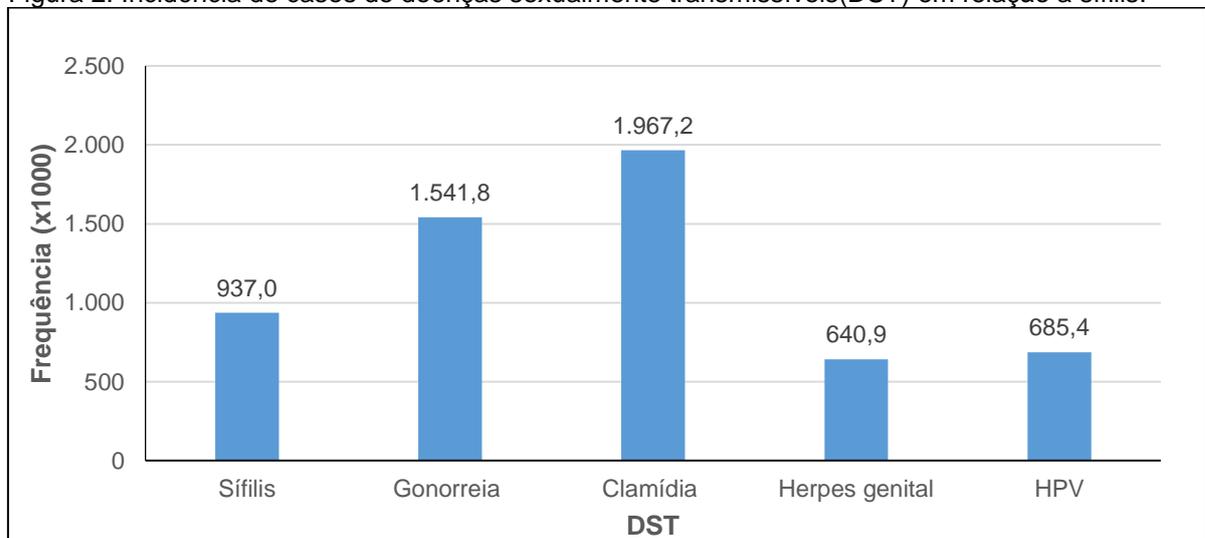
Epidemiologia

As doenças “sexualmente transmissíveis são consideradas como um dos problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Em ambos os sexos, tornam o organismo mais vulnerável a outras doenças, inclusive a AIDS, além de terem relação com a mortalidade materna e infantil”. (6)

A sífilis está se tornando uma das principais preocupações na área de saúde pública mundial, particularmente porque as lesões ativas da fase primária da infecção são portas de entrada para outras doenças de transmissão sexual. Pode se apresentar em vários estágios clínicos e, frequentemente, as pessoas afetadas se apresentam assintomáticas ou com sinais e/ou sintomas inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico. É endêmica em vários países em desenvolvimento, mas tem sido considerada reemergente em muitos países desenvolvidos. (5)

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, publicou estimativa de ocorrência de 11 milhões de casos novos de sífilis por ano no mundo, sendo 2,4 milhões para a América Latina e Caribe. Para o Brasil, as estimativas da OMS de transmissão de sífilis na população sexualmente ativa são de 937.000 casos a cada ano. Com relação as demais doenças sexualmente transmissíveis a sífilis é a terceira doença com maior incidência de casos (figura 2). (6)

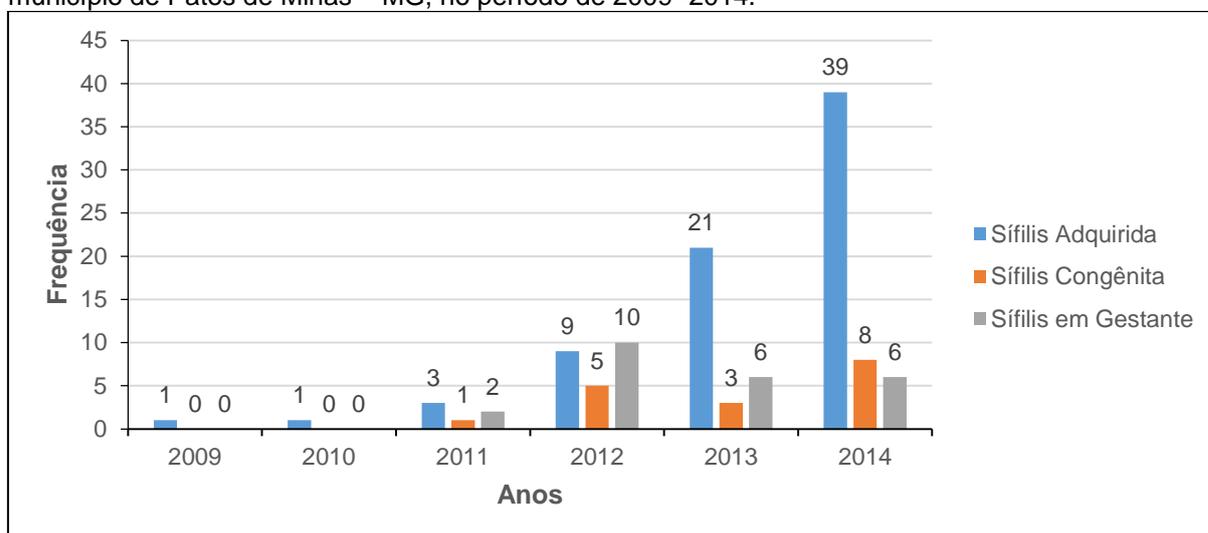
Figura 2: Incidência de casos de doenças sexualmente transmissíveis(DST) em relação a sífilis.



Fonte: 6.

No município de Patos de Minas, as informações a respeito da sífilis adquirida em gestantes e congênicas foram baseadas nas notificações realizadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Segundo dados do SINAN NET/SMS no período de 2009 à 2014, foram registrados 115 casos de sífilis notificados. Destes o maior número de casos foi para Sífilis, adquirida com 74 casos notificados, com maior número de ocorrência o ano de 2014, tendo então 39 casos notificados (figura 3).

Figura 3: Série histórica dos casos notificados de sífilis adquirida, congênita e em gestantes no município de Patos de Minas – MG, no período de 2009 -2014.



Fonte:: 7.

Etiopatogenia

A penetração do *T. pallidum* é realizada por pequenas abrasões decorrentes da relação sexual. Logo após, o treponema atinge o sistema linfático regional e, por disseminação hematogênica, outras partes do corpo. Esse mecanismo de adesão é mediado pela presença de estruturas na superfície do patógeno chamadas adesinas, que permitem fixá-los às células do hospedeiro. Recentemente, a análise do genoma do *T. pallidum* revelou que algumas proteínas deste patógeno seriam candidatas potenciais a adesinas, tais como: as proteínas recombinantes TP0155 e TP0480, que mostraram a capacidade de se ligar a fibronectina das células do hospedeiro, sendo que a primeira liga-se a matriz e a segunda liga-se tanto a matriz

quanto à forma solúvel da fibronectina. Outras proteínas recombinantes são: a TP0751, que se liga especificamente, a laminina e a TP0136; que se liga a fibronectina. (4)

Outro fator importante no processo de invasão é a enzima metaloproteinase-1, que induz a quebra do colágeno, facilitando a invasão e disseminação desta bactéria por tecidos e órgãos. A presença do *T. pallidum* no organismo sinaliza o recrutamento de células do sistema imunológico inato e adaptativo da circulação sanguínea ao local da infecção. Estudos mostram que esta bactéria induz a expressão das adesinas (ICAM-1, VCAM-1 e E-selectinas) em culturas de células endoteliais, importantes para este processo. Essa ativação endotelial e migração de células inflamatórias são aumentadas pela secreção de citocinas. Assim, durante a infecção aguda pelo *T. pallidum*, os leucócitos polimorfonucleares (PMN) são as primeiras células observadas no infiltrado. O processo inflamatório e a resposta imunológica adaptativa induzida pelo *T. pallidum* são os prováveis responsáveis pelas manifestações clínicas deletérias observadas na sífilis, pois não foram relatados genes de virulência envolvidos com as manifestações clínicas desta infecção. O sucesso da colonização do hospedeiro pelo *T. pallidum* depende destas estratégias de invasão, que permitem que este patógeno atravesse a barreira epitelial, placentária ou hematoencefálica. (8)

No entanto, as manifestações clínicas da sífilis materna e congênita irão ocorrer devido ao sucesso deste processo e consequente desenvolvimento da resposta imunológica. A identificação destas adesinas permite avaliar seus efeitos imunoprotetores e também compreender os mecanismos de adesão. Desta forma, esses mecanismos de adesão permitem a colonização. Neste processo de invasão, a motilidade em sacarolhas do *T. pallidum* conferida pela presença de endoflagelos permite a mobilidade desta bactéria de um ambiente desfavorável para outro favorável à sua sobrevivência, manutenção e nutrição. (8)

Manifestações

Sífilis Primária

A sífilis primária é caracterizada por ulceração isolada da pele ou mucosas. Também chamada de cancro, se desenvolve entre 3 e 90 dias após a inoculação na área em que houve a exposição inicial, podendo haver lesões múltiplas embora

sejam menos comuns. (10) Os locais onde mais aparecem essas lesões são as genitálias externas e o ânus, apesar de que uma pequena porcentagem, por volta de 2%, ocorre na cavidade oral. Com relação ao aparecimento da sífilis primária na região oral, as localidades onde mais são encontradas são os lábios, língua, palato, gengiva e amígdalas.

A literatura destaca que o lábio superior é mais propício ao desenvolvimento de ulcerações nos homens, enquanto que o inferior é mais propício nas mulheres, possivelmente devido a superfície de maior contato durante o sexo oral entre casais. Essas lesões quando vistas na região da boca se apresentam como uma úlcera de base clara e indolor ou ainda com uma proliferação vascular parecida com o granuloma piogênico (figura 4), apesar de ser algo mais raro. Quando há algum patógeno nos nódulos linfáticos, chamado de linfadenopatia regional, o agente etiológico está se espalhando sistematicamente pelos vasos linfáticos a fim de progredir para os próximos ciclos da doença. (9) Por fim, caso a sífilis primária não seja tratada, a linfadenopatia regional ocorre na maioria dos pacientes e a lesão inicial cicatriza dentro de 3 a 8 semanas. (1)

Figura 4 – Lesão isolada no dorso da língua, manifestação de sífilis primária



Fonte: 11.

Sífilis Secundária

A segunda fase da sífilis pode ser identificada clinicamente de 4 a 10 semanas após o início da doença e algumas de suas lesões podem surgir antes da finalização da sífilis primária, apesar de ser menos comum. Os sintomas mais

frequentes são linfadenopatia indolor, dor de garganta, mal-estar, cefaléia, perda de peso, febre e dor musculoesquelética. Além disso, constantemente existem erupções cutâneas maculopapular difusas e indolores disseminadas por todo o corpo, bem como a rubéola e o sarampo. (23)

A sífilis secundária também pode atingir a cavidade oral com maculopapulares vermelhas, podendo deixar cicatrizes hiperpigmentadas ou hipopigmentadas. Cerca de 30% dos pacientes apresentam áreas de exocitose e espongiase na mucosa oral, o que forma zonas sensíveis e esbranquiçadas, chamadas de placas mucosas (figura 5). Eventualmente essas placas se fundem e resultam em um padrão semelhante ao caminho de caracol, que caso ocorra a necrose epitelial levará a descamação do tecido e exposição do tecido inferior (tecido conjuntivo cruente subjacente). Essas lesões descritas normalmente se desenvolvem na língua, nos lábios, na bochecha e no palato (12).

Figura 5 – Lesão na língua, manifestação de sífilis secundaria



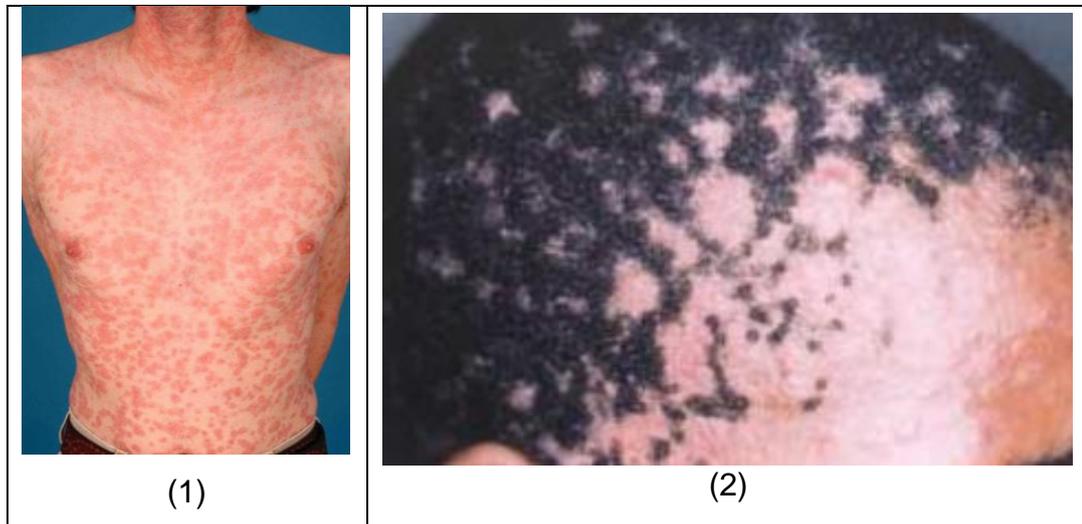
Fonte: 12.

Diferentemente da sífilis primária, na sífilis secundária haverá a presença de múltiplas lesões que se dissipam dentro de 3 a 12 semanas, embora possam ocorrer reincidências dentro de 1 ano. Quando o paciente está em uma situação de baixa imunidade, caracterizando o imunocomprometimento, a sífilis secundária se apresenta de uma forma mais intensa e disseminada por todo o corpo, conhecida como *lues maligna* (figura 6 - 1).

Os sintomas desta etapa são sinais prodrômicos de febre, cefaléia, mialgia e por fim, ulcerações necróticas na face e no couro cabeludo (figura 6 - 2). Cerca de 30% dos pacientes afetados com sífilis secundária apresentam essas lesões orais, além de mal-estar e dor articular. A *lues maligna* é comumente relatada em casos

que o paciente possui a síndrome da imunodeficiência humana (AIDS) e apresenta ulcerações atípicas na pele e nas mucosas orais. (9)

Figura 6 – Lesões na região frontal da cabeça(1) e por todo o corpo - lues maligna (2), manifestação intensa de sífilis secundária



Fonte.: 13.

2.5.3. Sífilis Terciária

Após o final da sífilis secundária os pacientes entram em uma fase conhecida como sífilis latente, na qual ele está livre de lesões e sintomas descritos anteriormente. Este período pode durar entre 1 e 30 anos até iniciar a sífilis terciária com uma taxa de incidência em 30% dos pacientes. Nesta etapa as complicações da doença são mais sérias, havendo danos no sistema vascular pelo efeito da arterite prévia, além de possível aneurisma da aorta ascendente, hipertrofia ventricular esquerda, regurgitação aórtica e insuficiência cardíaca congestiva. O sistema nervoso central pode levar a *tabes dorsalis*, ou seja, a lenta degeneração de neurônios que carregam informação sensorial para o cérebro, paralisia generalizada, psicose, demência, paralisia e morte (10). Há ainda a possibilidade de lesões oculares como irite (Inflamação da íris), coroidoretinite (Inflamação da coroide e retina), pupilas de Argyll Robertson (paciente perde o reflexo fotomotor, mas mantém o reflexo de acomodação) ou ainda focos dispersos de inflamação granulomatosa na pele, em mucosas, tecidos moles, ossos e órgãos internos. (1)

De interesse da odontologia, as lesões intra-orais normalmente atingem o palato e a língua (figura 7). No palato a ulceração com frequência chega a perfurar a área em direção a cavidade nasal e na língua pode haver o surgimento de gomas,

irregularidade no formato e lobulação. Este padrão lobular é chamado de glossite intersticial e é resultado da contratura da musculatura lingual depois da cicatrização das gomas. (9)

Figura 7 - Goma sífilítica na cavidade oral no palato provocando a comunicação buconasal, manifestação de sífilis terciária.



Fonte: 11.

Sífilis Congênita

Para descrever a sífilis congênita é necessário falar sobre a tríade de Hutchinson, que apesar de comum, poucos pacientes apresentam os três diagnósticos dos patognomônicos da doença ao mesmo tempo. A citar: dentes de Hutchinson, ceratite ocular intersticial e surdez associada ao comprometimento do oitavo par de nervos cranianos. Quando uma criança é infectada com a sífilis congênita ela passa a apresentar os sinais dentro de 2 a 3 semanas após o nascimento e pode apresentar retardo no crescimento, febre, icterícia, anemia, hepatoesplenomegalia, rinite, fissuras cutâneas radiais ao redor da boca e erupções cutâneas maculopapulares descamativas, ulcerativas ou vesículo-bolhosas (figura 8). Quando uma criança é diagnosticada e não é tratada, se ela sobreviver é possível que a sífilis congênita se desenvolva para a terciária com danos aos ossos, dentes, olhos, orelhas e cérebro. (15)

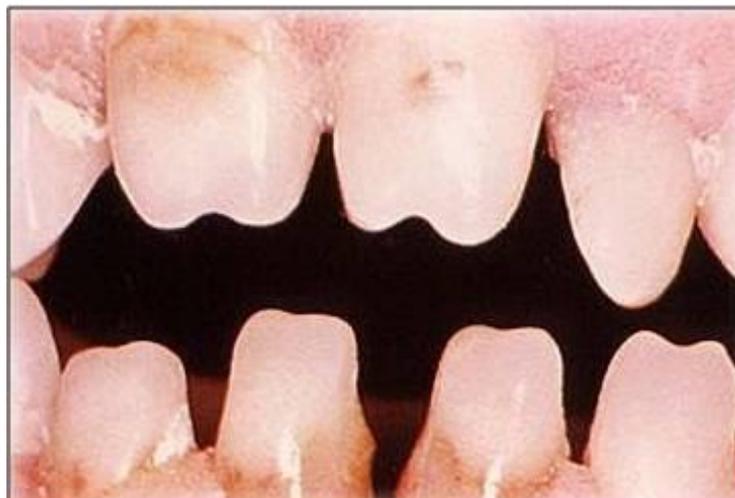
Figura 8 – Lesão nas mão (1) e pés (2) de recém-nascido com sífilis congênita.



Fonte:: 16.



Fonte:: 9.



Fonte:: 9.

A infecção altera a formação dos incisivos e dos molares, sendo que os primeiros, por exemplo, apresentam diâmetro mesiodistal maior no terço médio da coroa e o terço incisal afunila-se em direção à margem incisal, o que resulta em um dente com aparência de chave de fenda. Já os molares em amora afunilam-se em direção à superfície oclusal, causando uma anatomia oclusal anormal, o que resulta na aparência de uma amora. Já a ceratite intersticial ocular não está presente no nascimento, mas desenvolve-se entre os 5 e 25 anos de idade e o olho afetado terá a perda da visão porque a superfície da córnea ficará opacificada (17). Existem outras deformações que também podem ocorrer na sífilis congênita além da tríade de Hutchinson, como deformidade do nariz em sela, palato ogival, bossa frontal, hidrocefalia, retardo mental, gomas e neurosífilis. A Tabela 2 a seguir mostra as taxas de prevalência dos itens citados em um grupo de 271 pacientes afetados a fim de ilustrar a frequência de ocorrência. (9)

Tabela 2 - Estigmas da Sífilis Congênita

| Estígmias da Sífilis Congênita | Número de Pacientes | Afetados (%) |
|---------------------------------|---------------------|--------------|
| Bossa frontal | 235 | 86,7 |
| Maxila atrésica | 227 | 83,8 |
| Palato ogival | 207 | 76,4 |
| Nariz em sela | 199 | 73,4 |
| Molares em amora | 176 | 64,9 |
| Incisivos de Hutchinson | 171 | 63,1 |
| Sinal de Higoumenaki | 107 | 39,4 |
| Prognatismo mandibular relativo | 70 | 25,8 |
| Ceratite intersticial | 24 | 8,8 |
| Rágades | 19 | 7,0 |
| Tíbia em sabre | 11 | 4,1 |
| Surdez do oitavo nervo craniano | 9 | 3,3 |
| Escápula escafoide | 2 | 0,7 |
| Articulação de Clutton | 1 | 0,3 |

Fonte:: 9.

Atuação do Profissional Dentista Contra a Sífilis

Manifestações Oraís da Sífilis

As duas primeiras fases da sífilis não ocasionam lesões orais muito diferentes nos pacientes, sendo que na sífilis primária a superfície epitelial pode ser ulcerada e

na secundária essa superfície pode estar ulcerada ou hiperplásica com grande número de canais vasculares e com a presença de reação inflamatória crônica composta, principalmente, por linfócitos e plasmócitos. (10) Apesar de ter significado diagnóstico, a presença de plasmócito dentro do infiltrado na pele em áreas de ulceração oral é comum e, por isso, não é um pré-requisito para a sífilis. Ainda na sífilis secundária, quando não houver ulceração oral, o epitélio de superfície apresentará hiperplasia com forte espongiose e exocitose e caso seja observado um infiltrado plasmocitário perivascular profundo e denso, pode-se sugerir o diagnóstico da sífilis. Nas duas primeiras fases da doença, o uso de técnicas especiais de impregnação por prata ou reações de imonoperoxidase direcionadas ao treponema, normalmente mostram organismos espiroquetas em forma de saca-rolhas encontrados dentro do epitélio de superfície. Além disso, os micro-organismos também podem ser encontrados nos tecidos através de testes de anticorpos por fluorescência direta. (18)

Já as lesões orais por sífilis terciária apresentam superfície ulcerada com hipereplasia pseudoepiteliomatosa periférica, focos de inflamação granulomatosa com histiócitos e células gigantes multinucleadas. É difícil evidenciar os micro-organismos na fase terciária através de técnicas de coloração especial, porque segundo os pesquisadores, a manifestação oral da sífilis nessa fase é uma reação imune e não uma resposta direta ao *Treponema pallidum*. (9)

Diagnóstico

O diagnóstico da sífilis nos três estágios é feito através de dois tipos de exames, os de microscopia e os sorológicos. O primeiro pretende identificar o agente etiológico da doença, o *Treponema pallidum*, e pode ser realizado através da coleta do exsudato de lesões recentes, através das técnicas de microscopia em campo escuro ou imunofluorescência direta, podendo observar bactérias vivas e móveis. (9) Quanto aos exames sorológicos, existem os com sorologia não treponêmica através do VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e RPR (Reagina Rápida do Plasma) e os com sorologia treponêmica através do FTA-abs (Teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente), TPHA ou MHA-TP (*Treponema pallidum* hemagglutination).(9)

Para o diagnóstico da sífilis congênita deve ser solicitado o hemograma completo, junto do raio-X de ossos longos e exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR). É importante destacar que o VDRL deve ser realizado com o sangue colhido de uma veia periférica e não do cordão umbilical do recém-nascido. Os exames treponêmicos podem ser conclusivos até o 18º mês de vida da criança em razão da transferência passiva de anticorpos maternos. (19)

Geralmente, o exame de sangue é utilizado para detectar outros organismos patogênicos que são congênitos como rubéola, toxoplasmose, citomegalovirose, infecção pelo vírus do herpes e malária, além de outras lesões mais tardias como sarampo, catapora, escarlatina, etc; o que demanda a necessidade de se solicitar as sorologias treponêmicas e as não treponêmicas. (22)

O teste rápido da sífilis é um teste imunocromatográfico, treponêmico e usado unicamente para detectar anticorpos do *Treponema pallidum* e pode ser realizado com material vindo do sangue, soro ou plasma. Na Portaria nº 3.242, de 30 de Dezembro de 2011, o Fluxograma para Pesquisa de Sífilis Utilizando Teste Rápido Treponêmico estabelece os procedimentos a serem seguidos no diagnóstico da sífilis. Caso haja resultado reagente no teste rápido, deverá se coletar amostra por punção venosa e encaminhar para o laboratório para que o Fluxograma Laboratorial para Pesquisa de Sífilis seja realizado. Em alguns casos, pode ser recomendado que, se houver o resultado reagente para o teste rápido, já se inicie o tratamento imediatamente. Esses e outras situações estão descritas no Manual de Teste Rápido para Sífilis. (20)

O exame clínico sistemático da boca constitui foco importante para o reconhecimento de manifestações bucais de inúmeros quadros patológicos gerais. A sífilis deve entrar na lista de diagnósticos diferenciais para as lesões bucais que se apresentam em pessoas que tenham múltiplos parceiros e não utilizem preservativos, independentemente da opção sexual.

Tratamento e Prognóstico

O tratamento da sífilis é feito através de uma avaliação individual do paciente para a determinação da dose e do esquema de administração da penicilina. Esses parâmetros são determinados em função da fase da doença, do envolvimento

neuroológico e do estado imunológico do paciente. Para a sífilis primária, secundária ou latente, por exemplo, uma dose única de penicilina G benzatina parental de ação prolongada deve ser aplicada. Já para a sífilis latente tardia ou terciária, a penicilina intramuscular deve ser administrada três vezes com intervalo de aplicação de uma semana entre as doses. Alguns pacientes podem apresentar alergia à penicilina e, nesse caso, aconselha-se a utilização de doxiciclina, ou ainda a tetraciclina, eritromicina e a ceftriaxona que têm demonstrado atividade antitriponêmica. (20)

Ao iniciar o tratamento, cerca de 50% dos pacientes com sífilis primária e 90% dos que sofrem com sífilis secundária apresentam uma resposta inicial à terapia, efeito conhecido pela reação de Jarisch-Herxheimer, em que ocorre a liberação de endotoxinas quando o antibiótico mata uma grande quantidade de microorganismos. Essa reação começa a ocorrer por volta de 8 horas após a aplicação da primeira injeção de penicilina e, comumente, apresenta sintomas como febre baixa, mal-estar, cefaleia e exacerbação das lesões orais ou cutâneas que logo desaparecem. Alguns profissionais responsáveis pelo tratamento da sífilis primária, secundária e latente recente recomendam o acompanhamento sorológico 6, 12, 18 ou 24 meses depois do seu início. Já as pacientes gestantes devem ser testadas na vigésima oitava semana e no parto, e as crianças nascidas de mães soropositivas são tratadas com a penicilina IV. (24)

O *Treponema pallidum* pode sobreviver aos efeitos do antibiótico quando ele se localiza nos limites dos linfonodos ou no sistema nervoso central (SNC), o que compromete a cura clínica e sorológica através da penicilina. Assim, novos cuidados devem ser tomados, já que a antibioticoterapia pode não resultar na cura total dos pacientes com envolvimento neurológico, mas apenas no controle das manifestações clínicas da infecção (21). Exemplo disso são os pacientes imunossuprimidos, como os portadores de AIDS, que geralmente não respondem bem ao tratamento padrão e permitem a evolução da doença para a neurosífilis, apesar de o tratamento ter demonstrado eficácia com dose única.

Por fim, o aumento recente de casos de sífilis em homossexuais masculinos chama a atenção para o dano à mucosa causada pelas espiroquetas, que fornecem um acesso muito maior à infecção pelo HIV. Por este motivo é recomendado que pacientes diagnosticados com sífilis, especialmente os pertencentes a este grupo, sejam testados também para esta e outras DSTs. (9)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs, como objetivo geral, elaborar um conjunto de elementos para a representação bibliográfica de manifestações orais da sífilis que atendessem aos profissionais de saúde, especificamente de odontologia e indiretamente a comunidade, fortalecendo o intercâmbio de informações e ampliando a disseminação e a socialização dos conhecimentos relacionados à sífilis.

O trabalho não se limitou apenas ao referencial teórico, relacionado a conceitualização da temática. Foi possível apresentar dados de ocorrência de casos regional como também nacional e mundial. É fundamental para destacar a participação do profissional dentista na identificação dos sintomas e direcionar a realização do tratamento, além de disseminar os conceitos da prevenção.

Como foi abordado, apesar de muitas pesquisas relacionadas ao diagnóstico e campanhas de prevenção da sífilis, a frequência de casos aumentou nos últimos anos. É de suma importância o estudante de odontologia ter conhecimento da temática, visto que poderá ter contato com estes pacientes. Nesse sentido, contribui com mais uma ferramenta prática e rápida, que pode auxiliar no desenvolvimento de novas pesquisas e investigações relacionadas a ocorrência de casos de sífilis, como também a prevenção, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Varella D. Doenças e Sintomas: sífilis. [homepage na internet]. 2011 [acesso em 11 jan 2016]. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/sexualidade/sifilis/>>.
2. Garcia FLB. Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás. Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública. [dissertação] [Internet]. Goiânia, 2009 [acesso em 11 jan 2016]. Disponível em: <<https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/FernandaLopes-2009.dpf.PDF>>.
3. Mandal A. Syphilis History. News Medical. [homepage na Internet]. 14 out. 2013 [acesso em 15 jan 2016]. Disponível em: <<http://www.news-medical.net/health/Syphilis-History.aspx>>.

4. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro, 2006; 2 (81):111-126.
5. Vidor AC, Itokazu MCS, Teixeira, MS; Schuh M, Machado CA, Bolze MG, et al. Sífilis. Boletim Epidemiológico [internet]. nov. 2014 [acesso em 15 jan 2016]; (4). Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/27_11_2014_15.27.51.65000f4ee05d4aef9b9faa6b4a8194db.pdf>.
6. Ministério da Saúde (Brasil) Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. [homepage na Internet] DST no Brasil. [acesso em 15 jan 2016]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>>.
7. SINAN NET/SMS. Sistema de informação de agravos de notificação: Patos de Minas. Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. dez. 2015 [acesso em 15 jan 2016]. Disponível em: <<http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf> >. Acesso em: 11 jan. 2016.
8. Casal CAD, Araújo EC, Corvelo TCO. Aspectos imunopatogênicos da sífilis materno-fetal: revisão de literatura. Rev. Par. Med. [periódico na internet]. abr.-jun.2012 [acesso em 15 jan 2016]; 2 (26). Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n2/a3212.pdf>>.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. Patologia Oral e Maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
10. Guidi R. Manifestações Bucais da Sífilis: Estudo Retrospectivo. [dissertação] [Internet]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2007. [Acesso em 31 mar 2015]. Disponível em : [Repositorio.UFU.br/bitstream/123456789/2612/2/Manifestações Bucais sífilis.pdf](http://Repositorio.UFU.br/bitstream/123456789/2612/2/Manifestações%20Bucais%20sífilis.pdf).
11. Nicolau V. Doenças infecciosas: sífilis. [homepage na internet]. 6 jan. 2015 [acesso em: 1 fev. 2016]. Disponível em: <<http://estomatologiaonlinepb.blogspot.com.br/2015/01/sifilis.html>>
12. Noronha ACC, Israel MS, Almeida DCF, Moreira GM, Lourenço SQC, Dias EP. Sífilis Secundária: Diagnóstico a partir de Lesões Oraís. J bras Doenças Sex Transm. [internet]. 2006 [acesso em 15 jan 2016]; 18(3): 190-193. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista18-3-2006/SIFILIS%20SECUNDARIA%20DIAGNOSTICO%20A%20PARTIR%20DAS%20LOSOES%20ORAIS.pdf>>.

13. Bravo TC . Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. Rev Fac Med. UNAM [internet]. nov. - dez, 2003 [acesso em: 2 fev. 2016] 46 (6). Disponível em: <<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-6/RFM46607.pdf>>.
14. Moura R. Sífilis. [homepage na internet]. 9 jun. 2015 [acesso em 2 fev. 2016]. Disponível em: <http://estomatoinapos.blogspot.com.br/2015_06_01_archive.html>
15. Rodrigues CS. Sífilis na Gestação e Puerpério: Oportunidades Estratégicas para a sua Prevenção e Controle, Brasil. 2000 [Tese] [internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2005. [Acesso em 31 mar 2015]. Disponível em : www.bibliotecadigital.ufmg.br/
16. Silami V. Crianç as diagnosticadas com sífilis sobe 34% no país. Notícia Mais. [homepage na internet]. [acesso em 2 fev. 2016]. Disponível em: <<http://noticiamais.blogspot.com.br/2012/10/criancas-diagnosticadas-com-sifilis.html>>.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. [home page na Internet]. Brasília. 2 ed. 2006 [acesso em 14 fev. 2016].
Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>.
18. Valente T, Scalercio M. Diagnóstico da sífilis a partir das manifestações bucais. Rev. Bras. Odont. Rio de Janeiro, jul/dez. 2008; 65 (2): 159-164.
19. Sumikawa ES, Motta LR, Inocêncio LA, Ferreira LAP, Bazzo MI, Franchini M, et. al. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Brasília, 2010 [acesso em 14 fev. 2016]; 100 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50768/manual_sifilis_mio_lo_pdf_53444.pdf>.
20. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Prevenção e atenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): excerto do manual de bolso (Sífilis). [homepage na Internet]. [Acesso em 11 jan 2016].
Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/noticia/2014/56517/prevencao_e_atencao_das_infecoes_sexualmente_tran_37185.pdf>.
21. Leite MCP. Sífilis. Doutor Policlin. [homepage na internet]. [acesso em 15 fev. 2016]. Disponível em: < <http://www.policlin.com.br/drpoli/093/> >

22. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Teste de sífilis. [homepage na Internet]. [Acesso em 11 jan 2016]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/2012/51650>>.

23. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção à demanda espontânea na APS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [homepage na Internet]. [Acesso em 11 jan 2016]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad28.pdf>.

24. Berkow R, Beers MH, Fletcher AJ. Manual Merck de informação médica: saúde para a família. 12 ed. São Paulo: Manole, 2002.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus pela vida.

Agradecemos a nossa família pelo apoio, incentivo e amor.

Agradecemos a Professora da disciplina de metodologia, Nayara.

Agradecemos a nossa orientadora Professora Mayra, pelo ensino, dedicação e paciência. Muito Obrigado!

Agradecemos a Banca Examinadora por, ter aceitado o convite.

E todos que direto ou indiretamente fizeram parte dessa conquista, nosso muito obrigado.