

# SÍFILIS: UMA DOENÇA SISTÊMICA COM MANIFESTAÇÕES ORAIS

*SYPHILIS: A SYSTEMIC DISEASE WITH ORAL MANIFESTATIONS*

**Tissiane Schittino de Souza<sup>1</sup>; Giovanni Augusto Castanheira.Polignano<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Aluna do 5º ano do curso de odontologia do UNIFESO – 2019; <sup>2</sup>Especialista e mestre em Patologia Bucal; docente do curso de odontologia UNIFESO

## Resumo

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível oriunda da bactéria chamada *Treponema Pallidum*. Nos últimos anos, a contaminação voltou em um número preocupante, visto que, a população sabe a importância da prevenção da doença e métodos de prevenção. Ademais, a doença sífilis, pode ser congênita ou adquirida. Quando é congênita, significa o contágio ter sido da mãe para o bebê no útero. A sífilis adquirida, como o próprio nome diz, pode ser contraída, em qualquer fase da vida, sendo, dividida em três fases: primária, secundária ou terciária. Esta doença também se manifesta na cavidade bucal. Cabe ao cirurgião-dentista conhecer e identificar essas manifestações.

Palavras-chave: sífilis; sífilis adquirida; sífilis congênita; manifestações orais.

## Abstract

Syphilis is a sexually transmitted disease derivative from the bacterium *Treponema Pallidum*. In the last years, contamination has returned to a worrying number, as the population knows the importance of disease prevention and prevention methods. In addition, syphilis disease can be congenital or acquired. When it is congenital, it means the contagion was from mother to baby in the uterus. Acquired syphilis, as its name implies, can be contaminate at any stage of life and is divided on three stages: primary, secondary or tertiary. This disease also manifests itself in the oral cavity. It is up to the dentist to know and identify these manifestations.

Key-words: syphilis; acquired syphilis; congenital syphilis; oral manifestations.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, quando se tem relação sexual desprotegida, oriunda de uma bactéria chamada *Treponema pallidum*. Com o avanço da medicina, especialmente a descoberta da penicilina, houve a diminuição de indivíduos contaminados no mundo, porém, nos últimos anos, a contaminação voltou em um número preocupante, visto que, a população sabe a importância da prevenção da doença e métodos de prevenção (SOUZA, 2017).

Acredita-se que, no Brasil, o aumento do número de casos nos últimos cinco anos, foi devido a redução do uso do preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, aprimoramento do sistema de vigilância sanitária, entre outros. Ademais, observou-se o aumento do número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida (BRASIL, 2017).

Outrossim, a doença sífilis, como dito, pode ser congênita ou adquirida. Quando é congênita, significa o contágio ter sido da mãe para o bebê no útero, sendo capaz de causar mal ao bebê, como dentes de Hutchinson, fissuras perioral, paralisia de Parrot, morte do feto depois do quinto mês de gestação e aborto. A sífilis adquirida pode ser primária, secundária ou terciária. Na fase primária, ocorre o aparecimento de cancos (feridas indolores) no local da infecção, este na região genital ou cavidade bucal. A fase secundária, inicia-se entre a segunda e a oitava semana do contágio com manifestações de máculas eritematosas, lesões brancas, quelite angular, pápulas e fissuras. Por conseguinte, na fase terciária, a sífilis está em estágio avançado e acomete o sistema nervoso central e sistema cardiovascular (AVILA; SOLA e GRIMA, 2018).

Á vista disso, o método diagnóstico mais usado para a doença sífilis é o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL), bem como, existam outros disponíveis, sendo o caso do RPR (Rapid Plasm Reagin) (FERNANDES et al., 2017).

O tratamento é feito através da penicilina, não importando a fase em que a doença se encontra (primária, secundária ou terciária), o diferencial é o uso ser em dose única ou semanal (LOPES e MANDUCA, 2018).

Partindo desses pressupostos, este trabalho teve como objetivo principal apresentar a doença sífilis e suas manifestações orais. Os objetivos específicos incluíram: compreender a fisiopatologia da doença e os processos de infecção, apontar as diferenças existentes nas fases da doença e nas respectivas manifestações orais e sistêmicas, descrever os principais métodos de diagnóstico, apresentar as principais formas de tratamento.

## REVISÃO DE LITERATURA

### História da Sífilis

Na Europa, no final do século XV, foram relatados os primeiros casos de sífilis. Nessa época, acontecia a volta de Colombo do Novo Mundo dando origem a hipótese de que a sífilis tenha sido introduzida na Europa através da tripulação de Cristóvão Colombo. Em 1547, uma doença inglesa chamada de “Morbus Gallicus” parece descrever a sífilis referindo a transmissão onde diz que a doença é adquirida quando uma pessoa “pustulenta” se relaciona sexualmente com a outra (TORTORA; FUNKE e CASE, 2017).

Em 3 de março de 1905, foi registrado a descoberta do *Treponema pallidum*, por Fritz Richard Schaudinn e Paul Eric Hoffmann, os quais foram influenciados por John Siegel (médico que em 1905, identificou o agente etiológico da sífilis em um protozoário por ele denominado *Cytorrhycles luis*). Sendo, a descoberta encarada como dúvida, o que acarretaram novas investigações conduzidas pelo zoologista Schaudinn e pelo dermatologista Hoffmann (SOUZA, 2005).

### Sífilis no Brasil e no mundo

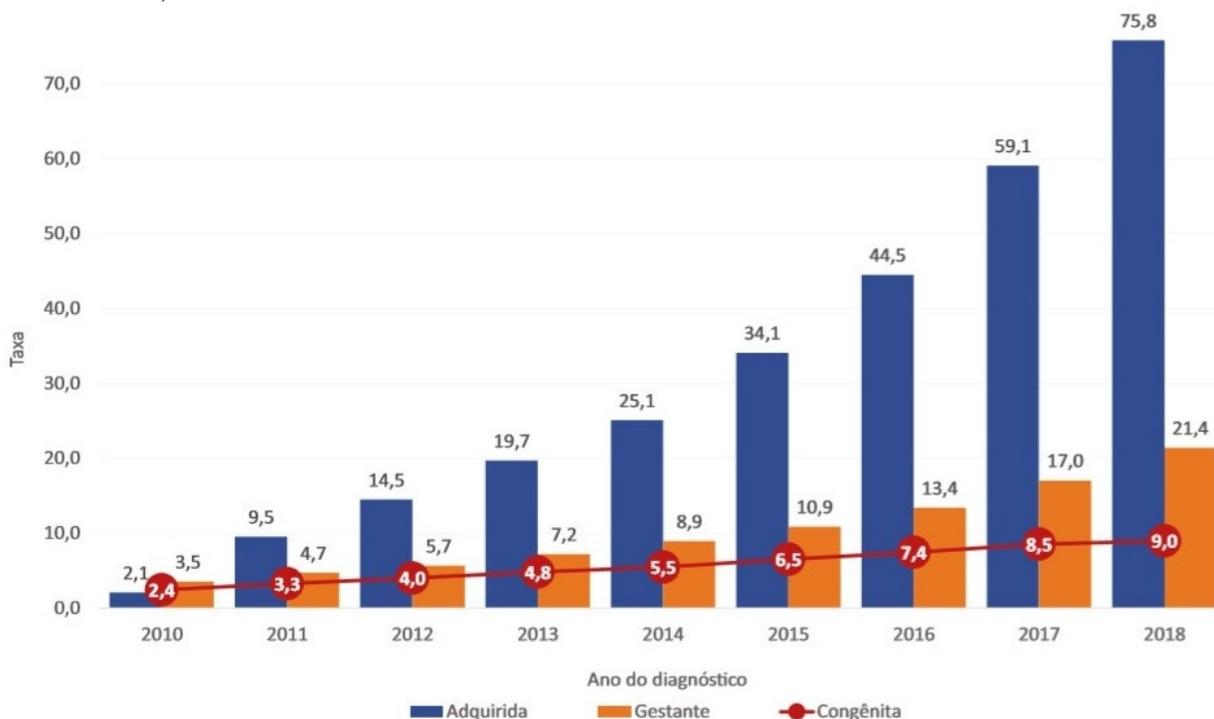
A sífilis é uma doença milenar. Apesar de estar presente na humanidade há muito tempo, continua sendo um desafio aos sistemas de saúde a sua total eliminação. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, essa doença afeta aproximadamente 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Todavia, no Brasil, no ano de 2016, a sífilis foi considerada um preocupante problema de saúde pública (BRASIL, 2018).

No gráfico abaixo (Figura 1), observa-se a evolução das taxas de sífilis de 2010 a 2018. 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. A sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória

desde 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 34,1 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018 (BRASIL, 2019).

**Figura 1:** Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018.



Fonte: Brasil (2019).

Conforme o Boletim Epidemiológico da Sífilis, publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ministério da Saúde, no ano de 2018, foram notificados os seguintes dados: 158.051 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 75,8 casos/100.000 habitantes); 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) (BRASIL, 2019).

Ademais, a população mais afetada pela sífilis, no Brasil em 2018, são as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos. De todos os casos advertidos de sífilis adquirida e em gestantes, esse grupo representa 13,8% de todos os casos de sífilis adquirida e em gestantes. As mulheres, quando comparado por sexo, de 20 a 29 anos atingem 24,4% do total de casos advertidos, enquanto os

homens nessa mesma faixa etária representaram apenas 16,1% (BRASIL, 2019).

Novamente, segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis no Brasil, em 2018, dentro do número total de casos notificados que foram de 158.051 casos, a região em que se registrou maior número foi na Região Sudeste, com 71.842, o que equivale a 45,5%. Nas demais regiões, foi observado 36.808 (23,3%) na Região Sul, 26.644 (16,9%) na Região Nordeste, 12.855 (8,1%) na Região Centro-Oeste e 9.890 (6,3%) na Região Norte. (BRASIL, 2019).

Seguindo no ano de 2018, dentro do número total de casos notificados de sífilis em gestantes, que foi de 62.599, a região que registrou o maior número de casos também foi a Região Sudeste, 28.103 (44,9%), enquanto, 14.705 (23,5%) no Nordeste, 9.153 (14,6%) no Sul, 5.675 (9,1%) no Norte e 4.953 (7,9%) no Centro-Oeste (BRASIL, 2019).

Dentro dos 26.219 casos notificados de sífilis congênita, em 2018, repetidamente, a maioria continua na Região Sudeste com 42,5%, seguidos pelo Nordeste 30,0%, Sul 13,5%, Norte 8,4% e Centro Oeste 5,6% (BRASIL, 2019).

### Sífilis primária

Após 10 a 90 dias do contágio da sífilis, o primeiro sinal da doença é a formação de um cancro ou úlcera no local da infecção. O cancro é pequeno, indolor, de base endurecida e um exsudato seroso altamente infeccioso forma-se no centro. Essa lesão desaparece em algumas semanas e por nenhum desses sintomas causarem desconforto, o cancro é passado despercebido, principalmente nas mulheres, que, com frequência, localiza-se no útero. Ou seja, a mulher não consegue observar nem sentir. Nos homens, o cancro pode aparecer na uretra e também passar despercebido por não ser um local visível. Entretanto, é durante essa primeira fase da doença que as bactérias invadem a corrente sanguínea e o sistema linfático, sendo transportadas pelo corpo (TORTORA; FUNKE e CASE, 2017).

Na fase primária, quando o cancro surge na boca (Figura 2 e 3), pode manifestar-se em qualquer superfície mucosa. Todavia, as regiões de maior predileção são lábios, mucosa jugal, língua, palato e tonsilas. Lembrando que, também é acompanhado de adenopatia regional não supurativa, móvel, geralmente indolor e múltipla, podendo ser dolorosa quando há uma infecção secundária. Se a localização for nos lábios, o aspecto do cancro provavelmente seja crostoso e acastanhado. Na ocasião em que há a presença de múltiplos cancras na região do contágio, frequentemente o paciente está infectado com o vírus HIV, visto que a lesão sifilítica possibilita o aumento do risco de infecção pelo HIV em quatro vezes (KALININ; NETO e PASSARELLI, 2016).

**Figura 2:** Cancro na língua.



Fonte: Internet.

**Figura 3:** Cancro no lábio



Fonte: Neville (2019).

### Sífilis secundária

Outrossim, quando há o desatento e a sífilis não é tratada no seu estágio inicial, a segunda fase da doença aparece entre seis semanas e seis meses, posteriormente, a infecção inicial. Inclusive, o cancro da sífilis primária ainda pode estar presente no local quando se inicia as manifestações da sífilis secundária. Dessa vez, na palma das mãos e na sola dos pés, ocorre uma erupção na pele, não irritável e uniformemente distribuída, podendo ser papular, papulo-escamosa ou macular (Figura 4 e 5). É observado também, com essa erupção, febre, dor de cabeça, mal-estar e linfadenopatia. Na região da vulva ou região perianal, manifesta-se como condiloma lata, por serem áreas quentes e úmidas, a erupção é maior e forma uma estrutura elevada, lembrando a uma verruga. Nas regiões mucosas, há o aparecimento de lesões superficiais brancas acinzentadas serpiginosas, conhecidas como úlceras em “rastro de caracol” (DIAS, 2018).

**Figura 4:** erupção eritematosa na palma da mão.



Fonte: Internet.

**Figura 5:** erupção eritematosa na sola do pé.



Fonte: Neville (2009).

Com a volta da sífilis em números alarmantes, novas manifestações da fase secundária foram descritas. No meio das manifestações menos comuns podemos citar o acometimento renal. Caracteriza-se em geral por proteinúria ou síndrome nefrótica, tendo rápida resposta à penicilina. Outra aparição na sífilis secundária é a hepatite sífilítica. Ela pode ser assintomática, ou sintomática, se apresentando como dor abdominal em quadrante superior direito. A biópsia hepática evidencia inflamação periportal não específica e ocorre como resultado direto do dano pela bactéria ou por depósito de imunocomplexos. Outras manifestações gastrointestinais da sífilis incluem gastropatia e proctite que podem coexistir com a hepatite (ROMEIRO, PORTO e REIS, 2018).

Nessa fase, na boca, são observadas placas mucosas, com bordas de membrana esbranquiçada, erosões dolorosas, ovais, serpiginosas, levemente elevadas e eritematosas (Figuras 6, 7 e 8). Contudo, essas lesões ocorrem devido a áreas com espongiose e exocitose intensas. Também é observado na sífilis secundária, o surgimento de condiloma lata, com características muito semelhantes às placas mucosas, porém, com superfície firme e nodular (Figura 9). No decorrer de dois anos, a sífilis secundária alterna entre períodos de início e remissão dos sintomas, até que um grande período de latência aconteça. A reativação da doença corresponde a terceira fase (BORTAYRO et al, 2017; PAIVA; CALONE e MEDEIROS, 2018).

**Figura 6:** placa mucosa no lábio.



Fonte: Neville (2009).

**Figura 7:** placa mucosa no palato.



Fonte: Neville (2009).

**Figura 8:** úlcera papulosa no palato.



Fonte: Navazo-Eguia et al (2017).

**Figura 9:** condiloma lata na língua.



Fonte: Neville (2009).

### Sífilis terciária

Podemos chamar de terceira fase da sífilis quando a doença atinge outros órgãos de forma severa. A sífilis gomata é descrita por gomas, que apresentam-se como massas de tecido com aspecto emborrachado em uma forma de inflamação progressiva (Figuras 10 e 11). Acomete vários órgãos, geralmente, pele, membranas mucosas e os ossos, destruindo os tecidos. Também é encontrado nessa fase, a sífilis cardiovascular, na qual consiste no enfraquecimento da artéria aorta. Ainda, nessa fase, a neurosífilis, afeta o sistema nervoso central, onde o paciente sofre alterações de personalidade e outros sinais de demência, perda de coordenação de movimento voluntário, convulsões, perda da capacidade e utilização da fala, perda da visão ou audição e paralisia parcial (TORTORA; FUNKE e CASE, 2017).

**Figura 10:** goma cutânea na mão.



Fonte: Internet

**Figura 11:** sífilis gástrica.

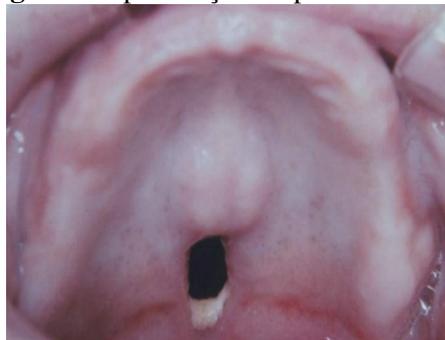


Fonte: Chadu (2018).

Entretanto, as manifestações orais da sífilis terciária, acometem o palato e língua. As gomas que atingem o palato, normalmente aparece uma perfuração em direção á cavidade nasal, dando sinais clínicos de voz anasalada ou queixa de comunicação oronasal (Figura 12). A lesão localizada na língua é de um aspecto aumentado, com forma irregular e lobulada (glosite intersticial). E também, atrofia difusa e

perda das papilas dorsais (glosite luética) (KALININ; NETO e PASSARELLI, 2016).

**Figura 12:** perfuração no palato.



Fonte: Neville (2009).

### Sífilis congênita

A sífilis congênita é passada de mãe para filho através da transmissão placentária do *Treponema Pallidum*. Entretanto, a sífilis congênita quase sempre resulta aborto, feto morto no nascimento ou bebê com malformação congênita. O bebê infectado irá apresentar sintomatologia no nascimento ou a partir da segunda semana de vida, são elas: crescimento retardado, anemia, febre, rinite, erupções vesículo-bolhosas, rágades, úlceras cutâneas, rash cutâneo e hepatoesplenomegalia (Figura 13) (SCALERCIO; ISRAEL e RAMOS, 2008).

Além disso, uma das primeiras manifestações no período neonatal do bebê é a rinite sífilítica. Consiste na inflamação da mucosa nasal que pode destruir o osso e a cartilagem que formam o septo nasal, interferindo no desenvolvimento normal da região do dorso nasal, acarretando como consequência, o nariz em forma de sela. O nariz em forma de sela, prejudica o desenvolvimento normal do osso, ocasionando a formação de um perfil côncavo para o terço médio da face, denominada de aparência em forma de prato-raso (Figura 14) (NORONHA et al, 2006).

**Figura 13:** rash cutâneo.



Fonte: Internet.

**Figura 14:** nariz em forma de sela.

Fonte: Internet.

Devido a reação inflamatória submetida pelo *Treponema Pallidum*, as manifestações orais encontradas na sífilis congênita são dentes de Hutchinson, perda prematura de dentes decíduos e a perfuração do palato. O defeito dentário chamado dentes de Hutchinson, é uma falha no desenvolvimento da coroa dentária algumas semanas depois do nascimento ou no espaço de desenvolvimento tardio dos dentes, lembrando que, só há confirmação com a erupção dos incisivos permanentes e primeiros molares, por volta dos 6 anos de idade (Figura 15). O primeiro molar permanente lembra uma amora, por sua anatomia oclusal ser irregular, com diferentes relevos globulares desorganizados que recordam a face de uma amora (Figuras 16) (TEIXEIRA, 2018).

**Figura 15:** incisivos de Hutchinson

Fonte: Neville (2009).

**Figura 16:** molar em amora.

Fonte: Neville (2009).

### Diagnóstico da sífilis

O diagnóstico da sífilis não é feito somente com exame laboratorial. Consiste na história clínica, exame físico intra e extra oral, anatomopatológico e sorológicos, sendo estes não treponêmicos e treponêmicos. Lembrando que, exame histopatológico é complementar aos exames sorológicos visto que a presença de acantose irregular do epitélio oral, exocitose de linfócitos e neutrófilos são sugestivas de diagnóstico de sífilis (COSTA e RESTON, 2018).

### Testes não treponêmicos

No diagnóstico da sífilis, na investigação inicial, os testes não treponêmicos são realizados. Sendo, os mais empregados: RPR (Rapid Plasma Reagin), TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test) e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) (ROMEIRO, PORTO e REIS, 2018).

Os testes chamados de não treponêmicos identificam anticorpos IgM e IgG, contra o material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da doença sífilis e também contra a cardiolipina liberada pelos treponemas, desenvolvidos pelo organismo do hospedeiro. Contudo, esse teste é baseado através da ligação de anticorpos não treponêmicos com estruturas tituladas micelas, geradas a partir de uma suspensão antigênica formada por uma solução alcoólica contendo colesterol, cardiolipina e lecitina purificada. A ligação de anticorpos com várias micelas resulta em uma floculação. Este tipo de teste pode ser qualitativo ou quantitativo, sendo, o qualitativo, indica a presença ou ausência de anticorpos na amostra. Entretanto, o quantitativo, possibilita a determinação do título de anticorpos das amostras que tiveram resultados reagentes nos testes qualitativos e também o monitoramento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2015).

### Testes treponêmicos

Por conseguinte, os testes treponêmicos identificam anticorpos IgM e IgG contra componentes celulares do *Treponema pallidum*. São testes específicos e úteis para confirmação do diagnóstico. Esse tipo de teste utiliza lisados completos de células de *Treponema pallidum* ou antígenos recombinantes (BRASIL, 2015).

São testes treponêmicos:

- Ensaio imunológico com revelação quimio-luminescente e suas derivações – EQI (quimio-luminescência);
- Ensaio imunoenzimático (ELISA – Enzyme-Linked Immunosorbent Assay);
- Testes de Hemaglutinação e aglutinação passiva (*T. pallidum* Haemagglutination test – TPHA; Micro-Haemagglutination Assay for *T. pallidum* – MHATP; *T. pallidum* Passive Particle Agglutination test – TPPA);
- Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibody-absorption);
- Testes imunocromatográficos - Testes rápidos;

### TRATAMENTO

Para o tratamento da sífilis, é utilizado a penicilina benzatina. A penicilina benzatina tem como ação, interferir a síntese do peptidoglicano, que é componente da parede celular do *Treponema pallidum*, portanto, a água entra no *Treponema*, o que acaba por destruí-lo. Lembrando, a quantidade e variante das doses de penicilina irá alternar de acordo com as fases da sífilis. Entretanto, outros fármacos têm sido utilizados para substituir a penicilina, tais como, eritromicina, azitromicina e tetraciclina, porém, esses fármacos de segunda escolha, não possuem a mesma eficácia ao da penicilina (KALININ; NETO e PASSARELLI, 2016).

O fármaco que vem sendo bastante utilizado no SUS em pacientes (menos gestantes) que apresentam reações alérgicas à penicilina, é a doxicilina, na forma farmacêutica comprimido e na concentração de 100mg de 12 em 12 horas, por 15 dias na sífilis primária e por 30 dias na sífilis secundária e terciária (BRASIL, 2015).

Por conseguinte, existem diferentes doses de penicilina benzatina para cada fase da doença sífilis. Na sífilis primária, dose recomendada é de 2.400.000UI, IM, dose única. Nos casos de sífilis secundária, penicilina benzatina 4.800.000UI, IM, em duas doses semanais de 2.400.000UI. Já na sífilis terciária, recomenda-se penicilina benzatina 7.200.000UI, IM, em três doses semanais de 2.400.000UI. Ainda que, o tratamento seja bastante eficaz, pode ocorrer insucesso do fármaco durante o tratamento, tornando-se aconselhado que o paciente refaça os exames sorológicos pelo tempo de seis a doze meses seguintes. Todavia, para o tratamento da

neurossífilis é usada a penicilina cristalina, por esta ter a competência de atravessar a barreira hemato-encefálica. A dose utilizada é de 3 a 4.000.000UI, por via endovenosa, no intervalo de 4 em 4 horas no total de 18 a 24.000.000UI/dia durante um período de 10 a 14 dias (SIQUEIRA, 2012).

### DISCUSSÃO

De acordo com Israel, Scalercio e Ramos (2008) e Kalinin, Neto e Passarelli (2016), a transmissão da sífilis pode ocorrer de muitas formas dentre as quais: contato sexual desprotegido com pessoa contaminada, via hematogênica e através do contato direto com a mucosa, sangue ou saliva de pacientes infectados contendo lesões primárias ou secundárias.

Por conseguinte, Neville (2009) e Tortora, Funke e Case (2017), afirmam que a sífilis primária é caracterizada pelo cancro, que se desenvolve na área de inoculação, tornando-se clinicamente evidente até 90 dias após a exposição inicial. A lesão oral apresenta-se pequena, como uma úlcera de base clara e indolor e desaparece rapidamente.

Posteriormente, Bortayro et al. (2017) e Paiva, Calone e Medeiros (2018), alegam que na fase da sífilis secundária, na cavidade bucal, são observadas placas mucosas, com bordas de membrana esbranquiçada, erosões dolorosas, ovais, serpiginosas, levemente elevadas e eritematosas e o condiloma lata.

Ademais, Romeiro, Porto e Reis (2018), declaram que, com a volta da sífilis, novas manifestações da fase secundária foram descritas. No meio das manifestações é citado acometimento renal e, também, a hepatite sífilítica. Outras manifestações gastrointestinais da sífilis incluem gastropatia e proctite que podem coexistir com a hepatite.

Em controvérsia, Siqueira (2012) diz na sífilis primária, a dose recomendada é de 2.400.000UI, IM, dose única. Nos casos de sífilis secundária, penicilina benzatina 4.800.000UI, IM, em duas doses semanais de 2.400.000UI. Já na sífilis terciária, recomenda-se penicilina benzatina 7.200.000UI, IM, em três doses semanais de 2.400.000UI. Enquanto, Lopes e Manduca (2018) afirmam na sífilis primária e sífilis secundária, tratar com Penicilina G benzatina, 2.400.000UI dose única. Sífilis terciária tratar com Penicilina G benzatina, 7.200.000UI, dividido em três doses semanais.

Costa e Redston (2018), afirmam que além do exame laboratorial como método de diagnóstico, existem outros meios, como a história clínica, exame físico intra e extra oral, anatomopatológico e sorológicos. Além do mais, o exame histopatológico é complementar aos exames sorológicos visto que a presença de acantose irregular do epitélio oral, exocitose de linfócitos e neutrófilos são sugestivas de diagnóstico de sífilis.

## CONCLUSÃO

- A sífilis é considerada uma doença milenar, que teve os seus primeiros relatos na tripulação do navio de Cristovão Colombo. Apesar de ser uma doença muito antiga e seu método de prevenção e tratamento serem simples, nunca foi erradicada, pelo contrário, a cada ano que passa o número de casos aumenta no Brasil e no mundo. À vista dessa situação preocupante, o cirurgião-dentista tem um papel de extrema importância na suspeita, diagnóstico e identificação da fase da sífilis através de manifestações orais da doença, uma vez que, a cada fase da doença são manifestações diferentes.
- Na primeira fase aparece o cancro duro, geralmente uma lesão ulcerada e indolor. Na fase secundária normalmente a lesão que se apresenta em boca são as placas mucosas, podendo ocorrer em qualquer superfície mucosa, desde a gengiva, língua e até a orofaringe. Logo, na fase terciária na maioria das vezes as gomas afetam tanto língua como palato, sendo, nesse último pode ocorrer a perfuração do osso palatino, acontecendo a comunicação oronasal.
- O método diagnóstico mais usado para a doença sífilis é o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL), bem como, existam outros disponíveis, sendo o caso do RPR (Rapid Plasm Reagin).
- O tratamento do paciente deve ser feito com penicilina benzatina, como fármaco de primeira escolha (caso o paciente não tenha alergia a este medicamento) e a sua dosagem é de acordo com a fase que o paciente se encontra e com o tipo de lesão encontrada.

## REFERÊNCIAS

1. ÁVILA, I. J. M.; SOLA, J. M. ; GRIMA, L.

G. Lesiones orales de sífilis secundaria limitada a la cavidad oral. Informe de un caso. **Rev Asoc Odontol Argent**, Argentina, v.106, n.1, p. 30-34, enero/abr. 2018

2. BORTAYRO, M. J. P. et al. Dificultad en el diagnóstico de una Infección de Transmisión Sexual cada vez más frecuente. **Claves de Odontología**, Córdoba, Argentina, v. 75, p. 57-64. 2017.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Testes para diagnóstico da sífilis**. Brasília. n. 159, p. 4-5. 2015.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Doxicilina para o tratamento da sífilis**. Brasília. n. 157, 2017.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, v. 49, p. 43. 2018.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, Brasília, v. 48, n. 36. 2017.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**. Brasília, n. 1, p. 09-20. 2019.

8. COSTA, D. A. A.; RESTON, R. J. A sífilis oral nos dias atuais: uma revisão. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) – Universidade de Uberaba, Uberaba, 2018.

9. DIAS, A. P. S. L. et al. A syphilis in the current brazilian scenario: na analysis of the literature. **Scientific Journal**, v.01, n.02, p. 1-21, Apr/Jun, 2018.

10. FERNANDES, A. A. S. et al. Prevalência de resultados positivos de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e análise das variáveis epidemiológicas em pacientes atendidos no serviço de saúde pública. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 3, p. 383-390, out./dez. 2017.

11. KALININ, Y.; NETO, A. P.; PASSARELLI, D. H. C. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto**, v. 23, n. 45, p. 65-76, 2016.

12. LOPES, H. H.; MANDUCA, A. V. G. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 1, p. 58-61, abril. 2018.

13. NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

14. NORONHA, A. C. C. et al. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. **DST –**

**J bras Doenças Sex Transm**, v.18, n.3, p190-193, 2006.

15. PAIVA, J. P. G.; CALONE, I. S.; MEDE-RIOS, N. E. Exclusively oral manifestation of secondary syphilis **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 30, n. 3, p. 107-110, 2018.

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

17. SCALERCIO, T M.; ISRAEL, M.; RAMOS, M. E. Diagnóstico da sífilis a partir das manifestações bucais. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p.159-164, jul./dez. 2008.

18. SIQUEIRA, C. S.. **Diagnóstico de sífilis em lesões orais: estudo comparativo utilizando técnicas histoquímicas e imuni-histoquímicas**. 2012. Tese (Doutorado em Patologia

e Estomatologia Básica e Aplicada) – Faculdade de Odontologia de Universidade de São Paulo.

19. SOUZA, B. C. Manifestações clínicas orais da sífilis. **RFO**, Passo Fundo, v. 22, n. 1, p. 82-85, jan/abr. 2017.

20. SOUZA, E. M. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. **An Bras Dermatol**, v. 80, n.5, p. 547-548, ago. 2005.

21. TEIXEIRA, F. M. **Sífilis: manifestações orais**. 2018. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.

22. TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C.L. **Microbiologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713549/>. Acesso em: 14 mai. 2019.