

**UNIVERSIDADE DE UBERABA**

**DANIELLE ALMEIDA AMPARADO COSTA**

**JULIANA REZENDE RESTON**

**A SÍFILIS ORAL NOS DIAS ATUAIS: UMA REVISÃO**

**UBERABA-MG**

**2018**

**DANIELLE ALMEIDA AMPARADO COSTA**  
**JULIANA REZENDE RESTON**

**A SÍFILIS ORAL NOS DIAS ATUAIS: UMA REVISÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade de Uberaba como parte da conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Odontologia do primeiro semestre de 2018.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Sivieri de Araújo

**UBERABA-MG**

**2018**

Costa, Danielle Almeida Amparado.  
C823s A sífilis oral nos dias atuais: uma revisão / Danielle Almeida  
Amparado Costa, Juliana Rezende Reston. – Uberaba, 2018.  
18 f.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.  
Curso de Odontologia, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Sivieri de Araújo.

I. Sífilis. 2. Sífilis oral. 3. Transmissão. 4. Diagnóstico. 5.  
Tratamento. I. Reston, Juliana Rezende. II. Araújo, Marcelo Sivieri  
de. III. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 616.9513

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

**DANIELLE ALMEIDA AMPARADO COSTA**

**JULIANA REZENDE RESTON**

**A SÍFILIS ORAL NOS DIAS ATUAIS: UMA REVISÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade de Uberaba como parte da conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Sivieri de Araújo

Aprovada em:

**BANCA EXAMINADORA:**



Prof. Dr. Marcelo Sivieri de Araújo – Orientador

Universidade de Uberaba



Prof. Dr. João Paulo Silva Servato

Universidade de Uberaba

# A SÍFILIS ORAL NOS DIAS ATUAIS: UMA REVISÃO

## ORAL SYPHILIS IN THE PRESENT DAY: A REVIEW

Danielle Almeida Amparado COSTA<sup>1</sup>

Juliana Rezende RESTON<sup>1</sup>

Marcelo Sivieri de ARAÚJO<sup>2</sup>

1- Acadêmicas do Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba.

2- Professor do Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia – Universidade de Uberaba.

### **Endereço para correspondência:**

Rua Divinópolis, 155, Bairro Amoro Costa

Uberaba – MG CEP: 38072-500

E-mail: julianareston@gmail.com

### **Resumo:**

A sífilis é uma infecção bacteriana onde os primeiros sinais clínicos da doença, podem ser lesões orais. É classificada de acordo com sua atividade e infecciosidade em primária, secundária, latente e terciária com comprometimento sistêmico e evolução para complicações graves. O objetivo deste trabalho, foi realizar uma revisão de literatura no período de 2008 a 2018 sobre os achados científicos que descrevem as formas de transmissão, manifestações clínicas, epidemiologia, diagnóstico, tratamento da sífilis e o seu ressurgimento na atualidade. Concluiu-se que, a sífilis pode ser transmitida sexualmente e verticalmente, onde a presença de lesões orais é mais comumente encontrada na fase secundária, a qual é caracterizada por erupções maculopapulares que envolve pele e mucosas, podendo ser facilmente diagnosticada

por testes sorológicos e tratada por antibióticos. Nos últimos anos houve um aumento do número de casos notificados, devido à falta de fornecimento de penicilina, diminuição do uso de preservativos e múltiplas parcerias sexuais simultâneas.

**Palavras-chave:** Sífilis oral. Manifestações clínicas. Transmissão. Diagnóstico. Tratamento. Reaparecimento.

**Abstract:**

Syphilis is a bacterial infection where the first clinical signs of the disease, can be oral lesions. Is classified according to your activity and infectivity in primary, secondary, latent and tertiary, with systemic involvement and evolution for severe complications. The aim of this study was to conduct a review of the literature in the period from 2008 to 2018 on the scientific findings that describe the forms of transmission, clinical manifestations, epidemiology, diagnosis, treatment of syphilis and the resurgence in your nowadays. It was concluded, that syphilis can be transmitted sexually and vertically, where the presence of oral lesions is most commonly found in the secondary phase, which is characterized by maculopapulares eruptions involving skin and mucous membranes and can be easily diagnosed by serologic tests and treated with antibiotics. In recent years there has been an increase in the number of reported cases, due to lack of supply of penicillin, decreased use of condoms and multiple concurrent sexual partnerships.

**Keywords:** Oral syphilis. Clinical manifestations. Transmission. Diagnosis. Treatment. Reappearance.

**Introdução:**

A sífilis é uma infecção sistêmica crônica causada pela bactéria *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), podendo ser classificada de acordo com sua atividade e infecciosidade em

primária, secundária, latente e terciária. A presença de lesões orais pode ser um dos primeiros sinais clínicos de manifestação da doença<sup>1</sup>.

A sífilis primária (SP) é caracterizada pelo aparecimento do “cancro” no local da inoculação, enquanto a sífilis secundária (SS) é determinada pelo aparecimento de erupções maculopapulares envolvendo pele e mucosas. A sífilis terciária (ST) representa a fase mais agressiva da doença cuja lesão característica é a goma sifilítica (GS), que causa uma grande destruição tecidual. A sífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão do patógeno presente no sangue da mãe infectada para o conceito via transplacentária<sup>2</sup>.

O diagnóstico baseia-se na história clínica, exames físicos, anatomopatológicos e sorológicos. A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis, podendo ser administrado tetraciclina, doxiciclina, ceftriaxona e azitromicina aos alérgicos à penicilina<sup>3</sup>.

Nos últimos anos houve um aumento do número de casos de sífilis. A população de risco incluem gestantes, jovens e homens homossexuais. Dentre os fatores de risco, destaca-se o comportamento sexual de alto risco e redução do uso de preservativos durante as relações sexuais<sup>1-2</sup>.

O presente trabalho teve por objetivo realizar uma revisão de literatura no período de 2008-2018 sobre a epidemiologia, formas de transmissão, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e o ressurgimento da sífilis.

### **Material e método:**

Foi verificada a incidência de artigos sobre o tema: “A sífilis oral nos dias atuais” publicados em inglês, português e espanhol, entre 2008 e 2018 em revistas indexadas, com os seguintes filtros: artigos com acesso livre e dos últimos 10 anos, que totalizaram 146 artigos, onde da base de dados da PubMed foram selecionados 64 e no SciELO, 82 artigos. Foram

incluídos artigos sobre tema e excluídos artigos que não se adequaram aos descritores. Para esta seleção foram utilizados como descritores os termos: Sífilis Oral (Oral syphilis). Sífilis Congênita (Congenital Syphilis). Sífilis Primária (Primary Syphilis). Sífilis Secundária (Secondary Syphilis). Sífilis Terciária (Tertiary Syphilis). Diagnóstico (Diagnosis). Tratamento (Treatment). Ressurgimento (Resurgence). Prevalência (Prevalence). Ao final 25 artigos foram utilizados na presente revisão.

Para a classificação quanto ao tema estudado, realizou-se uma leitura inicial, que originou categorias temáticas, nas quais os resumos foram alocados em uma leitura posterior. O mesmo ocorreu na análise dos aspectos metodológicos. Após isso, foi feita uma análise dos temas de todos os resumos classificados em cada categoria, a fim de se obter um panorama detalhado da produção científica nacional e internacional sobre os aspectos que o cirurgião-dentista deve estar apto a reconhecer sobre o tema ressurgimento da sífilis oral nos dias atuais.

### **Revisão de Literatura:**

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *T. pallidum*, que pode ser transmitida sexualmente, verticalmente através da placenta, transfusão de sangue e/ou objetos contaminados<sup>1</sup>. Uma vez abaixo do epitélio, as espiroquetas se multiplicam localmente e se disseminam através dos vasos linfáticos e corrente sanguínea<sup>2</sup>.

A SP ocorre quando a infecção se torna clinicamente visível na pele e/ou mucosas<sup>3</sup>. O tempo de incubação é diretamente proporcional ao tamanho do inóculo e pode variar de 3-90 dias. É caracterizada pelo aparecimento do “cancro” no local da inoculação, na forma isolada ou múltipla e geralmente regride sem tratamento após 2-8 semanas. É inicialmente uma pápula que evolui para uma úlcera endurecida, indolor, não purulenta com base limpa e clara.

Os locais comumente envolvidos são a língua, gengiva, palato e lábios, o tamanho pode variar de 0,3 a 3 cm<sup>4</sup>.

A SS se desenvolve 2-12 semanas após a SP<sup>4</sup> sendo caracterizada por irritações pruriginosas, maculares, ásperas avermelhadas, encontrada nas palmas das mãos e solas dos pés, ou em outras partes da pele. Sistemicamente pode haver febre, dor de garganta e de cabeça, perda de cabelo e de peso, indisposição e fraqueza<sup>5</sup>.

As manifestações orais da SS incluem múltiplas lesões dispersas na orofaringe e mucosa oral. Os sítios comumente afetados incluem a língua, lábios e mucosa jugal. A presença de úlceras aftosas com a presença de placas acinzentadas ou úlceras com bordas irregulares e esbranquiçadas, dolorosas à palpação, podem ser observadas neste estágio<sup>6,7</sup>. Para diagnóstico diferencial devem ser consideradas as seguintes doenças: carcinoma espinocelular oral, leucoplasia oral, lúpus eritematoso, candidíase, líquen plano, infecções granulomatosas, eritema multiforme e eritroplasia<sup>8</sup>.

A sífilis latente (SL) é caracterizada pelo desaparecimento das manifestações da SS até a ocorrência da sífilis terciária (ST). É arbitrariamente dividida em SL precoce (ocorre dentro de um ano da infecção) e tardia (ocorre após um ano de infecção). A SL é geralmente assintomática, porém os resultados sorológicos são positivos, indicando que os treponemas ainda estão presentes nos gânglios linfáticos e baço. Aproximadamente dois terços dos pacientes com sífilis não tratados permanecem na SL por toda a vida<sup>9,10</sup>.

Decorridos alguns anos (1-30), aproximadamente 15-45% dos infectados pelo *T. pallidum* evoluirão para a ST. Esta é fase mais agressiva da doença sendo caracterizada pelo aparecimento da GS, uma lesão ulcerada, nodular, indolor com grande destruição tecidual, atingindo mucosas, tecidos moles, ossos, pele e órgãos internos. As regiões orais mais

acometidas são a língua e o palato duro e as manifestações mais graves incluem a neurosífilis e a sífilis cardiovascular<sup>9</sup>. Os sintomas incluem dificuldade na coordenação motora, paralisia, dormência, cegueira e demência<sup>10</sup>.

Na ST as lesões da pele começam como nódulos subcutâneos que se rompem e formam úlceras perfuradas com um tecido necrótico branco amarelado, conferindo-a assim, um aspecto de “couro lavado”, deixando uma cicatriz papilar<sup>11</sup>.

Na cavidade oral, devido ao atrito com os dentes e a redução do suprimento sanguíneo pela infiltração gomatoso, desenvolve-se a leucoplasia sífilítica<sup>11</sup>. A GS pode acometer palato mole, glândula parótida e osso alveolar inferior. Quando no palato duro, pode ocorrer a perfuração em direção à cavidade nasal, ocasionando voz anasalada ou queixa de comunicação oronasal, dificultando a deglutição. Já a língua, pode apresentar-se aumentada, com forma irregular e lobulada e/ou com atrofia difusa e perda das papilas dorsais<sup>9</sup>.

A sífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão do *T. pallidum*, presente no sangue de uma gestante infectada, não tratada e/ou tratada de maneira inadequada para o conceito, via transplacentária. Apresenta um alto índice de transmissão em qualquer fase gestacional e/ou estágio da doença materna. É o modo de transmissão de maior impacto para a saúde pública, visto a incidência de parto prematuro, óbito fetal e neonatal e, infecção congênita no recém-nascido<sup>12</sup>.

Além dos efeitos deletérios no conceito, a genitora sofre alterações biopsicossociais<sup>13</sup>, perda fetal, morte neonatal, prematuridade e neonato com baixo peso<sup>12</sup>. As principais manifestações clínicas da SC na região de cabeça e pescoço incluem: erupção maculopapular difusa, periostite (mandíbula frontal de Parrot), rinite (“nariz em sela”), cicatriz radial

permanente ao redor da boca, glossite atrófica, coloração amarelada dos lábios e palato duro profundo<sup>12,14</sup>.

As alterações dentárias na SC são mais pronunciadas nos dentes que se calcificam no primeiro ano de vida, como os incisivos e os molares permanentes. Os dentes afetados tornam-se mais translúcidos, os incisivos apresentam a borda incisal entalhada ou em “forma de chave de fenda” e a coroa dos molares é bulbosa e descrita como em “forma de barril”. Tais características dentais são conhecidas como “Dentes de Hutchinson”<sup>12</sup>.

O diagnóstico da sífilis baseia-se na história clínica, exame físico intra e extra oral, anatomopatológico e sorológicos, sendo estes treponêmicos e não treponêmicos<sup>15</sup>.

Os testes sorológicos não treponêmicos detectam anticorpos IgM e IgG contra o material lipídico liberado pelas células afetadas em decorrência da infecção sífilítica e pela cardiolipina liberada pelas bactérias. Já os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos IgM e IgG contra componentes celulares do *T. pallidum*. Os testes comumente empregados são: o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e o FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody-absorption*). Quando a infecção é detectada nas fases tardia da doença, títulos baixos podem persistir por meses ou anos<sup>15,16</sup>.

O exame histopatológico é complementar aos exames sorológicos<sup>8</sup>. A presença de acantose irregular do epitélio oral, exocitose de linfócitos e neutrófilos podem sugerir o diagnóstico de sífilis<sup>16</sup>.

Para o tratamento da sífilis adquirida (SA) e sífilis na gestação (SG), a penicilina é o antibiótico de escolha, a qual deve ser utilizada em doses e intervalos adequados. A droga atua impedindo as enzimas catalisadoras da formação de precursores da parede celular,

impedindo formação da parede celular, que é submetida continuamente à ação hidrolítica da lisozima produzida no organismo<sup>17</sup>.

A SP é tratada com uma única dose de penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular. Já na SS, são administradas duas doses de penicilina benzatina 4.800.000 UI, intramuscular, com intervalo de sete dias. Na ST são aplicadas três doses de penicilina benzatina 7.200.000 UI, intramuscular com intervalos de sete dias<sup>16</sup>. Aos alérgicos à penicilina é recomendada a tetraciclina e doxiciclina para a SP, SS e SL. A ceftriaxona e azitromicina são sugeridas como tratamento para a ST<sup>4</sup>.

A administração de penicilina também é utilizada no tratamento da SC. No período neonatal quando houver alterações clínicas, sorológicas, radiológicas e hematológicas é administrado penicilina G cristalina 50.000 UI, endovenosa, de 12/12 horas nos primeiros sete dias de vida da criança e, de 8/8 horas após sete dias de vida, durante 10 dias. Uma outra opção de tratamento é a administração de penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, intramuscular, durante 10 dias<sup>17</sup>. Nos casos de neurosífilis quando não ocorrer alterações clínicas, radiológicas, sorológicas, hematológicas e líquóricas é indicado a administração de penicilina G benzatina intramuscular, dose única de 50.000 UI/Kg<sup>18</sup>.

O reaparecimento da sífilis em países desenvolvidos é um fenômeno multifatorial, sendo associado com a migração de indivíduos de países com alta prevalência da doença, perfil socioeconômico, piora dos serviços de saúde, expansão do uso de drogas, práticas sexuais de alto risco e a intersecção com a epidemia de HIV/AIDS<sup>19,20</sup>.

A população de risco para sífilis incluem homens homossexuais, profissionais do sexo e gestantes, podendo ser encontrada em qualquer faixa etária e etnia. Dentre os fatores de

risco, destacam-se o comportamento sexual de alto risco, onde ocorrem múltiplas parcerias sexuais simultâneas, diminuição do uso de preservativos e sexo orogenital desprotegido<sup>16,19,20</sup>.

Particularmente no Brasil, ocorreu um aumento do número de casos de sífilis nos últimos anos. A notificação compulsória da sífilis foi implantada em 2010, e desde então teve sua taxa de notificação aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 casos para 100 mil habitantes em 2016. A região Sudeste foi a quem mais apresentou número de casos notificados, seguida pela região Nordeste, Sul, Norte e Centro Oeste<sup>16</sup>.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), o número de pessoas infectadas aumentou 32.7% entre os anos de 2014-2015. Segundo um levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os jovens entre 13-15 anos estão se protegendo menos durante as relações sexuais. Em 2012, 75% dos entrevistados usaram preservativo em sua última relação sexual. Em 2015 apenas 66% fizeram uso da camisinha. A falta de penicilina benzatina também tem sido associada ao ressurgimento da sífilis. Desde 2014 houve diminuição da distribuição do medicamento devido à falta de matéria prima para a sua produção<sup>16,21</sup>.

Em 2013 a Organização Mundial de Saúde (OMS) relatou que havia 1,9 milhões de mulheres grávidas infectadas com sífilis no mundo. Dentre os quais 66,5% ocorrem em casos de sífilis não tratada, podendo ocasionar desfechos fetais adversos, como morte perinatal, parto prematuro, baixo peso ao nascer, anomalias congênitas, sífilis ativa no recém-nascido, surdez e comprometimento neurológico. A SG é responsável por 305.000 mortes perinatais por ano no mundo. Estima-se que 520.000 resultados fetais adversos ocorram por ano, tornando a SC a infecção mais comum<sup>22</sup>.

A maioria das gestantes notificadas com sífilis é da raça melanoderma e jovens, onde 24,6% são adolescentes, dado que destaca a importância de desenvolver campanhas de prevenção e promoção de saúde a este grupo populacional, além da inclusão do teste rápido, em qualquer oportunidade de atendimento à mulher, bem como de seus parceiros sexuais<sup>23</sup>.

Os fatores que contribuem para o aumento do número de casos de sífilis em gestantes incluem dificuldades ao acesso dos serviços de pré-natal, serviços de saúde insuficientes e inadequados, falta de solicitação de testes sorológicos em gestantes e, a não abordagem para tratamento e acompanhando dos parceiros sexuais cujas gestantes apresentaram resultado de VDRL positivo<sup>24</sup>.

Com o sucesso dos tratamentos antirretrovirais para HIV, e o aumento da prática de sexo inseguro, em combinação com o comportamento sexual alterado na sociedade moderna, espera-se que o número de casos de sífilis possa aumentar nos próximos anos, garantindo, assim, um estado de alerta futuro para a doença<sup>25</sup>.

A alta taxa de letalidade na SC dita à necessidade de uma atenção direcionada às mães em risco<sup>21</sup>. A partir de 2011, a SC passou a ser um problema de saúde pública, e sua erradicação se tornou um dos programas prioritários do MS, assumindo uma condição que pode produzir uma rápida redução do número de casos de sífilis nos próximos anos<sup>19,23</sup>.

### **Discussão:**

A sífilis é uma infecção bacteriana que pode ser classificada em quatro estágios, de acordo com sua atividade e infecciosidade<sup>1</sup>. Conforme verificado na presente revisão, a presença de lesões orais são mais prevalentes na SS<sup>16</sup>, com a presença de manchas mucosas, representadas por placas levemente elevadas, ulceradas, de formato oval e coberta por uma pseudomembrana cinza ou esbranquiçada, podendo se coalescer originando lesões

serpiginosas, descritas como “úlceras em forma de caracol”<sup>7</sup>. A presença de placas brancas com aspecto verrucoso (leucoplasia like) também é uma forma frequente da doença<sup>16,7</sup>.

Na presente revisão, verificou-se haver concordância que o diagnóstico da sífilis é confirmado através de exames sorológicos sendo estes treponêmicos e não treponêmicos<sup>15</sup> e, o tratamento sugerido é a administração de penicilina benzatina com intervalos e doses específicos para cada fase da doença<sup>4</sup>.

A sífilis pode acometer pacientes em qualquer faixa etária, sexo, etnia e raça, no entanto, na presente revisão, verificamos que a sífilis é mais prevalente em jovens, homossexuais e gestantes<sup>16,19,20</sup>.

Em relação ao número de casos de sífilis na população, a literatura consultada, relata haver um aumento nos últimos anos, principalmente nos países em desenvolvimento<sup>19,16</sup>. Porém, outros autores<sup>20</sup> comentam que a sífilis vem ressurgindo em países desenvolvidos, devido à interseção com a epidemia HIV/AIDS, migração de indivíduos de países com alta prevalência da doença e piora dos serviços de saúde. Já no Brasil houve um aumento de 32% do número de casos notificados entre 2014 e 2015<sup>21</sup>, onde os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul foram os que apresentaram as maiores taxas de sífilis em 2015<sup>16</sup>.

A partir da revisão realizada, observou-se que os altos índices de transmissão vertical da sífilis se devem a captação tardia das gestantes com diagnósticos tardios e o não tratamento dos parceiros sexuais<sup>24</sup>, refletindo a ineficiência dos serviços de saúde e da assistência no período pré-natal e no parto no Brasil<sup>19</sup>, onde apenas 32% dos casos de SG e 17,4% de SC são notificados.

A literatura consultada no presente trabalho, demonstrou que, nos últimos anos houve um aumento do número de casos de sífilis, principalmente na SP e SS<sup>19,16,25</sup>. Ficou evidente que o profissional da saúde, deve estar ciente das manifestações orais e sistêmicas da doença para seu correto diagnóstico e, para informar seus pacientes à necessidade de se prevenir durante as práticas sexuais, tanto genitais quanto oral. Infelizmente, devido ao comportamento sexual de alto risco predominante nos dias atuais, espera-se que aumento do número de casos de sífilis nos próximos anos continue em ascensão<sup>20</sup>.

### **Conclusão:**

De acordo com a literatura pertinente consultada e os objetivos traçados neste trabalho, pode-se concluir que:

- A sífilis é uma infecção sistêmica crônica causada por uma bactéria que pode ser transmitida principalmente através do sexo desprotegido e verticalmente da mãe para o conceito;
- A principal manifestação da sífilis é no estágio secundário o qual é caracterizado pelo aparecimento de erupções maculopapulares envolvendo pele e mucosas;
- O diagnóstico da sífilis baseia-se em exames sorológicos, treponêmicos e não treponêmicos, onde o mais comumente utilizado é o VDRL e o FTA-Abs;
- Para o tratamento, a penicilina é a droga de escolha por ser eficaz em todas as fases da doença, a qual deve ser utilizada em doses e intervalos adequados para cada estágio da infecção;
- O aumento do número de casos de sífilis nos últimos anos indica um surto da doença, a qual se tornou um problema de saúde pública;
- O ressurgimento da doença nos últimos anos se deve principalmente as múltiplas parcerias sexuais, sexo desprotegido, diminuição do fornecimento de penicilina aos serviços de saúde pública e a interseção com a epidemia HIV/AIDS.

### **Referências:**

- 1-Carmona-Lorduy M, Porto-Puerta I, Lanfranch H, Medina-Carmona W, Werner L, Maturana S. Manifestaciones bucales de enfermedades de transmisión sexual identificadas em tres servicios de estomatología em Sur América. *Univer Salud*. 2018 Abr; 20(1):82-88.
- 2-Radolf JD, Deka RK, Anand A, Smajs D, Norgard MV, Yang XF. *Treponema pallidum*, the syphilis spirochete: makin g a living as a stealth pathogen. *Nat Rev Microbiol*. 2016 Dez; 14(12):744-759.
- 3-Bjekic M, Markovic M, Sipetic S. Clinical manifestations of primary syphilis in homosexual men. *Braz J Infec Dis*. 2012 Feb; 16(4):387-389.
- 4-Ficarra G, Carlos R. Syphilis: The renaissance of an old disease with oral implications. *Head Neck Pathol*. 2009 Sep; 3(3):195-206.
- 5-Gutiérrez-Sandí W, Chaverri-Murillo J, Navarro-Cruz JE. Sexually transmitted diseases (STDs) and sexual health in Costa Rica Topic II. Syphilis and Gonorrhea. *Tecnología en Marcha*. 2016 Oct-Dez; 29(4):3-15.
- 6-Seibt CE, Munerato MC. Secondary syphilis in the oral cavity and the role of the dental surgeon in STD prevention, diagnosis and treatment: a case series study. *Braz J Infec Dis*. 2016 Jul-Aug; 20(4):393-398.
- 7-Paulo LFB, Servato JPS, Oliveira MTF, Júnior AFD, Zanetta-Barbosa D. Oral Manifestations of Secondary Syphilis. *Int Jour Infec Dise*. 2015 Jun; 35(2015):40-42
- 8-Díaz MG, Carbó E, Guardati MV, Reyes MA, Weidmann J, Eletti M. et al. Sífilis secundaria en cavidad oral. Reporte de dos casos. *Rev Argent Dermatol*. 2008 Dez; 89(4):237-241.

- 9-Kalinin Y, Neto AP, Passarelli DHC. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. *Odonto*. 2015 Apr-Out; 23(45-46):65-76.
- 10-Stamm LV. Syphilis: Re-emergence of an old foe. *Microbial Cell*. 2016 Sep; 3(9):363-370.
- 11-Rahima S, Riyaz N, Abdul Latheef EN, Shyni PM. Squamous cell carcinoma on a syphilitic gumma: a unique presentation. *Indian J Sex Transm Dis*. 2015 Jan-Jun; 36(1):89-91.
- 12-Nissanka-Jayasuriya EH, Odell EW, Phillips C. Dental stigmata of congenital syphilis: a historic review with present day relevance. *Head Neck Pathol*. 2016 Sep; 10(3):327-331.
- 13-Souza BC, Santana LS. As consequências da sífilis congênita no binômio materno-fetal: um estudo de revisão. *Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente*. 2013 Jun; 1(3):59-67.
- 14-Moreira-Silva SF, Prebianchi PA, Dias CF, Júnior ANA, Dalvi LG, Frauches DO. Alterações ósseas em lactentes com sífilis congênita. *Jor Bras Doenças Sex Transm*. 2009 Out-Dez; 21(4):175-178.
- 15-O-Antezana A, N-Antezana A, Teran CG. Neurosífilis. *Gac Med Bol*. 2017 Jun; 40(1):56-58.
- 16-Santos IS, Bastos DB, Valente VB, D'Ávila SP, Tjioe KC, Biasoli ÉR et al. Reemerging syphilis: diagnosis from oral. *Jou Oral Diag*. 2017 Jan-May; 2:1-5.
- 17-Akhtar F, Rehman S. Prevention of congenital syphilis through antenatal screenings in Lusaka, Zambia: A systematic review. *Cureus*. 2018 Jan; 10(1):1-11.

18-Nitrini R, Paiva ARB, Takada LT, Brucki SMD. Did you rule out neurosyphilis? *Dement Neuropsychol.* 2010 Oct-Dez; 4(4):338-345.

19-Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saú Públ.* 2010 Jul; 26(9):1747-1755.

20-Vinals-Iglesias H, Chimenos-Küstner E. The reappearance of a forgotten disease in the oral cavity: syphilis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009 Sep; 1(4):416-420.

21-Peter LM, Berachkofsky TM, Gilson RT, Wisco OJ. Syphilis: A reemerging infection. *American Family Physician.* 2012 Sep; 86(5):433-440.

22-Cerqueira LRP, Monteiro DLM, Taqueta SR, Rodrigues NCP, Trajano AJB, Souza FM et al. The magnitude of syphilis: from prevalence to vertical transmission. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 2017 Dez; 59(78):1-7.

23-Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2016 Mai; 23(2):563-574.

24-Mesquita KO, Lima GK, Filgueira AA, Flôr SM, Freitas CASL, Linhares MSC et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para a assistência pré-natal. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2012 Abr-Mai; 24(1):20-27.

25-Udd SD, Lund B. Oral syphilis: A reemerging infection prompting clinician's alertness. *Case Rep Dent.* 2016 Marc-May; 2016:1-3.