

SÍFILIS COM MANIFESTAÇÕES ORAIS: IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO- DENTISTA NO DIAGNÓSTICO E CONDUÇÃO DO TRATAMENTO

Syphilis with oral manifestations: importance of the dentist in the diagnosis and conduction of treatment

Ana Paula de Melo Batista

Cirurgiã-dentista - Centro Universitário São José

Ana Carolina da Silva Souto

Graduanda em Odontologia - Centro Universitário São José

Brenda de Souza Borba

Graduanda em Odontologia - Centro Universitário São José

Flávia Martins de Souza da Silva

Cirurgiã-dentista – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Rhayany de Castro Lindenblatt Ribeiro

Professora de Estomatologia, Patologia Bucal, Diagnóstico Bucal e Patologia Geral – Odontologia (UniSãJosé)
Doutora e Mestre em Patologia Bucal – UFF
Especialista em Estomatologia –OCEX
doutora@drarhaylind.com.br

RESUMO

A sífilis é uma doença sistêmica, infecciosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A doença pode afetar qualquer órgão do corpo e sem o tratamento adequado pode resultar em problemas neurológicos, cardiovasculares ou ósseos. Nos últimos anos, mesmo havendo protocolos e recomendações bem estabelecidos, houve um ressurgimento significativo da sífilis. A sífilis apresenta três estágios clínicos. O estágio primário da doença pode se manifestar em aproximadamente 90 dias após a exposição e ter uma remissão espontaneamente dentro de 2 a 8 semanas. A sífilis primária se caracteriza com uma lesão inicial, cancro, que se desenvolve no local de exposição. O estágio secundário ocorre entre 2 e 12 semanas após a exposição inicial. Essa fase é resultante da disseminação hematológica e linfática da infecção. O estágio terciário ou tardio da sífilis pode se manifestar em 3 anos ou mais, após a exposição. Nessa fase pode haver o comprometimento do sistema nervoso central. As lesões orais da sífilis podem ser múltiplas e com características diversas, o que aumenta a complexidade do diagnóstico. As manifestações mais comuns são placas cinzentas, úlceras com bordas irregulares e esbranquiçadas, placas mucosas, nódulos, manchas e erosão. A sífilis apresenta aspecto clínico inespecífico sendo mimetizadora de outras condições. Portanto, é fundamental que o profissional conheça os possíveis diagnósticos diferenciais. A análise do exame clínico associado com exame físico e ensaios sorológicos normalmente permite o diagnóstico da doença. O cirurgião-dentista deve conhecer as manifestações mais comuns de sífilis na mucosa oral para auxiliar no diagnóstico e tratamento da doença.

Palavra Chaves: Sífilis, Sistêmica, Manifestação Oral.

ABSTRACT

Syphilis is a systemic, infectious disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*. The disease can affect any organ in the body and without proper treatment can result in neurological, cardiovascular or bone problems. In recent years, even with well-established protocols and recommendations, there has been a significant resurgence of syphilis. Syphilis has three clinical stages. The primary stage of the disease may manifest within approximately 90 days after exposure and have a remission spontaneously within 2 to 8 weeks. Primary syphilis is characterized by an initial lesion, cancer, which develops at the site of exposure. The secondary stage occurs between 2 and 12 weeks after the initial exposure. This stage results from the hematological and lymphatic spread of the infection. The tertiary or late stage of syphilis may manifest itself in 3 years or more after exposure. At this stage there may be central nervous system involvement. Oral lesions of syphilis can be multiple and with diverse characteristics, which increases the complexity of the diagnosis. The most common manifestations are gray plaques, ulcers with irregular and whitish borders, mucous plaques, nodules, spots and erosion. Syphilis presents a nonspecific clinical aspect, mimicking other conditions; therefore, it is fundamental that the professional knows the possible differential diagnoses. The analysis of the clinical examination associated with physical examination and serological tests usually allows the diagnosis of the disease. The dentist should know the most common manifestations of syphilis in the oral mucosa to assist in the diagnosis and treatment of the disease.

Keywords: Syphilis, Systemic, Oral Manifestation

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sistêmica bacteriana causada pelo *Treponema Pallidum*. As principais vias de transmissão desta infecção são as sexualmente transmissíveis ou vertical de mãe para filho (8).

Segundo NEVILLE et al, a infecção tem como principal via de disseminação o contato sexual e o paciente só é considerado altamente infeccioso nos dois primeiros estágios da doença. Após a transmissão, a doença pode evoluir em três estágios com características e sintomas diferentes. Após o contato com a bactéria, a manifestação intra-oral da sífilis ocorre no período de 3 a 90 dias, se tornando evidente ao exame clínico a lesão inicial que é denominada cancro. Essa lesão é característica da sífilis primária. Os cancos se apresentam na sua maioria de forma solitária, são assintomáticos e têm seu desenvolvimento na área de inoculação. É comum o paciente não buscar tratamento dessa lesão inicial por não sentir dor. Mesmo sem tratamento, a cicatrização acontece entre três a oito semanas após esse período (7).

De acordo com NORONHA et al, a sífilis secundária representa a evolução de um caso de sífilis primária não tratada. A lesão secundária pode se manifestar de quatro a dez semanas após a infecção inicial, ou antes, mesmo da resolução completa das lesões iniciais. Na sífilis secundária, ocorre disseminação da infecção por via hematológica e linfática. Assim, durante esse estágio é comum o paciente apresentar sintomas cutâneos, mucosos e sistêmicos, tais como: perda de peso, febre, dor de garganta, podendo levar ou não ao aumento no volume dos linfonodos, mal-estar e cefaleia (7).

Na cavidade oral, uma das principais características do estágio secundário é o surgimento de placas mucosas e de roséolas sifilíticas. Em um espaço de tempo de três a doze semanas ocorre a resolução natural, porém pode haver o reaparecimento dessas lesões no ano seguinte. A fase seguinte é a de latência, que pode durar de um a trinta anos, podendo ter o desenvolvimento da sífilis terciária (7).

O estágio terciário é o mais perigoso da doença, pois existe a chance do envolvimento do sistema nervoso central e o sistema vascular. É específico nessa fase focos de inflamação granulomatosa, chamada de goma, sendo essa lesão responsável pela destruição tecidual (7).

O diagnóstico das lesões orais oriundas da sífilis se torna complexo pelo fato de serem múltiplas e por ter uma diversidade de características. Por isso, é de extrema importância que o cirurgião-dentista esteja capacitado para reconhecer essas manifestações, a fim de realizar um diagnóstico e tratamento precoce. A obtenção do diagnóstico é feita através da análise do exame clínico e o resultado do hemograma e do teste sorológico (VDRL e FAT-ABS) (9).

O tratamento é feito com antibiótico e o de eleição é a penicilina G benzatina. Caso o paciente tenha alguma alergia a esse medicamento, a opção de escolha é a tetraciclina. Contudo, é necessário que a abordagem terapêutica seja individualizada para um melhor prognóstico e tenha um acompanhamento médico para avaliar a efetividade do tratamento (3).

Esse artigo tem o propósito de abordar o caso clínico de um paciente do sexo masculino, com 40 anos, no qual o diagnóstico de sífilis foi realizado por meio da presença de lesões em mucosa oral.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 40 anos, casado, procurou atendimento na clínica de Estomatologia das Faculdades São José devido à queixa do aparecimento de lesões orais com evolução de 30 dias. O paciente apresentava também dor de garganta, febre baixa (38°C), mal-estar e linfadenopatia cervical há 15 dias. Durante a anamnese, o paciente negou alterações sistêmicas relevantes, alergias medicamentosas e vícios. O exame físico intra-oral revelou duas áreas leucoplásicas, sem sintomatologia, em borda lateral esquerda de língua (Figura 3). Foram observadas também lesões ulceradas em mucosa labial inferior nos lados direito e esquerdo (Figuras 1 e 2). Devido às características clínicas das lesões e aos sintomas apresentados pelo paciente, a hipótese diagnóstica foi de infecção por sífilis. Visto que as lesões apresentadas eram possíveis placas mucosas (língua) e cancros (lábio). Foram solicitados exames laboratoriais de rotina e o teste sorológico VDRL. Os resultados acusaram a presença de quadro infeccioso e o VDRL apresentou titulação 1:256. Nesse sentido, foi também solicitado sorologia para HIV, Hepatites B e C e o FTA-ABS para confirmação do diagnóstico de sífilis. Todas as sorologias foram negativas para infecções virais, mas o FTA-ABS confirmou a infecção por sífilis. Assim, para o tratamento foi prescrito Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, 1.200.000 UI/semana por duas semanas. O paciente retornou após três meses da terapêutica realizada para acompanhar a eficácia da mesma, apresentando valor para o VDRL de 1:64, o que comprovou o resultado satisfatório do tratamento (Figuras 4-6).



Figura 1 e 2: Lesão de sífilis primária (cancro) bilateral na mucosa labial inferior.



Figura 3: Placas mucosas em borda lateral esquerda de língua

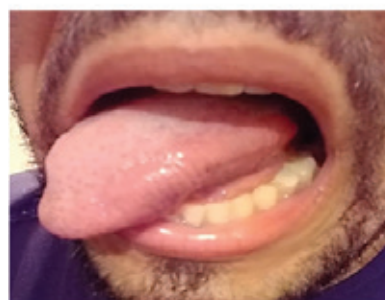
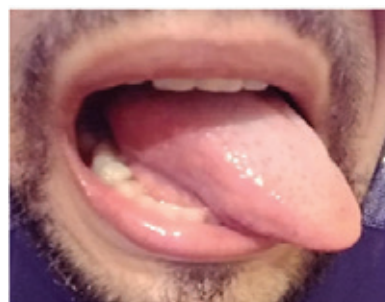


Figura 4 e 5: Mucosa lingual após realizar tratamento. Ausência de lesões.

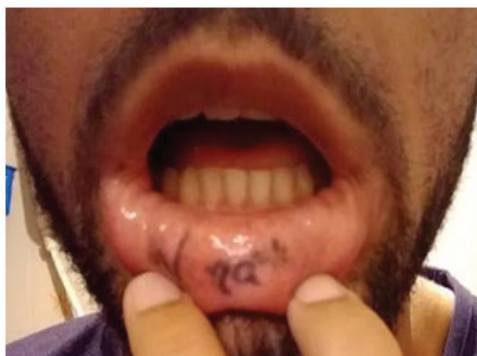


Figura 6: Mucosa labial após tratamento. Ausência de lesões

DISCUSSÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ter como primeiro local de manifestação a cavidade bucal. O cancro, lesão da fase primária da sífilis, corresponde ao local de penetração do *Treponema pallidum*, sendo, portanto, encontrado com maior frequência na região anogenital, mas quando o contágio se dá por contato orogenital, pode ser observado também na cavidade bucal (7).

Clinicamente a lesão oral apresenta-se como uma úlcera de base clara e indolor, tendo como localizações preferenciais o lábio inferior, a borda posterior de língua e o assoalho bucal. Já no estágio secundário, a disseminação da infecção ocorre pelas vias hematológicas e linfáticas, tendo como lesões características a placa mucosa e as roséolas sífilíticas. A lesão da sífilis secundária pode surgir antes da resolução completa da lesão primária. No presente caso clínico, as lesões de cancro foram vistas na mucosa do lábio inferior, estando uma à direita e outra à esquerda. O paciente apresentava simultaneamente as lesões de cancro, sendo elas bilateral na mucosa labial inferior, e placas mucosas, localizadas em borda lateral esquerda de língua.

A goma, lesão granulomatosa presente na fase terciária da doença, apresenta-se preferencialmente em palato duro ou língua. No palato duro, a goma começa na forma de nódulo endurecido, que ulceram posteriormente, levando à grande destruição tecidual (7). No caso clínico relatado, o paciente não chega a ter essa evolução mais grave da doença.

Já a glossite intersticial ou glossite luética, presente também na fase terciária, é considerada uma lesão pré-maligna, aumentando cerca de quatro vezes o risco para o desenvolvimento do carcinoma de células escamosas. Segundo LITTLE, em 2005, a glossite intersticial foi considerada uma lesão de potencial maligno por antigamente ter sido utilizado agentes carcinogênicos, como o arsênio e metais pesados, para o tratamento da sífilis. O paciente deste estudo não apresentou lesão que sugerisse a presença de glossite luética.

Para o alcance do diagnóstico definitivo, há necessidade de exames sorológicos que mostram após as três semanas iniciais que o paciente apresenta sífilis apenas no decorrer das duas primeiras fases, uma vez que o exame histopatológico permite a observação somente de intenso infiltrado inflamatório plasmocitário, achado este considerado inespecífico. No caso relatado, foi solicitado o teste sorológico VDRL. Esse teste identifica anticorpos que o organismo produz para combater a bactéria *Treponema pallidum*, causadora da doença. Sendo assim, só apresentam esses anticorpos no organismo aquelas pessoas que já entraram em contato com essa bactéria.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o FTA-ABS é um teste de imunofluorescência para confirmação do diagnóstico de sífilis usando anticorpos específicos contra a bactéria *Treponema pallidum*. Esse teste é mais específico que o VDRL, mas não é específico para o diagnóstico de neurosífilis, já que para o diagnóstico dessa deve ser realizada uma punção lombar do líquido. No caso do paciente acima citado, foi solicitado na primeira consulta o VDRL e após verificar que o mesmo tinha uma titulação alta, o FTA-ABS foi também pedido, visto que é um exame mais específico para diagnóstico definitivo da sífilis.

Ainda de acordo com a OMS, o antibiótico de eleição para o tratamento da sífilis é a penicilina benzatina, pois uma única dose dessa é suficiente para manter os níveis bactericidas por semanas, matando lentamente os microrganismos, além de nenhum caso de resistência ter sido relatado. Destaca-se, por outro lado, que devido a sua conveniência e eficácia, a Azitromicina tem sido cada vez mais utilizada para o tratamento de sífilis em alguns países, como Estados Unidos (EUA) e Canadá, embora atualmente ela não seja recomendada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (3). No relato do caso exposto, o tratamento seguiu o protocolo recomendado, sendo prescrita antibioticoterapia com Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, divididas em 1.200.00 UI/semana, uma dose, por 2 semanas. O paciente com sífilis tratada deve ser acompanhado e o monitoramento da conversão para negativo tende a ocorrer em, aproximadamente, um ano. O VDRL é o método de escolha para esse monitoramento que deverá ser feito de forma trimestral no primeiro ano e no segundo, semestral. Nesse caso, o paciente ainda está em acompanhamento com o cirurgião-dentista, mas já foi possível visualizar que as lesões orais foram regredindo ao longo do tratamento, comprovando a eficácia do mesmo.

CONCLUSÃO

A sífilis ainda se apresenta como um problema de saúde pública em todo o mundo, mesmo havendo grandes avanços em relação à prevenção e ao tratamento da doença. O desafio do diagnóstico reside no reconhecimento das manifestações clínicas, incluindo as características das lesões em mucosa oral. Nesse sentido, o cirurgião-dentista pode desempenhar um papel fundamental no diagnóstico da doença e, por isso, deve conhecer amplamente as manifestações mais comuns de sífilis na cavidade bucal, com objetivo de auxiliar com efetividade no diagnóstico e tratamento da doença.

REFERÊNCIAS

1. AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An. Bras. Dermatol.*, v. 81, n. 2, p. 111-126. 2006.
2. AZEVEDO, W. A. S. et al. Sífilis exuberante em paciente co-infectado pelo HIV. *Med. Cutan. Iber. Lat. Am.*, v.37, n. 2, p. 98-101. 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 140p.
4. GONÇALVES, L.M.; BEZERRA JUNIOR, J.R.S.; CRUZ, M.C.F.N. Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças dermatológicas. *An Bras Dermatol.* 2010; 84(6): 150-6.
5. GRUMACH, A.S. et al. A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso de sífilis. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2007;19(3-4):120-7.
6. GUIDI, R. Manifestações bucais da sífilis: estudo retrospectivo. 2007. 87f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial) – Programa de Pós Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, 2007.
7. NEVILLE et al. *Patologia Bucal e maxilofacial*. Rio de Janeiro, quarta edição, 2016.
8. NORONHA, A. C. C. et al. Sífilis secundária: Diagnóstico a partir das lesões orais. *DST- J Bras. Doenças Sex. Transm.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 190-193, 2006.
9. OBARA, M.Y. et al. Manifestações bucais em pacientes portadores de doenças sexualmente transmissíveis. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2008; 20(3-4):161-6.
10. RIBEIRO, C.G. et al. A AIDS e suas contradições: representações sociais de seu atendimento e tratamento pelos profissionais e pacientes. *DST J Bras Doenças Sex Trasm.* 2005;17(2):127-132.
11. SHUBERT, C.O. et al. Transmissão Vertical Da Sífilis: O Enfermeiro E As Ações De Prevenção. *Rev. Ciência Atual*, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 02-13, 2018.
12. STEFFEN, N. et al. Sífilis primária de tonsila mimetizando linfoma. *Scientia Medica* 2011; 21(2):67-68.