

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
ANDREIA LUISA TARCISIO
GABRIELA VIEIRA DE SOUSA**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA SÍFILIS SECUNDÁRIA
-RELATO DE CASO-**

**UBERABA-MG
2017**

**ANDREIA LUISA TARCISIO
GABRIELA VIEIRA DE SOUSA**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA SÍFILIS SECUNDÁRIA
-RELATO CASO-**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para obtenção do Título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique

UBERABA-MG
2017

Tarcísio, Andreia Luísa.

T172m Manifestações bucais da sífilis secundária: relato de caso /
Andreia Luísa Tarcísio, Gabriela Vieira de Sousa. – Uberaba, 2017.
23 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.
Curso de Odontologia, 2017.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique.

1. Odontologia. 2. Sífilis. 3. Sífilis secundária. 4. Boca –
Lesões. I. Sousa, Gabriela Vieira de. II. Henrique, Paulo Roberto.
III. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 617.6

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

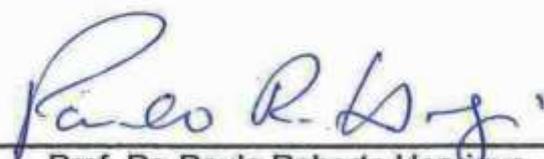
**ANDREIA LUISA TARCISIO
GABRIELA VIEIRA DE SOUSA**

**MANIFESTAÇÃO BUCAIS DA SÍFILIS SECUNDÁRIA
-RELATO CASO-**

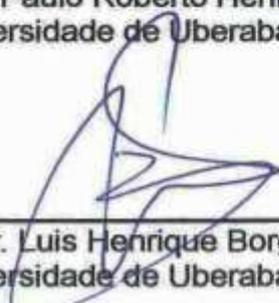
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Odontologia da
Universidade de Uberaba como parte dos
requisitos para obtenção do Título de
Cirurgião-Dentista.

Aprovadas em: 16, 12, 2012

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique
Universidade de Uberaba



Prof. Dr. Luis Henrique Borges
Universidade de Uberaba

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor da vida e de todas as coisas possíveis e impossíveis.

Aos nossos pais que sonharam conosco e fizeram de tudo para realizar nosso sonho. Obrigada por acreditarem em nós, por nos apoiarem e serem nossa fonte de inspiração.

Aos nossos avôs, avós e irmãos pelas palavras de conforto, ânimo e persistência. Vocês foram fundamentais em nossa caminhada.

Aos nossos filhos, alicerces de nossa vida e razão do nosso viver. Vocês são os melhores presentes que recebemos de Deus.

Ao nosso querido e exemplar orientador, Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique, pela paciência na orientação, pela disponibilidade e incentivo. Saiba que nos inspiramos e nos espelhamos em você, na sua dedicação, no seu comprometimento, profissionalismo e humildade.

Aos nossos amigos que foram pessoas importantes e fundamentais em todo esse processo de apoio e aprendizado.

Aos professores do curso Odontologia por compartilharem conosco seus conhecimentos e experiências.

RESUMO

A cavidade oral pode ser acometida por diversas entidades patológicas, sendo que algumas podem ser graves, causar destruição tecidual e comprometer a saúde geral dos indivíduos. Dentre as patologias bucais, a Sífilis tem ganhado destaque na comunidade científica, em função das suas manifestações locais e sistêmicas e da possibilidade de transmissão vertical, de mãe para feto. Essa morbidade, causada pelo microrganismo *Treponema pallidum*, tem apresentado índices crescentes e, por apresentar manifestações bucais, é de suma importância o seu conhecimento por parte dos cirurgiões-dentistas. Na cavidade oral observa-se, com maior frequência, lesões características da fase secundária da doença, tornando o reconhecimento e diagnóstico da mesma imprescindíveis para o controle da Sífilis e para o sucesso do tratamento. Assim sendo, o objetivo deste trabalho foi descrever um caso clínico de sífilis secundária com manifestações orais. Através deste relato foi possível conhecer e identificar as lesões orais da Sífilis, bem como propiciar aos alunos de Odontologia o conhecimento de tais manifestações possibilitando, assim, o encaminhamento precoce dos pacientes acometidos para tratamento médico pertinente.

Palavras-chave: sífilis, sífilis secundária, manifestação oral.

ABSTRACT

The oral cavity can be affected by several pathological entities, some of which can be serious, cause tissue destruction and compromise the general health of individuals. Among the oral pathologies, syphilis has gained prominence in the scientific community, due to its local and systemic manifestations and the possibility of vertical transmission, from mother to fetus. This morbidity, caused by the microorganism *Treponema pallidum*, has presented increasing indexes and, due to the presence of oral manifestations, its knowledge by the dentists is of paramount importance. In the oral cavity, lesions characteristic of the secondary phase of the disease are more frequently observed, making recognition and diagnosis essential for the control of syphilis and for successful treatment. Therefore, the objective of this study was to describe a clinical case of secondary syphilis with oral manifestations. Through this report it was possible to know and identify the oral lesions of syphilis, as well as to provide the students of Dentistry the knowledge of such manifestations, thus enabling the early referral of the patients affected to pertinent medical treatment.

Key words: syphilis, secondary syphilis, oral manifestation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Lesões descamativas na planta dos pés e palmas das mãos	14
Figura 2: Linfadenopatia generalizada	15
Figura 3: Placas mucosas na borda da língua	15
Figura 4: Placas mucosas no palato	15
Figura 5: Biópsia (borda lateral esquerda da língua)	16
Figura 6: Exame VDRL	16
Figura 7: Exame FTA ABS	17
Figura 8: Proservação (1 ano)	17
Figura 9: Proservação (1 ano)	18

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVOS	12
4. METODOLOGIA	13
5. RELATO DE CASO	14
6. DISCUSSÃO	19
7. CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

Das entidades patológicas bucais, a ênfase maior tem sido dada ao Câncer bucal, dado o seu grande poder de destruição local e capacidade de produzir metástase (NEVILLE et al, 2004). Contudo, outras doenças como a sífilis têm despertado a atenção odontológica dada a sua gravidade e as manifestações bucais associadas a essa morbidade (NEVILLE et al, 2004).

A sífilis é considerada uma doença sexualmente transmissível, de notificação compulsória, causada por uma bactéria espiroqueta filamentosa anaeróbia denominada *Treponema pallidum* (KONEMAN, 1997; VON SIMSON, KULASEGARAM, 2012). A doença pode ser transmitida sexualmente (sífilis adquirida) ou verticalmente através da placenta (sífilis congênita) (LITTLE, 2005).

De acordo com a atividade e infectividade da doença, a sífilis pode ser dividida nos seguintes estágios: primário, secundário, latente e terciário (CAWSON, 2008). Nas três primeiras fases, o paciente apresenta capacidade infecciosa, enquanto no último a infectividade diminui (CAWSON, 2008). As lesões orais podem ocorrer em qualquer um dos três estágios clínicos: primário, secundário e terciário (KENT, ROMANELLI, 2008), com maior frequência na fase secundária, com aproximadamente 30-50% dos casos (CZERNINSKI et al., 2011; JONES et al., 2012).

A sífilis primária ocorre após um período de incubação de 1 a 4 semanas e se caracteriza pelo aparecimento de uma úlcera grande e endurecida, denominada cancro, a qual se instala no sítio de inoculação inicial, é indolor e acompanhada por linfadenopatia regional, que geralmente cura espontaneamente (CAWSON, 2008; FREEDBERG et al., 2003).

O cancro geralmente é uma lesão única, mas pode se multiplicar e tornar doloroso (FREEDBERG et al., 2003). A cavidade oral é um local de manifestação rara (FICARRA, CARLOS, 2009), mas quando acometida observa-se uma úlcera única, localizada principalmente no lábio e, raras vezes, na língua (CAWSON, 2008).

A sífilis secundária aparece de 4-6 semanas após o estágio primário (CAWSON, 2008) e acomete aproximadamente 25% dos pacientes que não foram tratados na primeira fase da doença (HICKS, SPARLING, 2013; Center for disease and control prevention, 2014).

Caracteriza-se pela disseminação hematogênica do *T. pallidum*, apresenta uma série de erupções cutâneas e mucosas, acompanhada por sintomas sistêmicos, tais como mal-estar, fadiga, febre, dor de cabeça e erupção cutânea, sinal clássico deste estágio da infecção, que se caracteriza como uma erupção maculopapular difusa envolvendo o tronco e as extremidades das mãos e pés (SINGH, ROMANOWSKI, 1999; FREEDBERG et al., 2003).

A mucosa oral e o trato genital podem ser acometidos pela sífilis secundária na forma de lesões denominadas condilomata lata, caracterizadas por lesões aumentadas, carnudas e de coloração branca-acinzentada (HICKS, SPARLING, 2013; SINGH, ROMANOWSKI, 1999). Estas lesões podem se desenvolver nas proximidades do cancro primário (HICKS, SPARLING, 2013; SINGH, ROMANOWSKI, 1999). Além das manifestações acima citadas, os pacientes com sífilis secundária podem, ainda, apresentar linfadenopatia, alopecia, sintomas gastrointestinais e complicações renais e neurológicas (HICKS, SPARLING, 2013; SINGH, ROMANOWSKI, 1999).

A sífilis tardia pode se manifestar após 3 anos ou mais da infecção inicial, aparecendo como uma doença visceral ou mucocutânea, cuja lesão característica é a goma e pode afetar o palato duro, língua e tonsilas (CAWSON, 2008)

A infecção pode ser tratada, porém se não for instituída uma terapêutica, a mesma pode evoluir para um estágio secundário crônico ou para fases latentes, as quais são caracterizadas por ausência de sintomas e sinais físicos, porém como sorologia positiva para o micro-organismo (KONEMAN, 1997).

A sífilis congênita é transmitida verticalmente, de mãe para filho, através da placenta (LITTLE, 2005). Neste tipo de sífilis os indivíduos desenvolvem uma face com perfil côncavo, denominada aparência em forma de prato-raso (SCHECHTER, MARAGONI, 1998). Também ocorre a inflamação da mucosa nasal a qual pode levar à destruição do osso e da cartilagem do septo nasal interferindo no desenvolvimento normal do dorso nasal e manifestando-se com o nariz em forma de sela (SCHECHTER, MARAGONI, 1998).

Na cavidade oral, a sífilis congênita é caracterizada pelo desenvolvimento dos molares em amora ou molares de Moon e pelos incisivos de Hutchinson (SCHECHTER, MARAGONI, 1998). Os molares em amora recebem esta denominação devido à presença de projeções bulbosas na superfície do dente e ao estreitamento do terço oclusal; e os incisivos apresentam aumento do diâmetro

mésio-distal e ausência do lóbulo central de desenvolvimento, se assemelhando a um barril ou a uma chave de fenda (SCHECHTER, MARAGONI, 1998).

O diagnóstico da sífilis é realizado por testes sorológicos não-treponêmicos (VDRL e RPR) e treponêmicos (FTA-ABS, TP-PA, EIA). (HICKS, SPARLING, 2013; Center for disease and control prevention, 2014). Os primeiros são utilizados para o escaneamento da doença e, caso sejam positivos, realiza-se os testes específicos. (HICKS, SPARLING, 2013; Center for disease and control prevention, 2014). Outros testes estão disponíveis para a detecção dos micro-organismos, como a técnica de microscopia de campo escuro e a fluorescência direta (HICKS, SPARLING, 2013).

Os achados histológicos são inespecíficos, principalmente quando se compara as lesões de cancro e condiloma lata, e representam a resposta do hospedeiro frente à infecção (CARBONE, CAPRA, NELSON, 2016). A distinção entre cancro e condiloma se restringe à ulceração e papilomatose, respectivamente; pois ambas apresentam epitélio com inflamação aguda, composto de numerosos neutrófilos e um infiltrado inflamatório mononuclear subjacente rico em células plasmáticas (CARBONE, CAPRA, NELSON, 2016). Além disso, no condiloma lata o epitélio hiperplásico pode ser confundido com condiloma acuminado e outras lesões papilomatosas (CARBONE, CAPRA, NELSON, 2016). Assim sendo, o teste imunohistoquímico pode ser útil no diagnóstico do patologista (CARBONE, CAPRA, NELSON, 2016).

O uso da penicilina como tratamento para a sífilis levou à uma redução significativa da doença, assim como das taxas de morbidade e mortalidade (BAUGHN, 2005; AVELLEIRA, 2006). No entanto, recentemente os casos de sífilis tem aumentado, principalmente em idosos (VON SIMSON, KULASEGARAM, 2012). Em alguns países tem se observado uma maior incidência da infecção em homens que residem em áreas urbanas e regionais, e em homens que tem relação sexual com outros homens (WARD et al., 2011; AZZATO et al., 2012).

O aumento da incidência da sífilis tem como principais causas a promiscuidade sexual, a falta de conhecimento a respeito da doença e a diminuição do uso de proteção, tais como preservativos (ASHTON et al., 2003).

O aumento da incidência da sífilis e a necessidade de notificação, a torna uma doença de interesse público e cujo diagnóstico precoce pode contribuir para a melhor qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

2 JUSTIFICATIVA

Esse projeto se justifica pela grande morbidade causada pela Sífilis, pelo aumento de casos dessa condição patológica verificado nos últimos anos e pelo acometimento possível da mucosa bucal pela sífilis secundária, uma região do organismo de responsabilidade do Cirurgião Dentista.

3 OBJETIVOS

Relatar um caso clínico de sífilis secundária com manifestações orais diagnosticada na clínica odontológica da Universidade de Uberaba.

Fazer uma revisão bibliográfica sobre esta patologia e suas manifestações.

Estudar a Sífilis com ênfase maior na fase secundária que apresenta manifestações bucais mais frequentes.

Propiciar o reconhecimento dessa condição pelos alunos da Odontologia, possibilitando assim, o encaminhamento precoce dos pacientes acometidos para tratamento médico pertinente.

4 METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica de artigos disponíveis nos bancos de dados Pubmed e Scielo, publicados em revistas nacionais e internacionais. Os artigos foram selecionados de acordo com as palavras-chave sífilis, sífilis secundária e manifestações orais.

O paciente deste estudo assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e uma autorização para o uso de imagens em âmbito científico.

Primeiramente foi realizado exame clínico e complementar dos pacientes que procuraram por atendimento odontológico, com intuito de identificar um paciente que apresentava características clínicas bucais compatíveis com manifestações bucais da Sífilis secundária.

As lesões orais, após serem diagnosticadas, foram submetidas à biópsia excisional. Para o exame clínico e para a técnica cirúrgica utilizou-se os seguintes materiais: gazes, campo cirúrgico descartável, espátulas de madeira, espelho clínico, sonda exploradora, pinça clínica, cabo e lâmina de bisturi nº 15, fio de sutura, porta agulhas, sugador, tesoura cirúrgica, seringa carpule com as respectivas agulhas.

O material obtido foi armazenado em formol a 10% e encaminhado para exame anatomopatológico.

5 RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 67 anos de idade apresentou-se ao serviço de Estomatologia da Universidade de Uberaba (UNIUBE) com a queixa principal de “dor na boca”. A anamnese não revelou dados significantes. Enquanto, que no exame físico geral observou-se alterações localizadas nas palmas das mão e planta dos pés (Fig. 1). As lesões eram múltiplas, circunscritas com margens esbranquiçadas. No exame físico extrabucal notou-se que os linfonodos cervicais e submandibulares se encontravam palpáveis e doloridos (Fig. 2). A inspeção do interior da boca revelou diversas placas mucosas na borda da língua (Fig. 3) e no palato duro (Fig. 4). As lesões eram dolorosas e tinham surgido há poucos dias, sendo as mesmas, precedidas de mal-estar e febre baixa. Dado a localização, a hipótese de lesões de pés-mãos e boca foi sugerida por conta da localização das lesões. Contudo, o aspecto clínico das lesões bucais descartou de imediato esse diagnóstico clínico. A outra hipótese aventada foi de sífilis secundária. Na oportunidade, foi realizado biópsia excisional de um dos nódulos localizado na borda da língua do lado esquerdo (Fig. 5) e o material obtido enviado para exame anátomopatológico que não confirmou e nem descartou a possibilidade de lesão sífilítica. O paciente também foi submetido ao exame de sangue VDRL e FTA-ABS que confirmaram o Diagnóstico de Sífilis (Fig. 6 e 7). Após o resultado confirmatório, o paciente foi encaminhado para o infectologista da instituição, sendo devidamente tratado. Um ano após a consulta inicial não foi observado sinais clínicos das lesões sífilíticas (Fig. 8 e 9) e o exame de sangue confirmou a efetivação da cura da doença.



Figura 1: Lesões descamativas de bordas esbranquiçadas e leito avermelhado na planta dos pés e palmas das mãos. **Fonte:** autoria própria.



Figura 2: Linfadenopatia generalizada. **Fonte:** autoria própria



Figura 3: Placas mucosas na borda da língua. **Fonte:** autoria própria



Figura 4: Placas mucosas no palato. **Fonte:** autoria própria



Figura 5: Biópsia (borda lateral esquerda da língua). **Fonte:** autoria própria

<p> Dt. Nascimento: 09/12/1965 Solicitante: PAULO ROBERTO HENRIQUE Pedido: 383399 Convênio: SUS - AMBULATORIAL Unidade: H.U. - AMBULATORIO - 03 - CAMPUS CENTROPOLEINCA </p>	<p> ORO MO-CD-8270 Nº Exames: 3 Dt. Coleta: 25/05/2016 Dt. Impressão: 22/05/2017 </p>
--	--

Laboratório Instituto CRM 142622 e 25/0825 - Responsável Técnico: Diego Couveiro Maciel CRM 3221
SIFILIS - VDRL

<p> RESULTADO: REAGENTE 1:128 METODO...: FLOCULACAO MATERIAL...: SORO EXAME REPETIDO E CONFIRMADO </p>	<p> REFERENCIA: NAO REAGENTE </p>
---	---

NOTA:

- O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado a sua história clínica e/ou epidemiológica.
- Se persistir a suspeita clínica de sífilis, deve-se repetir o teste após 30 dias com a coleta de uma nova amostra.
- Sugere-se que os resultados reagentes sejam submetidos à realização de testes treponêmicos.

Coletado: 25/05/2016 09:13:53
 Liberado: 25/05/2016 19:20:00

Figura 6: Exame VDRL. **Fonte:** autoria própria

Dt. Nascimento: 09/12/1949
 Solicitante: PAULO ROBERTO HENRIQUE
 Pedido: 388389
 Convenio: SUS - AMBULATORIAL
 Unidade: H.U. - AMBULATORIO -03- CAMPUS CENTROPOCLINICA

Nr. Identidade: 332443
 N° Exames: 3
 Dt. Cadastro: 25/05/2016
 Dt. Impressão: 02/06/2016

Laboratório Inorita CRM3 142620 e 05/0853 - Responsável Técnico: Diego Crivinel Maciel CRM 3221
SIFILIS - FTA ABS IGM

RESULTADO: REAGENTE **VALOR DE REFERENCIA: NEGATIVO**

METODO...: IMUNOFLORESCENCIA INDIRETA

MATERIAL...: SORO 2

NOTA:
 - O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado a sua história clínica e / ou epidemiológica. Segundo a portaria nº 3242 de 20/11/2011, do Ministério da Saúde, os resultados reagentes devem ser submetidos a realização de testes não treponêmicos.

Coletado: 25/05/2016 09:16:37
 Liberado: 02/06/2016 19:28:00

SIFILIS - FTA ABS IGG

RESULTADO: REAGENTE **REFERENCIA: NAO REAGENTE**

METODO...: TRIAGEM POR QUIMIOLUMINESCENCIA E CONFIRMACAO POR IMUNOFLORESCENCIA INDIRETA.

MATERIAL...: SORO

NOTA:
 - Triagem realizada por quimioluminescencia e confirmada por imunofluorescencia indireta. Devido a alta sensibilidade da quimioluminescencia, valores iguais ou inferiores a 1,0 foram confirmados pelo estado imunofluorescencia indireta.
 - O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado a sua história clínica e/ou epidemiológica. Segundo a portaria Numero 3242 de 20/11/2011, do Ministério da Saúde, os resultados reagentes devem ser submetidos a realização de testes não-treponêmicos.

Coletado: 25/05/2016 09:14:59
 Liberado: 02/06/2016 19:28:00

Figura 7: Exame FTA ABS. Fonte: autoria própria



Figura 8: Proervação (1 ano). Fonte: autoria própria



Figura 9: Proservação (1 ano). **Fonte:** autoria própria

6 DISCUSSÃO

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum* (KONEMAN, 1997; VON SIMSON, KULASEGARAM, 2012), podendo ser transmitida sexualmente (sífilis adquirida) ou verticalmente através da placenta (sífilis congênita) (LITTLE, 2005). No presente caso o paciente tinha sífilis adquirida.

A sífilis pode ser dividida nos seguintes estágios: primário, secundário, latente e terciário (CAWSON, 2008). No presente caso, o paciente era portador de sífilis secundária. De acordo com Kent e Romanelli (2008), as lesões orais podem ocorrer em qualquer um dos três estágios clínicos: primário, secundário e terciário, mas de acordo com Czerninski e colaboradores (2011) e Jones e colaboradores (2012) elas acontecem com maior frequência na fase secundária.

Na sífilis secundária da sífilis é comum a ocorrência de alterações sistêmicas, como faringite, mialgia, artralgia, prostração, cefaléia, linfadenopatia generalizada (MEYER, SHKLAR, 1967). Neste paciente notou-se que os linfonodos cervicais e submandibulares se encontravam palpáveis e doloridos, caracterizando o quadro de linfadenopatia generalizada.

Ela também se caracteriza pela disseminação do *T. pallidum* (SINGH, ROMANOWSKI, 1999; FREEDBERG et al., 2003) e pelo aparecimento da roséola sífilítica, a qual é uma erupção cutânea maculopapular, difusa que acomete as mãos e pés e aproximadamente 60 a 80% dos pacientes (NEVILLE et al., 2004).

Na cavidade oral, as lesões se apresentam como máculas avermelhadas ovais, como erupções maculopapulares (MEYER, SHKLAR, 1967) ou como placas mucosas caracterizadas por placas esbranquiçadas, irregulares e indolores (BRUCE, ROGERS, 2004; NEVILLE et al., 2004). A comissura labial também pode ser acometida por lesões conhecidas como condiloma lata (MEYER, SHKLAR, 1967). As placas mucosas podem se manifestar em qualquer superfície mucosa, mas ocorre com maior frequência na língua, lábios, mucosa jugal, palato e amígdalas (BARRETT et al., 2004; NEVILLE et al., 2004).

Neste paciente verificou, através do exame físico geral, alterações localizadas nas palmas das mão e planta dos pés. As lesões eram múltiplas, circunscritas com margens esbranquiçadas. A inspeção do interior da boca revelou diversas placas mucosas no palato duro e bordas da língua. As lesões eram dolorosas e tinham

surgido há poucos dias, sendo as mesmas, precedidas de mal-estar e febre baixa, sugerindo a hipótese de sífilis secundária.

Na oportunidade, foi realizada biópsia excisional de um dos nódulos localizado na borda da língua do lado esquerdo e o material obtido enviado para exame anátomopatológico que não confirmou e nem descartou a possibilidade de lesão sífilítica. Noronha e colaboradores (2006) relataram um caso clínico de sífilis que foi diagnosticada a partir de lesões orais. Eles também realizaram biópsia incisiva da lesão e o exame anatomo-patológico revelou quadro inflamatório crônico mononuclear, com predomínio de plasmócitos, localizados principalmente ao redor dos vasos sanguíneos.

Para a confirmação do diagnóstico de sífilis secundária são realizados os testes sorológicos VDRL e o FTA-ABS (MOREIRA, et al., 2002). Também podem ser solicitados métodos de biologia molecular, tais como a PCR, que são recursos de alta sensibilidade e especificidade para a detecção dos microorganismos (MOREIRA et al., 2002) e pode ser realizada imunohistoquímica (SIQUEIRA et al., 2014).

O paciente também foi submetido ao exame de sangue VDRL e FTA-abs, que confirmaram o diagnóstico de Sífilis. CARBONE, CAPRA, NELSON, 2016, diante de um caso suspeito de sífilis, também solicitaram o exame FTA-ABS para confirmação do diagnóstico.

Após o resultado confirmatório, o paciente foi encaminhado para o infectologista, sendo devidamente tratado. O tratamento da sífilis consiste em antibioticoterapia com o uso do antibiótico penicilina benzatina, cuja dose e administração variam de acordo com o estágio da doença, o grau de envolvimento neurológico do paciente e o estado imunológico do paciente (NEVILLE et al., 2004). A Organização Mundial da Saúde preconiza dose única de 2.400.000 U de penicilina benzatina intramuscular para os casos de sífilis recente.

Os sintomas da sífilis secundária podem regredir espontaneamente dentro de 3 a 12 semanas (NEVILLE et al., 2004). Neste caso, a paciente foi tratada com penicilina e um ano após a consulta inicial não foi observado sinais clínicos das lesões sífilíticas e o exame de sangue confirmou a efetivação da cura da doença. O paciente do relato de caso de Minicucci et al (2013) também recebeu antibioticoterapia com Penicilina G Benzatina e duas semanas após o tratamento a lesão oral desapareceu.

7 CONCLUSÃO

De acordo com a revisão de literatura e a descrição deste relato de caso foi possível concluir que o conhecimento das manifestações orais da sífilis é de fundamental importância para os profissionais da área da saúde executarem um correto diagnóstico e tratamento e que a melhora no aprendizado da doença contribui com a saúde pública, no sentido da prevenção e diagnóstico precoce dos casos de sífilis.

REFERÊNCIAS

- ASHTON M.; et al. An outbreak no longer: factors contributing to the return of syphilis in Greater Manchester. **Sex Transm Infect**, v. 79, p. 291-293, 2003.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Syphilis: diagnosis, treatment and control. **An Bras Dermatol**, v. 81, p. 111–126, 2006.
- AZZATO F.; et al. Molecular subtyping of *Treponema pallidum* during a local syphilis epidemic in men who have sex with men in Melbourne, Australia. **J Clin Microbiol**, v. 50, p. 1895–1899, 2012.
- BARRETT, A. W.; et al. The histopathology of syphilis of the oral mucosa. **J. Oral Pathol. Med**, v. 33, n. 5, p. 286-291, 2004.
- BAUGHN, R. E.; MUSER, D. M. Secondary syphilitic lesions. **Clin Microbiol Rev.**, v. 18, p. 205–216, 2005.
- BRUCE, A. J.; ROGERS, R. S. Oral Manifestations of Sexually Transmitted Diseases. **Clin. Dermatol**, v. 22, n. 6, p. 520-527, 2004.
- CARBONE, Peter N.; CAPRA, Gregory G.; NELSON, Brenda L. Oral Secondary Syphilis. **Head and Neck Pathol.**, v. 10, p. 206–208, 2016.
- CAWSON, R. A. **Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine**. 8. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2008.
- CENTER for Disease Control and Prevention. **Syphilis** - CDC fact sheet, 2014.
- CZERNINSKI, R.; et al. Oral syphilis lesions—a diagnostic approach and histologic characteristics of secondary stage. **Quintessence Int**, v. 42, p. 883-9, 2011.
- FICARRA, G.; CARLOS, R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. **Head Neck Pathol.**, v. 3, p. 195–206, 2009.
- FREEDBERG, I. M.; et al. **Fitzpatrick's dermatology in general medicine**. 6. ed. New York: McGraw-Hill, 2003. V. 2
- HICKS, C. B.; SPARLING, P. F. **Pathogenesis, clinical manifestations, and treatment of early syphilis**. 2013.

JONES, L.; et al. Three cases of oral syphilis—an overview. **Br Dent J**, v. 212, p. 477–80, 2012.

KENT, M. E.; ROMANELLI, F. Reexamining syphi-lis: an update on epidemiology, clinical man-ifestations, and management. **Ann Pharmacother**, v. 42, p. 226–36, 2008.

KONEMAN, E. W. **Color atlas and textbook of diagnostic microbiology**. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997.

LITTLE, J. W. Syphilis: an update. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 100, p. 3–9, 2005.

MEYER, I.; SHKLAR, G. The oral manifestation of acquired syphilis. **Oral Surg Oral Pathol Oral Med**, v. 23, p. 45-48, 1967.

MINICUCCI, E. M.; et al. Oral manifestations of secondary syphilis in the elderly – a timely reminder for dentists. **Australian Dental Journal**, v. 58, p. 368–370, 2013.

MOREIRA, L. C.; et al. A boca como órgão de práticas sexuais e alvo de DST/AIDS. **DST-J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 14, n. 2, p. 37-53, 2002.

NEVILLE, B. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

NORONHA, Augusto César C.; et al. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 18, n. 3, p. 190-193, 2006.

SCHECHTER, M.; MARAGONI, D. V. **Doenças Infeciosas Conduta e Diagnóstica e Terapêutica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SINGH, A. E.; ROMANOWSKI, B. Review with emphasis on clinical epidemiologic, and some biologic features. **Clin Microbiol Rev.**, v. 12, p. 187–209, 1999.

SIQUEIRA, C. S.; et al. Diagnostic approaches in unsuspected oral lesions of syphilis. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**, v. 43, p. 1436-1440, 2014.

VON SIMSON, R.; KULASEGARAM. R. Sexual health and the older adult. **Student BMJ**, v. 20, 2012.

WARD, J. S.; et al. Epidemiology of syphilis in australia: moving toward elimination of infectious syphilis from remote Aboriginal and Torres Strait Islander communities? **Med J Aust**, v. 194, p. 525–529, 2011.