

**RAFAELA GUIDI**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA SÍFILIS:  
*ESTUDO RETROSPECTIVO***

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para obtenção do Título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

**Uberlândia 2007**

**RAFAELA GUIDI**

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA SÍFILIS: *ESTUDO  
RETROSPECTIVO***

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para obtenção do Título de Mestre em Odontologia, Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

**Orientador:** Prof. Dr. Antônio Francisco Durighetto Jr.

**Co-Orientador:** Prof. Dr. Darceny Zanetta-Barbosa

**Banca Examinadora:**

Prof. Dr. Antonio Francisco Durighetto Jr.

Profa. Dra. Rosana Ono

Prof. Dr. Danyel Elias Cruz Perez

**Uberlândia**

**2007**

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

G947    Guidi, Rafaela, 1975-  
m        Manifestações bucais da sífilis : estudo retrospectivo / Rafaela Guidi. -  
2007.  
84 f. : il.

Orientador: Antônio Francisco Durighetto Jr.  
Co-orientador: Darceny Zanetta-Barbosa  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de  
Uberlândia, Pro-  
grama de Pós-Graduação em Odontologia.  
Inclui bibliografia.

1. Sífilis - Teses. 2. Doenças sexualmente transmissíveis - Teses. 3.  
Boca - Sífilis - Teses. I. Durighetto Júnior, Antônio Francisco. II.  
Zanetta-Barbosa, Darceny. III. Universidade Federal de Uberlândia.  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU:

616.972

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

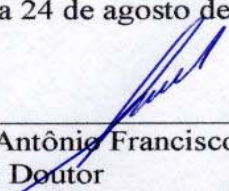
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

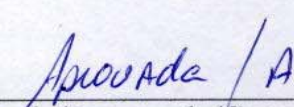
AV. Pará, 1720, bloco 2u – sala 2U09 – Campus Umuarama - UBERLÂNDIA –MG – 38400-902  
(0XX) 034 –3218-2550

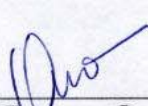
**RELATÓRIO DA COMISSÃO JULGADORA DA PROVA DE DEFESA DE MESTRADO DA C.D. RAFAELA GUIDI, DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DESTA UNIVERSIDADE.**

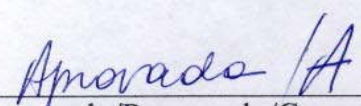
Às quatorze horas do dia vinte e quatro de agosto do ano de dois mil e sete, reuniu-se a Comissão Julgadora indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação desta Faculdade, para o julgamento da Dissertação de Mestrado apresentada pela candidata RAFAELA GUIDI, com o título: *Manifestações bucais da sífilis: estudo retrospectivo*. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de argüição pelos examinadores. Encerrada a argüição, cada examinador expressou o seu julgamento em sessão secreta e exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Dissertações e Teses da Biblioteca desta Universidade. Acompanham este relatório os pareceres individuais dos membros da Comissão Julgadora.

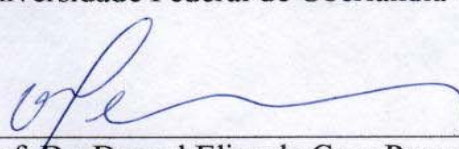
Uberlândia 24 de agosto de 2007

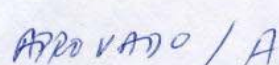
  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Antônio Francisco Durighetto Jr.  
Titulação: Doutor  
Universidade Federal de Uberlândia. - UFU

  
\_\_\_\_\_  
Aprovado/Reprovado/Conceito

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Rosana Ono  
Titulação: Doutora  
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

  
\_\_\_\_\_  
Aprovado/Reprovado/Conceito

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez  
Titulação: Doutor  
Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

  
\_\_\_\_\_  
Aprovado/Reprovado/Conceito



## **DEDICATÓRIA**

## DEDICATÓRIA

**À minha família,**

**Especialmente à minha Mãe,** por todo amor e dedicação e apoio incondicional às minhas escolhas na vida; pelo exemplo de superação de dificuldades; por me ensinar a importância de ajudar indistintamente sempre que possível e finalmente por ser sempre meu porto seguro em todos os momentos.

**Às minhas irmãs,** Patrícia e Bruna, pelo carinho e forma como estiveram sempre presentes na minha vida.

**Ao meu amor,** Renato, pelo carinho, compreensão e paciência nesta etapa da minha vida.

À vocês, todo o meu amor e carinho.

**Ao Professor Durighetto,** meu mestre, pela confiança em mim depositada; pelas palavras de apoio nos momentos mais críticos; pelas oportunidades que me proporcionou na vida profissional; pelo exemplo ímpar de amor à profissão e à família; pelo afeto e paciência, minha eterna amizade e gratidão.

 **AGRADECIMENTOS**

## **AGRADECIMENTOS**

**Ao Prof. Dr. Darceny Zanetta Barbosa**, pela confiança em mim depositada, pelas oportunidades e apoio na vida profissional, pela amizade e incentivo imprescindíveis na construção da minha carreira.

**À Prof. Dra. Rosana Ono**, pelo carinho e disposição em ajudar sempre

**Ao Prof. Dr. Daniel Elias Cruz Perez**, pela insubstituível participação na avaliação deste trabalho, pela amizade disponibilidade e atenção e gentileza para comigo.

**À Prof. Ms. Flávia Gabriela Rosa**, pelo apoio, conselhos, por ter estado sempre presente, pelo companheirismo amizade e confiança durante os desafios pessoais que compartilhamos.

**Ao Prof. Ms. Jonas Dantas Batista**, pela amizade construída nestes anos; pelas palavras de apoio; pelo exemplo de compromisso com seus objetivos e pelo auxílio indispensável no curso deste mestrado.

**Ao Prof. Dr. André Luiz Cortez**, pela paciência, apoio e disponibilidade em ajudar na realização deste trabalho.

**À Prof. Dra. Íris Malagoni Marques**, pelo exemplo de seriedade e dedicação à profissão e especialmente pela confiança e amizade construídas ao longo destes muitos anos, desde a minha graduação em Odontologia.



**Aos meus segundos Pais, Benedita e Aguiar**, pela presença importante na minha vida, pelo apoio, carinho e respeito.

**Aos amigos Marcelo e Lia** por toda ajuda, apoio e atenção sem os quais teria sido mais difícil superar as dificuldades.

**Aos amigos Lair e Carolina** pela amizade, pelas palavras de incentivo e todo o carinho que sempre tiveram comigo desde que nos conhecemos.

**Aos Colegas Célia, Auxiliadora, Mirian e Keller** pelo apoio, auxílio e compreensão essenciais para a realização deste trabalho.

**À amiga Cidinha** pelo carinho, paciência, incentivo, e disposição em ajudar sempre que precisei. Obrigada por tudo.

**À Lindalva e à Abigail**, pela alegria e carinho em as suas palavras e atitudes que tornaram esta missão mais doce.

**Aos Srs. Getúlio e Dorvalina**, que sempre me atenderam com atenção e paciência. Obrigada pela dedicação.

 **ΕΠΙΓΡΑΦΕ**

“A Felicidade não consiste em receber honras, e sim em merecê-las”.



**SUMÁRIO**

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	13
LISTA DE FIGURAS.....	15
LISTA DE TABELAS.....	17
RESUMO.....	19
ABSTRACT.....	22
1. INTRODUÇÃO.....	24
2 . REVISÃO DA LITERATURA.....	32
2.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA SÍFILIS.....	32
2.2. TRANSMISSÃO.....	33
2.3. MANIFESTAÇÕES BUCAIS .....	35
2.4. CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS.....	39
2.5. SÍFILIS CONGÊNITA.....	40
2.6. EPIDEMIOLOGIA E ASSOCIAÇÃO COM O HIV.....	43
3 . PROPOSIÇÃO.....	51
4 . MATERIAL E MÉTODO.....	53
5 . RESULTADOS.....	56
6 . DISCUSSÃO .....	66
7 . CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS.....	77
OBRAS CONSULTADAS.....	82
ANEXO.....	83



**LISTA DE ABREVIATURAS**

## LISTA DE ABREVIATURAS

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

CDC- Centers of Diseases Control

CID – Classificação Internacional de Doenças

ELISA – Enzime Linked Immuno Sorbent Assay

FTA-ABS – Fluorescent Treponemal Antibody Absorption

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS- Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana

SNC – Sistema Nervoso Central

TPHA – Treponema pallidum Haemagglutination Assay

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory



**LISTA DE FIGURAS**



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribuição das porcentagens de todos os casos de sífilis ao longo do período estudado .....	<b>57</b>
<b>Figura 2.</b> Distribuição dos casos de sífilis adquirida por ano no período estudado. ....	<b>58</b>
<b>Figura 3.</b> Distribuição dos casos de sífilis Congênita por ano no período estudado. ....	<b>58</b>
<b>Figura 4.</b> Distribuição dos casos de sífilis adquirida por faixa etária (década de vida). ....	<b>60</b>
<b>Figura 5.</b> Distribuição dos casos de sífilis adquirida por setor de atendimento.....	<b>61</b>

 **LISTA DE TABELAS**

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Classificação clínica dos casos de sífilis no período estudado. .....	<b>56</b>
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos casos de sífilis por ano em relação ao número de atendimentos no HC-UFU. ....	<b>57</b>
<b>Tabela 3.</b> Número de casos por ano no período estudado. ....	<b>59</b>
<b>Tabela 4.</b> Distribuição dos casos de sífilis adquirida pela cor/raça informada. .....	<b>60</b>
<b>Tabela 5.</b> Procedência dos pacientes com sífilis adquirida. ....	<b>61</b>
<b>Tabela 6.</b> Distribuição dos casos de sífilis congênita quanto ao gênero. .....	<b>62</b>
<b>Tabela 7.</b> Distribuição dos casos de sífilis congênita quando à cor/raça informada. ....	<b>62</b>
<b>Tabela 8.</b> Características clínicas das lesões bucais e associação com HIV. .....	<b>62</b>
<b>Tabela 9.</b> Comportamento de risco relatado nos casos de sífilis adquirida. .....	<b>64</b>
<b>Tabela 10.</b> Manifestações bucais e HIV de acordo com a classificação da sífilis adquirida.....	<b>64</b>
<b>Tabela 11.</b> Manifestações bucais nos casos de sífilis com probabilidade de envolvimento bucal.....	<b>64</b>
<b>Tabela 12.</b> Características clínicas das lesões bucais e associação com HIV.....	<b>64</b>

 **RESUMO**

## RESUMO

Tendo em vista o aumento da incidência de sífilis em vários países europeus, norte americanos e na América Latina e uma recente preocupação em relação à transmissão desta doença na prática odontológica observados na literatura, o objetivo deste estudo foi avaliar retrospectivamente os dados sócio-demográficos da sífilis diagnosticada na população atendida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) no período de 1999 a 2006 e verificar nesta mesma população a ocorrência da sífilis e suas manifestações bucais. No período do estudo, 1.229.964 pacientes foram atendidos no HC-UFU, dos quais 637 tiveram o diagnóstico de sífilis cadastrado no setor de Nosologia. Dos 637 prontuários revisados 298 foram incluídos no estudo após avaliação dos dados clínicos e laboratoriais. Dados quanto ao gênero, idade, raça, procedência, manifestação clínica e presença de lesões bucais, foram coletados, organizados e descritos. Os dados em relação à ocorrência da sífilis ao longo do período estudado foram submetidos à análise estatística. Dos casos incluídos, 99 foram sífilis congênita e 199 de sífilis adquirida. Destes últimos, 101 casos ocorreram no gênero masculino. A idade variou de 16 a 81anos, com média de 36,5 anos e picos na terceira, quarta e quinta décadas. A raça branca foi a mais acometida (57%). Dos 199 casos de sífilis adquirida 2,5% foram classificados como sífilis primária, 16,5% secundária, 24,5% latente, 4% terciária, 44% foram considerados tratados e 8,5% não puderam ser classificadas. Infecção por HIV ocorreu em 13,5% dos casos de sífilis adquirida. No período estudado a ocorrência de sífilis foi baixa na amostra estudada (0,024%) e mostrou pouca variação ao longo dos anos com uma queda estatisticamente significativa apenas entre 2004 e 2005, não sustentada no ano seguinte. O estudo sugeriu que a alta frequência de diagnósticos de sífilis congênita pode refletir os esforços direcionados a esse tipo de diagnóstico, devido ao programa de erradicação da sífilis congênita lançado pelo Ministério da Saúde, em 1993. As manifestações bucais estiveram presentes em 5% dos casos de sífilis adquirida e quando excluídos os casos de sífilis latente e tratada onde a doença é assintomática este percentual chegou a 15,8%, dos quais a maioria (60%) apresentou-se na forma

de úlcera. Dos pacientes que apresentaram manifestações bucais 4% eram HIV positivos. Considerando-se a raridade da transmissão não sexual da sífilis e a baixa ocorrência da mesma encontrada no presente trabalho sugere-se que o risco de transmissão da doença na prática odontológica é baixo na amostra estudada.

**Palavras-Chave:**Sífilis, manifestações orais, epidemiologia, doenças sexualmente transmissíveis



**ABSTRACT**

## ABSTRACT

The aim of this study was to assess the occurrence of syphilis and its oral manifestations in patients attended in a teaching hospital of a medical school in Uberlândia, Brazil, between 1999 and 2006, in view of its recent resurgence related in Europe, United States and Latin America and the current worry about spreading during the practice of dentistry. At the period of this study, 1,229,964 patients were attended at the teaching hospital with 298 has confirmed diagnosis of syphilis in all clinical forms, by clinical and laboratorial findings. We have collected epidemiological data including gender, age, race, origin, stage of occurrence and oral manifestations. Data was subjected to descriptive and statistical evaluation. Results demonstrate that of the 289 syphilis cases, 99 was congenital syphilis and 199 acquired syphilis. Of these 199 cases, 101 were male and the mean age was 36,5 years (range, 16-81 years). The majority of cases were white (57%). Acquired syphilis showed 5 cases as primary syphilis (2,5%), 33 cases as secondary (16,5%), 49 cases as latent (25%), 8 cases as tertiary (4%) and 87 cases as treated (44%). Among these cases, 5% presented with oral manifestations and 13,5% of cases were HIV positive. The occurrence of syphilis, in the studied population was only 0,024% and variation was statistically significant between 2004 and 2005, in which a decrease was noted. The percentual of oral manifestations when cases of latent and treated syphilis (asymptomatic disease) was excluded, achieved 15,8%. The high prevalence of congenital syphilis can reflect the diagnosis efforts, since the implantation of congenital syphilis eradication program by the Brazilian Health Department. Considering the rarity of nonsexual transmission of syphilis and the low percentual of cases in our sample, we believe that contagion and dissemination risk during the practice of dentistry is low in studied population.

**Key-Words:** Syphilis, oral manifestations, epidemiology, sexual transmissible disease





## **INTRODUÇÃO**

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis é descrita desde tempos remotos, tendo sido reconhecida no Oriente Médio antes de Cristo. O Termo “Sífilis” originou-se do poema de Fracastorius, publicado em 1530, que retratou o sofrimento do pastor Sifilus após contrair a doença como castigo divino por ter atacado Apolo. No mesmo século, os espanhóis a contraíram dos nativos das Índias e então a disseminaram pela Europa e daí para as Américas. A cura definitiva só viria cerca de 400 anos depois com o surgimento da penicilina (Grinspan,1973). É uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) causada por uma espiroqueta gram-negativa, microaerófila, primeiramente identificada em 1905 por Fritz Schaudinn, o *T. pallidum*, cuja sobrevivência fora do hospedeiro é muito limitada (Santos Jr., 1996; Dahle e cols., 2003). A infecção é conhecida por suas variadas manifestações clínicas, como o “grande imitador” das doenças. O homem é o único hospedeiro do *T. pallidum* (Woods, 2005) cuja infecção é classificada de acordo com o estágio de ocorrência em: sífilis primária, secundária, latente (precoce ou tardia), terciária, e sífilis congênita (Little, 2005). Nos estágios primário, secundário e latente precoce, o paciente é infeccioso e a infectividade é perdida nos estágios terciário e latente tardio (Scott & Flint, 2005).

A transmissão ocorre essencialmente pelo contato sexual, embora ocorra verticalmente de gestante infectada para o bebê (CDC). A transmissão horizontal da sífilis pode se dar não só pelo contato direto com as lesões, mas também pelo contato com sangue e saliva, esta última quando da presença de lesões bucais (Little, 2005; Scott & Flint, 2005). Transfusão sanguínea e tatuagens têm sido associadas à transmissão da sífilis (Nishioka & Gyorkos, 2001,2002; Sultan e cols., 2007) e somam-se aos raros relatos de lesões primárias com transmissão considerada não sexual (Epstein, 1952 ; Williams & Sundararaj, 1990).

O *T. pallidum* pode invadir as mucosas íntegras ou pele ferida, do local exposto, onde após a penetração do microorganismo, facilitada pela

produção de hialuronidase, ocorre a multiplicação da bactéria especialmente em trajetos perivasculares, onde ocorre a disseminação pela circulação linfática. A partir daí as manifestações passam por períodos ou fases que levam à classificação da doença em estágios. (Woods, 2005)

O período de incubação da sífilis primária pode variar de 9 a 90 dias (CDC, 2002; Lautenschlager, 2006) após o qual a lesão primária típica ou cancro aparece no local da infecção, resultado de um processo inflamatório intenso com a presença de plasmócitos, macrófagos e linfócitos. Manifesta-se clinicamente como uma úlcera de bordos endurecidos, indolor, única, repleta de espiroquetas e geralmente associada à linfonodopatia regional, e quando o local primário é a boca geralmente ocorre no lábio e às vezes na língua e orofaringe (Woods, 2005; Scott e Flint 2005; Lautenschlager, 2006, Leão e cols., 2006).

Os diagnósticos diferenciais para as lesões primárias, segundo Scott & Flint (2005), incluem afta maior, ulceração bucal associada ao HIV, tuberculose, linfoma, micoses, leishmaniose, úlcera eosinofílica, carcinoma espinocelular, sialometaplasia necrotizante, cancroide, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, citomegalovirose, gonorréia e úlcera traumática. Se não resolvida no intervalo de 2 a 10 semanas, a infecção progride com multiplicação do *T pallidum*, disseminação e desenvolvimento da sífilis secundária, onde aparecem os sintomas sistêmicos, como mal estar, cefaléia, perda de peso, dores musculares, artralgia e febre, além de lesões cutâneas variadas, disseminadas ou não, geralmente presentes nesta fase em cerca de 75% dos casos e, freqüentemente, nota-se descamação palmo-plantar (Woods, 2005; Lautenschlager, 2006). Lesões bucais são mais freqüentes e variadas na sífilis secundária e de acordo com Leão e cols., em 2006, são descritas como:

1. Máculas sifilíticas: Manchas vermelhas firmes que aparecem no palato duro

2. Pápulas sifilíticas: Lesões raras que se manifestam como pápulas arredondadas, firmes, vermelhas, cujo centro pode se tornar ulcerado, acinzentado, presentes geralmente na mucosa jugal ou comissuras.

3. Placas<sup>1</sup> mucosas: Erosões ou úlceras rasas recobertas por um exudato mucoso acinzentado e bordos eritematosos. Estas lesões podem coalescer formando lesões serpentiformes ou às vezes já aparecem com este aspecto. Podem aparecer em qualquer parte da boca.

O aspecto serpentiforme adquirido pelas placas mucosas parece ser um sinal marcante dessa manifestação na fase secundária da doença (Bruce & Rogers, 2004, Angus e cols., 2006; Ditzen e cols., 2005). As lesões bucais em sífilis secundária podem ser dolorosas (Ortega e cols., 2002; Soares e cols., 2002; Aquilina e cols., 2003) ou não (CDC, 2002; Angus e cols., 2006). Outra lesão geralmente presente é o “condiloma lata” ou “condiloma plano” que se apresenta como pápulas róseas ou branco-acinzentadas, às vezes com odor característico e altamente infecciosas (Santos Jr., 1996; Nathan e cols., 2001).

Sem tratamento, as manifestações da sífilis secundária se resolvem em cerca de 1 a 2 meses e a doença entra em um período latente de relativo controle imunológico onde o número de microorganismos viáveis permanece baixo e clinicamente há ausência de sintomatologia (Woods, 2005). A sífilis latente precoce é definida como um período assintomático que pode durar até um ano após a infecção, segundo a CDC (Center for Disease Control – Atlanta) ou dois anos segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) (Lautenschlager, 2006). A partir desse período, ainda com ausência de sintomatologia, que pode durar até 30 anos, considera-se sífilis latente tardia.

Alguns anos após a infecção, cerca de 15% a 40% dos indivíduos não tratados irão desenvolver a sífilis terciária (Salata, 2002; Woods, 2005), com o envolvimento progressivo de múltiplos órgãos, especialmente os sistemas vascular (aneurismas, regurgitação aórtica, aortite) e nervoso central (Tabes Dorsalis, paresia generalizada, ptose, insanidade) (Neville e cols., 1995;

---

<sup>1</sup> O termo em inglês, “mucous patches” tem sido comumente traduzido como “placas mucosas”, porém o principal significado do termo “patches” é “retalho” sendo inclusive mais compatível com a apresentação clínica deste tipo de lesão, que é erosiva e não na forma de placa.

Lynn & Lightman, 2004; Lautenschlager, 2006). É comum também neste estágio o envolvimento ocular (Lynn & Lightman, 2004).

Uma lesão conhecida como “goma”, típica da sífilis terciária, resultado de endarterite obliterante, apresenta-se como um nódulo endurecido ou úlcera que pode levar à destruição tecidual local importante em múltiplos órgãos (Little, 2005; Lautenschlager, 2006). Quando ocorre na boca geralmente afeta a língua ou o palato, neste último podendo ocorrer perfuração e comunicação oro - nasal (Neville e cols, 1995). No estágio terciário, os microorganismos viáveis são raros ou ausentes (Woods,2005).

Na gestante, o *T. pallidum* ultrapassa a barreira placentária geralmente após 9 a 16 semanas de gestação resultando em provável infecção do feto, o que também pode ocorrer durante o nascimento quando há o contato entre o bebê e as lesões infecciosas genitais da mãe. Esta forma de infecção é a sífilis congênita, marcada por alterações variáveis no crescimento e desenvolvimento da criança, culminando em aborto, natimortos ou morte neonatal em aproximadamente 40% dos infectados não tratados (Woods, 2005; Walker & Walker, 2007). Mulheres com sífilis têm 70% de chance de transmitir a doença para o bebê nos primeiros 4 anos após a infecção.

As características clínicas precoces da sífilis congênita incluem exantema cutâneo maculopapular, hepatoesplenomegalia, anemia, eritroblastose, periostite e osteocondrite.(Woods, 2005). Em uma fase mais tardia, geralmente a partir dos dois anos de idade aparecem os sinais secundários da sífilis congênita que incluem desenvolvimento dental atrasado, alterações de forma dos incisivos (*dentes de Hutchinson*) e dentes posteriores (*molares em amora*), alterações ósseas como palato ogival, nariz em cela bossa frontal, sendo o diagnóstico nesta fase baseado geralmente na observação da “Tríade de Hutchinson” determinada pela presença de Dentes de Hutchinson, ceratite intersticial da córnea e comprometimento do oitavo par craniano, levando à surdez (Neville, 1995; França & Mugayar, 2004; Walker & Walker, 2007).

Atenção especial deve ser dada em se tratando de sífilis associada ao HIV uma vez que nesses casos os sintomas da doença são geralmente

incomuns e podem alterar o curso da infecção por HIV e vice-versa (Lynn & Lightman, 2004). Ademais, a infecção por sífilis pode facilitar a infecção por HIV por ser uma doença ulcerativa, e por isso uma porta de entrada para partículas virais. Deste modo, a redução nas taxas de sífilis poderia também reduzir a incidência de transmissão de HIV e conseqüentemente, programas públicos de erradicação da sífilis poderiam reduzir os custos do tratamento para a SIDA (Blocker e cols., 2000; Chesson e cols, 2004). Estima-se que nos EUA, cerca de 1000 novos casos de transmissão de HIV entre heterossexuais ocorram em decorrência da sífilis (Chesson e cols, 2004). Recomenda-se que todos os pacientes HIV positivos sejam submetidos a testes para sífilis e vice-versa (Lynn & Lightman, 2004; Angus e cols., 2006).

O diagnóstico de sífilis é feito geralmente por inquérito de saúde, exame clínico, testes sorológicos e identificação da bactéria (Lautenschlager, 2006). A Identificação do *Treponema* pode ser feita por microscopia de campo escuro no exudato colhido da lesão ou avaliação histopatológica de espécimes das lesões.

Testes sorológicos específicos (treponêmicos) como FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption), TPHA (*Treponema pallidum* Haemagglutination Assay) e ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) e testes inespecíficos (não treponêmicos) como o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) (Lautenschlager, 2006) geralmente são decisivos no diagnóstico de sífilis, todavia, a sua interpretação depende da observação do clínico (Santos Jr., 1996). Nos testes treponêmicos, os anticorpos IgM declinam após o tratamento efetivo enquanto os anticorpos IgG permanecem por toda a vida (Woods, 2005). Os testes inespecíficos são ideais para triagem e monitorização do tratamento (Scott & Flint, 2005; Little, 2005). O VDRL, principal teste não treponêmico, sugere sucesso do tratamento quando apresenta títulos decrescentes (Santos Jr., 1996) e o contrário sugere doença em atividade (Woods, 2005).

Na sífilis congênita o diagnóstico sorológico precoce muitas vezes é dificultado pela passagem de anticorpos da mãe pela placenta levando a

exames com falsos positivos e a decisão de se tratar ou não o bebê muitas vezes é dado pelo histórico da mãe (Walker & Walker, 2007) .

Deve-se ter cuidado ao interpretar os testes treponêmicos, uma vez que estes podem ser negativos devido ao “Efeito Prozona” no qual a quantidade de anticorpos produzidos é tão alta que as diluições sorológicas usadas não são suficientes para dar o diagnóstico (Jurado e cols., 1993; Ortega e cols., 2004). O exame histopatológico das lesões de sífilis não apresenta características específicas, embora um infiltrado linfoplasmocitário, hiperplasia epitelial atípica, pseudocarcinomatosa ou psoriasiforme, células gigantes, endarterite, neurite e presença de espiroquetas sejam as características mais comumente observadas (Barret e cols., 2004). Infiltrado plasmocitário perineural parece ser um achado freqüente (Hoang e cols., 2004).

A penicilina introduzida em 1943, ainda é o tratamento de escolha para sífilis e as doses utilizadas variam de acordo com o estágio da doença. Drogas alternativas para pacientes alérgicos à penicilina incluem doxiciclina ou tetraciclina (Scott & Flint, 2005). O tratamento geralmente é eficaz, embora alguma taxa de insucesso possa ocorrer; portanto, recomenda-se que todos os pacientes sejam acompanhados com exames clínico e sorológico pelos 6 a 12 meses seguintes e aqueles indivíduos que não responderem à terapia devem fazer exame do líquido e retratamento (Salata, 2002; Scott & Flint, 2005). Doherty e cols. (2002) sugeriu que pacientes HIV positivos têm maiores taxas de insucesso do tratamento e por isso requerem maior tempo de seguimento.

Recomenda-se que bebês expostos à sífilis sejam acompanhados com sorologias aos 3, 6 e 12 meses. (França & Mugayar, 2004). Após o tratamento, o VDRL geralmente torna-se negativo dentro de 2 anos e o FTA-ABS permanece positivo para o resto da vida (Salata, 2002).

A prevalência e morbidade da sífilis eram altas especialmente nos países industrializados até a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), reduzindo drasticamente graças à introdução da penicilina, em 1943. Até então era tratada apenas com arsênicos associados ou não a mercúrio e iodo, além do bismuto, introduzido em 1921 (Grinspan, 1973; Topazian & Goldberg, 1997).

Subsequentemente um aumento gradual ocorreu até as décadas de 1980 e 1990 com o surgimento da SIDA (Paz-Bayley e cols., 2004; Angus e cols. 2006).

A Literatura mundial vem relatando um aumento na incidência dessa doença especialmente em países europeus e nos EUA.(Chesson e cols., 1999; Ashton e cols., 2003; Hopkins e cols., 2004; Paz-Bailey e cols., 2004; CDC, 2004; Dupin & Couturier, 2004; Angus e cols., 2006; Poulton e cols. 2006; Peterman & Furness, 2007). Esta ressurgência tem sido atribuída a diversos fatores, entretanto o sexo oral sem proteção parece estar potencialmente vinculado ao aumento da incidência da sífilis (Poulton e cols., 2001; Ashton e cols., 2002; CDC, 2004; Hopkins e cols., 2004; Ditzen e cols. 2005; Peterman & Furness, 2007). Consequentemente, publicações recentes de interesse em odontologia disponíveis em revistas científicas (Jorge, 2002; Scott & Flint, 2005; Little, 2005) ou veículos de comunicação não científicos<sup>2</sup> têm chamado a atenção para a sífilis e suas manifestações bucais e para o risco de transmissão durante a prática profissional, já que as lesões bucais são altamente infecciosas (Ortega e cols., 2002; Soares e cols., 2002; Aquilina e cols., 2003; Little & Naples, 2005; Scott & Flint, 2005; Leão e cols.,2006). A possibilidade de transmissão não sexual colocaria o Cirurgião Dentista entre os profissionais de maior risco, pois, a possibilidade, durante a prática profissional, de contato acidental com saliva e sangue não pode ser descartada. Adicionalmente, este risco seria maior se for levado em conta que um grande número de indivíduos com sífilis não apresenta qualquer manifestação clínica, embora permaneçam infecciosos e que na maioria das vezes as lesões bucais são indolores (CDC, 2004).

Considerando-se que quase todos os estágios da sífilis podem mostrar lesões bucais, muitas vezes como único sinal da doença (Bruce & Rogers, 2004; Little, 2005), e que devido ao aumento da transmissão da doença por sexo oral a literatura tem citado um possível aumento na incidência de lesões bucais primárias (Soares e cols., 2002), desperta interesse a freqüência com que pacientes infecciosos são atendidos por Cirurgiões

---

<sup>2</sup> ([www.fop.unicamp.br/biosseguranca/tops/tops2](http://www.fop.unicamp.br/biosseguranca/tops/tops2))



Dentistas. Dentro deste contexto, pareceu-nos oportuno verificar retrospectivamente o panorama da sífilis na população atendida no HC-UFU, bem como a ocorrência das manifestações bucais da doença na mesma população.

**REVISÃO DA LITERATURA**

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA SÍFILIS**

Lautenschlager, em 2006 enfatizou a necessidade, especialmente entre os jovens médicos, de se familiarizarem com as características clínicas da sífilis, visto que a doença tem se mostrado re-emergente em vários países europeus. O autor faz uma revisão acerca das manifestações clínicas nos diversos estágios de sífilis e discute as dificuldades diagnósticas não só das manifestações atípicas com também em relação aos testes laboratoriais. O autor afirma que um correto diagnóstico clínico se baseia no exame completo da pele de toda a superfície corporal, da região ano genital, mucosa bucal, linfonodos regionais, observando-se também possíveis alterações sistêmicas e neurológicas. Faz referência aos sítios extragenitais do cancro que ocorreriam com mais freqüência na região anal ou oral, mas poderia ocorrer em qualquer região mucocutânea. O autor encontrou na literatura uma incidência de 5 a 14% de cancros extragenitais e menciona ainda que devido a um aumento na prática de sexo oral considerada erroneamente como “sexo seguro” , um aumento na incidência de cancro oral estaria ocorrendo. Afirmou que para qualquer úlcera endurecida associada a linfonodopatia regional deve ser considerada a hipótese de sífilis. Em relação à sífilis secundária, o autor encontrou que cerca de 75% dos pacientes desenvolvem algum tipo de manifestação de pele, que em cerca de 15% dos casos o cancro ainda não desapareceu e que as manifestações bucais acometem de um terço à metade dos pacientes. O artigo revisou os métodos de diagnóstico da sífilis nos vários estágios e suas dificuldades, como por exemplo a de se identificar o treponema já que existem muitas espiroquetas não patogênicas na microbiota especialmente na boca. O artigo recordou ainda os aspectos atípicos das manifestações clínicas e laboratoriais de pacientes com sífilis e infectados pelo vírus HIV.

## 2.2. TRANSMISSÃO

Epstein, em 1952, publicou os resultados da aplicação de questionários a 125 Dermatologistas, onde encontrou que 32 profissionais observaram um total de 51 casos de lesões sifilíticas extragenitais em médicos. As lesões foram relatadas nos dedos (35 casos), nariz (6 casos), olho (1 caso) e braço (1 caso). Otorrinolaringologistas foram o grupo mais afetado (seis indivíduos) indicando a importância do contágio através de lesões mucosas. Outros 6 casos ocorreram entre estudantes de medicina, internos, e residentes e 2 casos entre patologistas. A forma mais comum de infecção relatada foi o exame clínico de rotina. O autor conclui que embora a incidência de sífilis adquirida profissionalmente seja baixa, seria um erro omitir a possibilidade de se adquirir sífilis, de forma não sexual, dos pacientes.

Williams & Sundararaj, em 1990, publicaram um caso de lesão sifilítica em criança indiana de 2 anos e meio de idade, cuja transmissão foi considerada não sexual. Os autores relataram que a criança vivia com os avós, e que era um costume da região, beijar a genitália das crianças, o que foi feito pela avó enquanto esta apresentava lesão bucal da sífilis (comprovada por microscopia de campo escuro). A manifestação clínica na criança foi descrita como lesões papulares na região anal e prepúcio caracterizando o condiloma lata e linfonodopatia regional. A possibilidade de abuso sexual foi negada pelos avós, que receberam também o tratamento para sífilis.

Nishioka & Gyorkos, em 2001, discutiram, em uma revisão da literatura, a relação entre tatuagem e o risco de transmissão de doenças infecciosas e o valor de se usar tatuagem como parâmetro em triagem de doadores de sangue para avaliação do risco de transmissão de doenças infecciosas. Os autores encontraram fortes evidências de que a sífilis, bem como hepatite B e Hepatite C seriam transmitidas em tatuagem e concluíram que este risco pode ser minimizado através de profissionais treinados utilizando equipamentos adequados e sob condições sanitárias adequadas na feitura de

tatuagens. Recomendaram que novos estudos devem ser realizados a fim de avaliar o risco da transmissão de doenças infecciosas em tatuagem e portanto seria recomendável uma reavaliação do valor da mesma como critério de triagem entre doadores de sangue.

Os mesmos autores, em 2002, avaliaram as implicações de se usar a presença de tatuagem como critério de exclusão na triagem de doadores de sangue no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Brasil. Os autores calcularam o número de indivíduos que foram correta ou incorretamente impedidos de doar sangue por apresentarem tatuagem, e concluíram que este critério poderia ser eficiente na triagem de doadores em determinados grupos.

Lee e cols., em 2006 publicaram dois casos incomuns de cancro extragenital em mamilo em 2 pacientes, um de 24 e outro de 54 anos, ambos do gênero masculino, heterossexuais, que apresentaram, no primeiro caso, erosão em mamilo direito e, no segundo, edema na região do mamilo direito. Nos dois casos o diagnóstico foi feito por meio de exame histopatológico (coloração pela prata) e sorologias. Nos dois casos, outros sinais e sintomas de sífilis apareceram durante o período de investigação. Os autores concluíram que o cancro pode se manifestar em mamilo fazendo-se passar por outras lesões como carcinoma, doença de Paget, tornando-se um grande desafio para clínicos e patologistas.

Sultan e cols. publicaram, em 2007, a freqüência de doenças infecciosas como Hepatite B e C, HIV e sífilis entre doadores de sangue, no Paquistão. Os autores revisaram dados dos testes sorológicos dos doadores de sangue entre 1996 e 2005 e encontraram uma freqüência de evidências sorológicas de sífilis entre 0,19 e 0,57% enquanto as freqüências para hepatite C foram de 3,01-4,99% e 1,46-2,99% para Hepatite B. HIV teve uma freqüência de 0 a 0,06%. Os autores compararam os dados encontrados com outros estudos feitos na região mostrando que os resultados foram similares e

afirmaram que as transfusões sanguíneas ainda são um importante veículo de transmissão de doenças infecciosas.

### **2.3. MANIFESTAÇÕES BUCAIS**

Dickenson e cols., em 1995, examinaram retrospectivamente 63 pacientes com diagnóstico de carcinoma espinocelular em boca, com idade média de 60 anos, e encontraram que cinco indivíduos (8%) tiveram diagnóstico sorológico de sífilis sem relatar nenhuma história prévia da doença. Considerou-se que esses resultados indicariam que, embora não tenha sido possível por esse estudo definir uma associação de causa entre sífilis e carcinoma, a sífilis seria ainda prevalente neste grupo de pacientes e testes sorológicos de rotina para estes indivíduos deveriam ser considerados.

Em 1994, Michalek e cols., em um estudo de coortes com 16420 pessoas diagnosticadas com sífilis de 1972 a 1987, identificaram câncer incidente entre os membros do coorte em um total de 350 casos. Os autores encontraram uma incidência alta de câncer de boca nesta amostra, especialmente na língua. O estudo sugeriu uma elevada ocorrência de câncer entre pacientes infectados com sífilis. No entanto discutiu-se a possibilidade de casualidade destes números.

Nathan e cols., em 2001 relataram um caso de sífilis secundária onde a queixa do paciente eram lesões nasais e bucais. Foram encontradas pápulas no vestíbulo nasal e placas brancas, indolores, em dorso e borda lateral da língua, sem linfonodopatia regional. As lesões bucais foram biopsiadas e mostraram infiltrado linfoplasmocitário perivascular e intersticial e hiperplasia epitelial. Espiroquetas foram vistas em abundância na coloração pela prata. O diagnóstico de sífilis foi confirmado por sorologias e as lesões nasais identificadas como “condiloma lata”.

Aquilina e cols., em 2003 relataram um caso de sífilis secundária diagnosticada através de uma lesão bucal como única queixa, em um paciente HIV negativo, com histórico de úlcera em região anal que cicatrizou espontaneamente 8 meses antes da queixa em boca. A lesão foi descrita como um espessamento esbranquiçado da mucosa lingual bilateralmente discretamente elevado, mal delimitado, de superfície rugosa semelhante à leucoplasia pilosa. O paciente referiu que as lesões eram dolorosas. O exame clínico não mostrou outras lesões em pele ou mucosa e não havia linfonodopatia. A biópsia da lesão e exames sorológicos confirmaram o diagnóstico de sífilis. Os autores ressaltaram a importância de se considerar a sífilis no diagnóstico diferencial das lesões orais que se assemelham às leucoplasias pilosas, e reforçaram a necessidade de se realizar sorologias para sífilis em todos os pacientes com leucoplasia pilosa, especialmente os HIV positivos.

Soares e cols., em 2004, revisaram as características da sífilis e suas manifestações bucais. Os autores chamaram a atenção para um aumento recente na incidência de manifestações bucais de sífilis primária devido ao aumento da prática de sexo oral. O artigo descreve as características clínicas das manifestações bucais nas suas diversas fases. Em relação à sífilis secundária foi citado que, ao contrário da sífilis primária, as lesões bucais são dolorosas e múltiplas e geralmente acompanhadas de outras manifestações cutâneas e sistêmicas. O trabalho concluiu que a sífilis apresenta manifestações muito diversificadas, em praticamente todos os sistemas e órgãos e as manifestações bucais podem ser o único sinal, sendo mandatória a avaliação bucal destes pacientes.

Paz & Potasman, em 2004, relataram um caso de lesões bucais como única manifestação de sífilis secundária. As manifestações foram descritas como múltiplas lesões orais brancacentas cobrindo a língua, mucosa jugal e labial associadas a linfonodopatia cervical dolorosa, presentes há cerca de quatro meses. O Caso é relatado em uma mulher que retornou de uma

estadia de 9 meses em Amsterdã. Os autores citaram a raridade de lesões bucais em sífilis secundária e chamaram a atenção para os diagnósticos diferenciais como aftas, leucoplasia pilosa ou carcinoma espinocelular e reforçaram a necessidade de vigilância, uma vez que as taxas de DST/sífilis estão aumentando nos países europeus.

Bruce & Rogers, em 2004, revisaram as manifestações bucais das Doenças Sexualmente Transmissíveis virais, fúngicas e bacterianas incluindo a sífilis. Os autores descreveram as características clínicas das lesões bucais da sífilis nos diversos estágios da doença, bem como das outras DST e concluíram que “a mucosa bucal é vulnerável à inoculação direta de várias infecções sexualmente transmitidas” e que a identificação destas na boca pode levar ao diagnóstico precoce e tratamento. Portanto o exame da boca constituiria parte fundamental na avaliação de pacientes com suspeita de DSTs.

Little, em 2005 revisou a literatura recente sobre sífilis ressaltando os aspectos clínicos e epidemiológicos de importância para o Odontólogo. As apresentações clínicas dos vários estágios da sífilis, diagnóstico, tratamento e prevenção foram revisados. Sugeriu-se, em relação aos cuidados odontológicos, que todos os pacientes deveriam ser manuseados como infectados devido à impossibilidade de se identificar os indivíduos potencialmente infectados inclusive para outras doenças como HIV e hepatite viral. Mencionaram ainda a possibilidade de a sífilis se disseminar durante a prática odontológica pelo contato direto com lesões da sífilis ou sangue e saliva dos pacientes infectados. O autor descreveu também as manifestações orais da sífilis e chamou a atenção para a necessidade de notificação das DSTs.

Scott & Flint, em 2005 relataram três casos de manifestação bucal em sífilis primária, ressaltaram a alta infectividade das lesões bucais e sugeriram que nos três casos apresentados a transmissão provável seria o

contato oro-genital. Os autores ressaltaram a importância da sífilis no diagnóstico diferencial de úlceras bucais na clínica odontológica, já que a boca representaria um dos sítios extrabucais mais afetados sendo o local primário em 12 a 14% dos pacientes. Além disso, afirmaram que a sífilis precoce é uma doença altamente infecciosa com lesões que cicatrizam espontaneamente, porém o indivíduo permaneceria infeccioso devendo o profissional estar apto a referenciar o paciente rapidamente para tratamento diminuindo a morbidade e evitando a transmissão para futuros contatos. O artigo revisou dados a respeito do tratamento da sífilis, manifestações orofaciais e dos diagnósticos diferenciais para o cancro. Foram apresentados como diagnósticos diferenciais para a lesão primária em boca: Afta maior, ulceração bucal associada ao HIV, tuberculose, linfoma, micoses, leishmaniose, úlcera eosinofílica, carcinoma espinocelular, sialometaplasia necrotizante, cancroide, citomegalovirose, gonorréia e úlcera traumática. O estudo ressaltou o “ressurgimento” da doença especialmente na Europa e nos Estados Unidos.

Leão e cols. em 2006, revisaram as manifestações bucais da sífilis primária, secundária, terciária e congênita e discorreram acerca da associação entre sífilis e infecção por HIV. Em relação ao diagnóstico de sífilis foi relatado que a microscopia de campo escuro além de ser um exame com risco de transmissão, não é totalmente indicado em lesões de boca devido ao grande número de outras espiroquetas que não o *T. pallidum* presentes na boca. As lesões secundárias da boca foram revisadas e classificadas como se segue: 1. Máculas sífilíticas: Lesões maculares que aparecem no palato duro e manifestam-se como lesões vermelhas, firmes, ligeiramente elevadas. 2. Pápulas sífilíticas: São lesões raras que se manifestam nódulos arredondados firmes, vermelhos, com centro ulcerado acinzentado geralmente na mucosa jugal ou comissuras. 3. Placas mucosas: As descrições são variadas e incluem erosões ou úlceras rasas recobertas por um exudato mucoso acinzentado e bordos eritematosos. Podem aparecer em qualquer parte da boca. Estas lesões podem coalescer formando lesões serpentiformes ou às vezes já aparecem com este aspecto.



## 2.4. CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

Ortega e cols., em 2004, em um relato de caso de sífilis secundária em paciente HIV positivo, discutiram a afirmativa de que algumas doenças bucais, como a sífilis, poderiam apresentar características incomuns na presença de infecção por HIV e que lesões bucais de sífilis seriam raras, porém o Odontólogo deveria estar consciente de suas características e variações. Os autores enfatizaram as particularidades em relação às provas de laboratório para sífilis (características histológicas e exames laboratoriais) bem como sua aplicabilidade e limitações. O presente trabalho mencionou que em pacientes HIV positivos a deficiência de anticorpos circulantes, segundo alguns autores poderiam levar a falsos negativos. Outra explicação para este fato seria o fenômeno de “Prozona”, no qual a quantidade de anticorpos produzidos é tão alta que as diluições usadas nos testes treponêmicos são insuficientes para o diagnóstico. O caso relatado teve como características clínicas máculas avermelhadas em dorso e abdome e máculas nas mãos. Em boca notou-se lesões ulceradas, dolorosas, de limites definidos e forma variável, recobertas por membrana esbranquiçada, presentes na mucosa jugal, palato, gengiva, língua e mucosa labial presentes há cerca de seis meses. O caso mostrou dificuldade no diagnóstico porque teve sorologias iniciais negativas e exame histopatológico inespecífico. A contagem de CD4 antes do aparecimento dos sintomas era de 329 céls/mm<sup>2</sup>, passando a 600céls/mm<sup>2</sup> após 6 meses, e reduziu para 464 céls/mm<sup>2</sup> após o tratamento. Já a carga viral que era de 2900cp/ml passou a 37000cp/ml com a infecção e estabilizou após o tratamento em 14000cp/ml. O presente trabalho concluiu que as variações vistas nos níveis de CD4 e carga viral no caso apresentado, sugeriram que a sífilis, como infecção oportunista, pode alterar o curso da infecção por HIV, e que estes pacientes podem ter maior dificuldade de resposta ao tratamento convencional.

Barret e cols, em 2004, revisaram a histopatologia de 5 lesões bucais de sífilis e descreveram suas características, sendo 2 casos em sífilis primária, 1 em secundária e 2 em terciária. Dos 5 casos revisados, com evidência clínica e sorológica satisfatórias de sífilis, 3 apresentaram infiltrado histiocitário e 2 mostraram infiltrado plasmocitário, considerado importante característica especialmente na sífilis primária e secundária. Outras características encontradas foram hiperplasia epitelial atípica, pseudocarcinomatosa em um caso de sífilis primária e psoriasiforme em uma lesão secundária, presença de células gigantes, endarterite, neurite e presença de espiroquetas. Os autores comentaram a raridade com que essas lesões bucais são biopsiadas e portanto a escassez de descrições detalhadas na literatura. Concluíram que não existe uma descrição microscópica específica para a sífilis, porém as características encontradas, em conjunto, poderiam sugerir o diagnóstico, levando o profissional a prosseguir solicitando as sorologias para sífilis.

Hoang e cols, em 2004, em um estudo caso-controle, compararam a imunohistoquímica e coloração por prata na identificação do *Treponema pallidum* em 19 biópsias de 17 pacientes com sífilis secundária. Os autores mostraram que o microorganismo foi identificado em 12 dos 17 casos nos quais foi usada a imunohistoquímica e em 7 dos 17 casos através da coloração pela prata, porém houve ainda casos em que tanto a coloração por prata quanto a imunohistoquímica falharam em identificar o *T.pallidum*. Em 14 casos controle com características histopatológicas semelhantes, nenhuma espiroqueta foi visualizada. Em 74% dos casos, infiltrado plasmocitário perineural foi encontrado. Os autores concluíram que a imunohistoquímica foi mais sensível e específica que a prata em identificar o microorganismo e que a associação dos achados clínicos, histopatológicos e sorológicos permanece ainda como a melhor forma de diagnóstico da sífilis secundária.

## 2.5. SÍFILIS CONGÊNITA

França & Mugayar em 2004 publicaram uma revisão sobre as infecções intra-uterinas (TORCH – Termo que se refere a infecções por *Toxoplasma gondii*, Outros microorganismos, Rubella vírus, Citomegalovírus e Herpesvírus) com o objetivo de informar odontólogos a fim de que estes colaborem com os médicos no aconselhamento de gestantes em medidas preventivas e no reconhecimento do risco de complicações em bebês infectados. Os autores citaram a importância também da necessidade de os odontólogos serem capazes de identificar as manifestações orais dessas infecções e encaminhar o paciente para tratamento quando necessário. Em relação à sífilis, os autores descreveram a transmissão, características e tratamento da sífilis congênita. Os autores recomendaram que bebês que foram expostos à sífilis no útero deveriam ter seguimento sorológico aos 3, 6 e 12 meses após o tratamento inicial.

Rodrigues e cols., em 2004, em um estudo transversal, estudaram os fatores associados à sorologia positiva para sífilis em puérperas no Brasil. A amostra incluiu 3047 puérperas atendidas em 24 centros cadastrados pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/SIDA utilizando testes VDRL e FTA-ABS para o diagnóstico. Os resultados mostraram que a prevalência de sífilis na população estudada foi de 1,7%. A análise multivariada mostrou que o maior risco de positividade para sífilis estava associado à renda familiar baixa, idade menor que 17 anos na primeira relação sexual, idade menor ou igual a 14 anos na primeira gravidez, história de sífilis ou outra DST anteriores a esta gravidez, tratamento para sífilis nesta gravidez, realização de exame no parceiro, exame anti-HIV positivo ou não realizado, parto pré-termo anterior ou feto natimorto. A porcentagem de mulheres que fizeram pré-natal adequado foi de 43% e apenas 3% fizeram uma sorologia no primeiro trimestre e outra no terceiro como recomendado pelo Ministério da Saúde. Os autores concluíram que as ações de prevenção e controle da sífilis no Brasil são falhas e esforços direcionados à educação e inclusão das

gestantes em serviços de pré-natal bem como garantia de tratamento oportuno e adequado da gestante e do parceiro com sífilis são necessários.

Woods, em 2005 publicou uma extensa revisão da literatura enfocando sífilis congênita e sífilis adquirida em crianças incluindo aspectos epidemiológicos, microbiológicos, patogenia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da doença. Os aspectos da patogenia foram detalhadamente descritos associados às manifestações clínicas. O autor citou o declínio da sífilis congênita nos EUA, nos recentes anos, embora seja ainda um problema de saúde pública no cenário global com cerca de 500.000 gestantes afetadas anualmente. O artigo menciona ainda que casos de sífilis adquirida em crianças são incomuns, porém com manifestações clínicas similares às dos adultos, e que nestes casos, a possibilidade de abuso sexual deve ser considerada sempre. Chamou a atenção ainda para a possibilidade de sífilis congênita em crianças adotivas de outros países. O autor menciona ainda os esforços dirigidos ao entendimento da microbiologia do *T.pallidum* e necessidade de desenvolvimento de uma vacina contra sífilis, já que o homem é o único hospedeiro da doença. Porém, embora o genoma do *T. pallidum* já tenha sido seqüenciado, parece que está ainda distante o surgimento de uma vacina. O autor conclui então que a sífilis é uma doença potencialmente erradicável, mas isso só seria possível com envolvimento internacional em programas de tratamento.

Walker & Walker, em 2007, fizeram uma revisão sobre sífilis congênita chamando a atenção para a prevalência mundial da doença e deficiência dos programas de controle da sífilis em muitos países. Os autores citaram a diminuição da incidência de sífilis congênita nos EUA de 4410 em 1991 para 353 em 2004, ao contrário de muitos países europeus onde a doença é ressurgente. Citaram ainda que as taxas de prevalência de gestantes com sífilis na América Latina e Caribe estariam entre 5% e 10%. Encontrou-se nesta revisão que mulheres que adquiriram sífilis têm 70% de chance de transmitir a doença para o bebê nos primeiros 4 anos e que nas

grávidas com sífilis precoce não tratadas, 40% das gestações culminam em morte perinatal. O artigo recorda que aproximadamente dois terços dos bebês nascidos com sífilis congênita são assintomáticos e é recomendável, portanto, que os pediatras sejam vigilantes em relação à possibilidade de sífilis congênita. O artigo chama a atenção para a necessidade do envolvimento de órgãos internacionais de suporte à saúde no combate à sífilis congênita.

## **2.6. EPIDEMIOLOGIA E ASSOCIAÇÃO COM HIV**

Pereira, em 1980 testou sorologicamente 1502 trabalhadores moradores de Planaltina, Distrito Federal, que fizeram o exame com o objetivo de revalidação da Carteira de Saúde, no ano de 1977. Do total de indivíduos incluídos no estudo, 897 foram do gênero masculino e 605 do gênero feminino. A idade variou de 15 a 54 anos. O teste usado foi o VDRL . Os resultados mostraram que a soroprevalência no “setor residencial” foi de 2,3% e no “setor boêmio” de 26,5% , sendo neste último, maior no gênero feminino.

Chesson e cols. em 1999, sugeriram um modelo simplificado de transmissão que seria útil na avaliação das vantagens econômicas de um programa nacional de erradicação da sífilis. O modelo se propôs a estimar o número de casos de HIV adquirido heterossexualmente atribuídos à sífilis nos EUA anualmente e também a probabilidade de transmissão do HIV na presença ou não de infecção por sífilis. Foram criados dois modelos, sendo o primeiro baseado na probabilidade de transmissão do HIV por parceiro e o segundo por ato sexual, ambos na presença de sífilis. Então o número de casos de HIV atribuídos à sífilis foi multiplicado pelos custos com cuidados médicos estimados por caso de HIV para estimar os custos de casos de HIV atribuídos à sífilis. Os resultados mostraram que no ano de 1996, estimou-se um total de 1082 casos novos de HIV atribuídos à sífilis nos EUA. Esses casos representariam 752 milhões de dólares de custo direto e indireto com o tratamento. Os autores afirmaram que um programa de eliminação de sífilis por mais de 15 anos economizaria cerca de 833 milhões de dólares gastos em

custos médicos com os casos de infecção por HIV associados à sífilis. O modelo permitiu afirmar que os custos de um programa para eliminação da sífilis, por si só, já se pagaria se fosse levado em consideração a prevenção de novos casos de infecção por HIV atribuídos à sífilis como “agente facilitador”.

Em 2000, Blocker e cols., em uma revisão sistemática com 30 estudos mostrando dados da soroprevalência do HIV em pacientes com sífilis, encontraram uma média de 15,7% de soroprevalência de HIV em homens e mulheres com sífilis. A taxa para homens foi de 27,5% e 12,4% em mulheres. As taxas entre homens homossexuais variaram de 64,3 a 90% e entre usuários de drogas injetáveis, de 22,5 a 70,6%. O estudo indicou que pessoas com sífilis têm uma probabilidade muito maior de adquirir HIV que as pessoas não infectadas. Os autores concluíram que a prevalência de HIV em pacientes com sífilis é alta e que programas nacionais de eliminação da sífilis teriam um alto impacto na prevenção do HIV nos EUA.

Poulton e cols., em 2001, em um estudo retrospectivo da epidemiologia da sífilis em Brighton, no sul do Reino Unido e encontraram 30 casos de julho de 1999 a julho de 2001 e consideraram um aumento importante quando comparado aos 7 casos diagnosticados nos 3 anos anteriores. Um terço dos casos referiu o sexo oral como única forma de transmissão da sífilis e dos casos que foram testados para HIV, 36% foram positivos. A média de parceiros sexuais relatada por indivíduo foi 3. Os autores concluíram que esforços devem ser dirigidos à educação sexual acerca da transmissão oral da sífilis, e recomendam vigilância especialmente entre os pacientes HIV positivos.

Em 2003, Ashton e cols., fizeram um estudo epidemiológico retrospectivo e coletaram informações de todos os casos de sífilis diagnosticados em 11 clínicas de Medicina Geniturinária na Grande Manchester de 1999 a 2002 incluindo dados demográficos, diagnóstico e fatores de risco. Os autores encontraram que dos 414 casos diagnosticados, 74% foram no estágio primário e secundário, 37% foram HIV positivos e um

grande número de indivíduos praticou sexo oral sem proteção. A maioria dos casos ocorreu em homens homossexuais brancos residentes em Manchester. Houve neste trabalho evidências da mudança de comportamento sexual no sentido de que os encontros de parceiros passaram a ser feitos por contatos na Internet. O estudo permitiu concluir que a implantação de serviços de diagnóstico rápido e tratamento da sífilis seriam decisivos no controle da sífilis e subsequentemente do HIV na região

Lynn & Lightman em 2004, em uma revisão acerca da epidemiologia, diagnóstico, características clínicas e tratamento da sífilis em indivíduos HIV positivos, ressaltaram a importância do reconhecimento dessa associação por parte dos profissionais médicos uma vez que a sífilis pode aumentar o risco de infecção por HIV devido às úlceras genitais, além do fato de a sífilis se apresentar com características atípicas nos pacientes HIV positivos. Os autores encontraram que a sífilis primária tende a ser assintomática em muitos destes pacientes e por isso a proporção de pacientes HIV positivos com sífilis secundária parece ser maior. Além disso a sintomatologia da sífilis secundária é mais agressiva nos pacientes coinfectados e estes tendem a ter maiores taxas de envolvimento neurológico e oftálmico. Acerca da epidemiologia os autores encontraram uma alta incidência de sífilis na população da África subsaariana e uma incidência menor no Oeste Europeu e América do Norte (menos de 5/100000) e, nestes últimos, embora a incidência tenha diminuído na segunda metade do século passado, tendeu a aumentar nos últimos anos por razões que incluem a migração de pessoas para regiões de alta prevalência, mistura de população, uso de drogas e redução de práticas sexuais seguras entre homens homossexuais.

Em 2004, a CDC publicou dados de vigilância epidemiológica de 1998 a 2002 acerca da epidemiologia da sífilis e dados de entrevistas realizadas durante 2000 a 2002 pelo Programa de Cuidados e Prevenção DST/HIV do Departamento de Saúde Pública de Chicago especialmente sobre comportamento de risco entre pessoas que adquiriram sífilis. O número de

casos de sífilis primária e secundária relatado entre 1998 e 2002 em Chicago aumentou de 338 para 353 casos anualmente. As taxas diminuíram entre mulheres e aumentaram para homens neste período. Dos 1582 casos relatados, 60% ocorreu entre heterossexuais e 33% entre homens homossexuais. Em 2001 e 2002, entre as pessoas com sífilis primária e secundária, menos de 10% dos heterossexuais e cerca de 50% dos homens homossexuais foram infectados por HIV. Os dados de entrevista de 2000 a 2002 mostraram que 13,7% dos entrevistados com sífilis primária e secundária relataram o sexo oral como única forma possível de transmissão no período em que adquiriram sífilis. O estudo recordou as características das manifestações bucais da sífilis primária e secundária e citaram que estas frequentemente são assintomáticas ou subclínicas permitindo que ocorra a transmissão. O trabalho concluiu que o papel do sexo oral neste estudo foi subestimado já que muitas pessoas que relataram sexo oral, referiram também sexo anal ou vaginal e os 13,7% dos casos atribuídos a sexo oral foram aqueles onde esta foi a única forma de exposição no período de aquisição da doença. Algumas pessoas acreditavam que o sexo oral era uma forma de sexo segura. O estudo enfatizou a necessidade de educação sexual considerando o risco de transmissão de sífilis por sexo oral.

Paz-Bailey e cols., em 2004 publicaram um estudo caso-controle entre homens homossexuais na cidade de Nova York, cujo objetivo foi determinar os fatores relacionados à sífilis nesta população e encontraram que a prevalência de HIV nos casos de sífilis foi de 48% e nos controles foi de 15%. Infecção por HIV, renda elevada e Barebacking (definido como decisão intencional de fazer sexo anal sem proteção com outro parceiro que não o primário) foram as características mais fortemente associadas com sífilis. O uso de drogas e locais para encontro de parceiros sexuais também foram achados comuns na população estudada. Os autores concluíram que, neste estudo, a infecção por HIV esteve fortemente associada à sífilis e que o comportamento de alto risco relatado pelos casos e controles indicou o potencial para a transmissão aumentada de HIV.



HOPKINS e cols. em 2004, descreveram a mudança na epidemiologia da sífilis ocorrida na Irlanda nos últimos 10 anos através de dados prospectivos e retrospectivos colhidos em clínicas e hospitais da Irlanda. Os autores coletaram dados demográficos e relacionados ao diagnóstico, além de dados sobre fatores de risco e comportamento de risco para aquisição de sífilis. Encontraram que de 356 casos de sífilis infecciosa (primária – 37%, secundária – 33% e latente precoce – 29%) detectados, 85% ocorreram em homens homossexuais, 17,4% ocorreram em indivíduos infectados com o vírus HIV. Relato de uso de drogas variou de 2% a 31%. Em relação ao comportamento de risco 90% dos homens homossexuais relataram sexo oral sem proteção e 41% relataram sexo anal sem proteção. Entre os heterossexuais 58% relataram sexo vaginal sem proteção e 47% sexo oral sem proteção. O número de parceiros sexuais foi 10 vezes maior entre homens homossexuais que entre heterossexuais. Em um dos centros pesquisados encontrou-se que a taxa de incidência de sífilis entre indivíduos HIV+ aumentou de 7280 para 100000. Concluíram que homens homossexuais infectados ou não continuam tendo comportamento sexual de alto risco e que a taxa de incidência de sífilis neste grupo, na Irlanda, é alarmante quando comparado com outros surtos.

Ditzen e cols., em 2005, relataram um caso de sífilis secundária em paciente HIV positivo com manifestações bucais e febre como únicas queixas. As lesões relatadas foram enantema em tonsilas e palato e lesão ulcerada serpentina acinzentada em tonsila, com linfonodopatia regional. O paciente relatou sexo genital sem proteção mas considerou o sexo oral sem proteção seguro. Os autores citaram uma mudança de comportamento e aumento do sexo sem proteção entre homens homossexuais HIV positivos desde a diminuição na incidência de HIV. Segundo os autores, homens homossexuais podem ser classificados em 2 grupos segundo o comportamento: 1. Aqueles que fazem sexo desprotegido com um grande número de parceiros diferentes. 2. Os que consideram sexo oral seguro em relação às DST. Os autores observaram que esta mudança de comportamento nos grupos citados que

tendem a ser menos cuidadosos em suas práticas sexuais, conforme já citado em outros estudos, pode ser uma dos grandes responsáveis pelo aumento do número de casos confirmados de sífilis.

Simms e cols. em 2005, relataram a re-emergência da sífilis no Reino Unido entre 1997 e 2003. Os autores pesquisaram os “surto” recentes de sífilis e exploraram as razões desse aumento de incidência. O papel do sexo oral na transmissão foi considerado em cada consulta. Foram coletados dados demográficos, comportamentais e clínicos que incluíram gênero, idade, antecedentes étnicos estágio da infecção, status do HIV, localização onde a infecção foi adquirida e relação com estabelecimentos com saunas e bares. Os autores encontraram um aumento de 213% na incidência de sífilis entre heterossexuais, 1412% entre homens homossexuais e 22% entre mulheres.

Angus e cols., em 2006 revisaram a literatura acerca da epidemiologia e sífilis no Reino Unido e concluíram que a doença tem atingido proporções epidêmicas na última década especialmente entre homens homossexuais, com altas taxas de concomitância com infecção por HIV, sugerindo que a epidemiologia da sífilis estaria associada à epidemiologia do HIV e comportamento dos homens homossexuais. Revisaram e apresentaram as características da sífilis e concluíram também que os aspectos clínicos e histopatológicos são influenciadas pelas condições imunológicas do paciente e que é necessário que os clínicos se re-familiarizem com as características clínicas da doença.

Em 2007, Peterman & Furness, estudaram a ressurgência da sífilis entre homens homossexuais e também encontraram que ao contrário do que acontece com o HIV, na sífilis o sexo oral parece ser uma rota comum de transmissão. Relataram que a sífilis se mostrou associada à infecção por HIV, múltiplos parceiros e uso de drogas. Os autores concluíram que a tecnologia moderna como a Internet tem ajudado a difundir a sífilis porque facilita o recrutamento de parceiros sexuais e facilita o contato em áreas distantes,

porém, também pode ser um bom veículo de educação sexual contribuindo para o controle da sífilis. Além disso o avanço nas tecnologias de testes rápidos para sífilis bem como o mapeamento do genoma do *T. pallidum* são avanços importantes no combate à infecção.



**PROPOSIÇÃO**

### **3. PROPOSIÇÃO**

A proposta deste trabalho foi:

1. Realizar um levantamento retrospectivo dos dados sócio-demográficos e clínicos da sífilis diagnosticada na população atendida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2006.
2. Verificar e caracterizar, nesta mesma população e período, a ocorrência da sífilis e suas manifestações bucais.



**MATERIAL E MÉTODO**

#### 4. MATERIAL E MÉTODO

No período de janeiro de 1999 a dezembro de 2006, 1.229.964 pacientes deram entrada no Hospital de Clínicas da Universidade federal de Uberlândia via pronto socorro, ambulatório e internação com queixas diversas. Após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Uberlândia (Protocolo registro CEP/UFU: 066/07 – Anexo II) foram revisados todos os prontuários catalogados com diagnóstico de sífilis neste período, num total de 637 prontuários.

Do total de prontuários revisados, 298 continham dados que permitiram confirmar o diagnóstico de sífilis e foram incluídos no estudo obedecendo aos seguintes critérios, segundo Lautenshlager, 2006:

1. Sífilis primária, secundária e terciária: Presença de sintomatologia característica da fase da doença confirmada obrigatoriamente por exames microscópicos e/ou sorológicos.

2. Sífilis latente: Pacientes soropositivos (testes treponêmicos e não treponêmicos), assintomáticos, sem história de tratamento prévio ou com evidências sorológicas de tratamento inadequado/re-infecção.

3. Sífilis tratada: Pacientes assintomáticos com testes treponêmicos positivos e testes não treponêmicos negativos ou dentro do intervalo admitido na literatura como possível cicatriz sorológica (VDRL < 1/8).

Para a sífilis congênita: Testes sorológicos associados ao histórico da mãe e características clínicas e hematológicas, segundo Woods (2005).

Prontuários que não continham resultados dos testes sorológicos e histórico suficiente para o diagnóstico de sífilis foram excluídos.

Os prontuários incluídos tiveram seus dados como gênero, idade, raça, procedência, classificação da sífilis e presença ou não de lesões bucais avaliados e anotados em uma ficha específica (anexo1).

Após a captação dos dados, estes foram agrupados, interpretados e submetidos à avaliação descritiva. Os casos foram separados em sífilis congênita e adquirida e os dados avaliados separadamente, focando

especialmente a sífilis adquirida. Para a avaliação da ocorrência de lesões bucais foram selecionados os casos onde haveria possibilidade de se encontrar estas manifestações, o que exclui os casos de sífilis latente e tratada, que são assintomáticos. Para os casos de sífilis congênita, embora haja a possibilidade de lesões bucais, estas são mais tardias e, do total de prontuários avaliados com esse diagnóstico, a idade variou de 0 a 120 dias não tendo sido encontrada nenhuma manifestação bucal.

A variação das porcentagens de diagnósticos de sífilis ao longo dos anos no período estudado foi avaliada estatisticamente pelo teste Qui Quadrado.





**RESULTADOS**

## 5. RESULTADOS

No período estudado, 1.229.964 pacientes deram entrada no Hospital de Clínicas da Universidade federal de Uberlândia via pronto socorro, ambulatório e internação com queixas diversas, dos quais 298 tiveram o diagnóstico de sífilis confirmado, correspondendo a 0,024% de todos os pacientes atendidos. Do total de diagnósticos de sífilis, 1,6% foram classificados como sífilis primária, 11% como secundária, 16,4% latente, 2,6% como terciária, 33,2% como congênita, 29,1% sífilis considerada tratada e 5,7% dos casos não puderam ser classificados em estágios por falta de dados suficientes nos prontuários pesquisados (tabela1). Os diagnósticos de sífilis foram avaliados separadamente em 2 grupos: sífilis adquirida (199 casos) e sífilis congênita (99 casos).

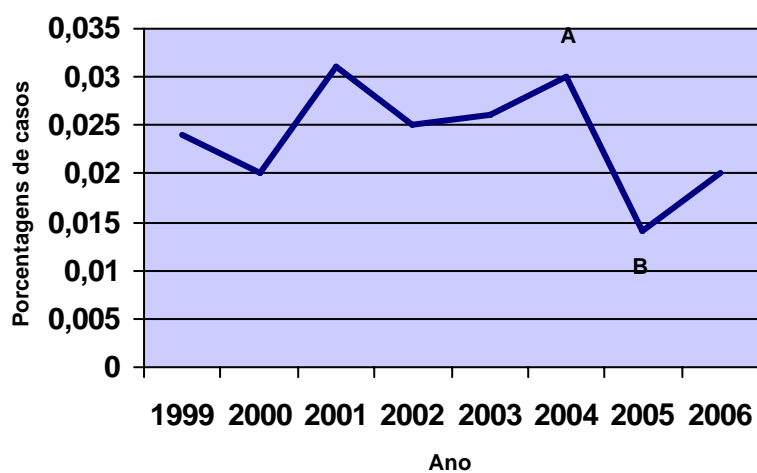
A ocorrência da doença em qualquer forma clínica distribuiu-se, no período estudado conforme mostrado na tabela 2.

**Tabela 1: Classificação clínica dos casos de sífilis diagnosticados no período estudado:**

Sífilis	Número	%
Primária	5	1,6%
Secundária	33	11%
Latente	49	16,5%
Terciária	8	2,6%
Congênita	99	33,5%
Tratada	87	29,1%
Não classificada	17	5,7%
<b>TOTAL</b>	<b>298</b>	<b>(100%)</b>

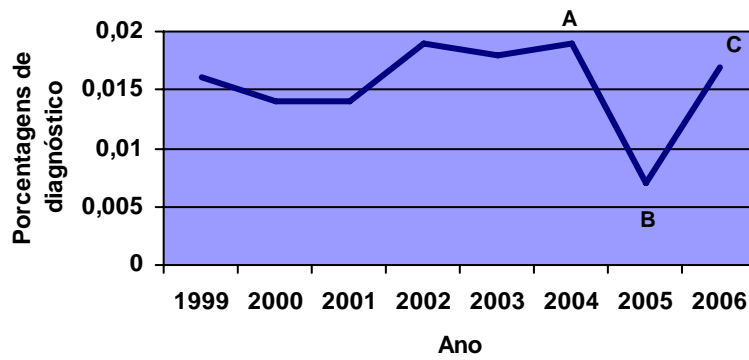
**Tabela 2: Distribuição dos casos de sífilis por ano em relação ao número de atendimentos no HC-UFU:**

Ano	Pacientes atendidos	Pacientes com sífilis		
		Adquirida	Congênita	Total
1999	169094	28	14	42 (0,024%)
2000	169726	25	9	34 (0,02%)
2001	160310	24	26	50 (0,031%)
2002	152523	29	10	39 (0,025%)
2003	148266	28	11	39 (0,026%)
2004	145531	29	16	45 (0,03%)
2005	140371	11	10	21 (0,014%)
2006	144143	25	4	29 (0,02%)
<b>TOTAL</b>	<b>1.229.964</b>	<b>199</b>	<b>99</b>	<b>298 (0,024%)</b>



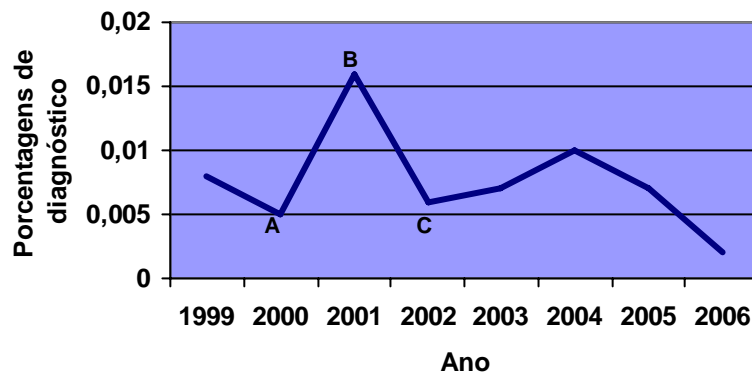
A-B : Variação estatisticamente significativa para  $p = 0,05$

**Figura 1: Distribuição das porcentagens de todos os diagnósticos de sífilis ao longo do período estudado.**



A-B e B-C: Variações estatisticamente significativas para  $p = 0,05$

**Figura 2: Distribuição dos casos de sífilis adquirida por ano no período estudado.**



A-B e B-C: Variações estatisticamente significativas para  $p = 0,05$

**Figura 3: Distribuição dos casos de sífilis congênita por ano no período estudado.**

A variação do número de diagnósticos de sífilis de um ano para outro, no período estudado, foi estatisticamente significativa, para  $p = 0,05$  nos seguintes intervalos:

1. Queda nas porcentagens de diagnósticos entre os anos 2004 e 2005, considerando-se as porcentagens de diagnósticos de todos os tipos de sífilis (figura 1).

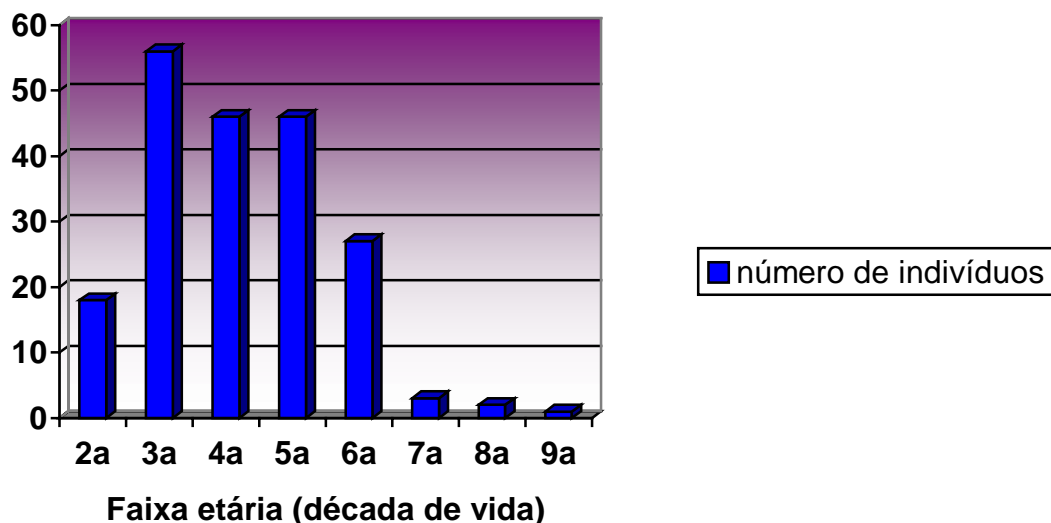
2. Queda nas porcentagens de diagnósticos entre os anos de 2004 e 2005, para os casos de sífilis adquirida e o aumento entre 2005 e 2006 (figura 2).

3. Queda nas porcentagens de diagnósticos entre os anos de 2000 e 2001, para os casos de sífilis adquirida seguido de aumento entre 2001 e 2002 (figura 3).

Do total de pacientes com diagnóstico de sífilis adquirida, 101 (50,8%) foram do gênero masculino e 98 (49,2%) do gênero feminino (tabela 3) com idade variando de 16 a 81 anos e picos na terceira, quarta e quinta décadas de vida (figura 4). A média de idade foi 36,5 anos.

**Tabela 3: Número de casos por ano no período estudado**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Masculino	19	11	10	14	17	15	3	12	101(50,8%)
Feminino	9	14	14	15	11	14	8	13	98 (49,2%)
Total	28	25	24	29	28	29	11	25	199(100%)



**Figura 4: Distribuição dos casos de sífilis adquirida por faixa etária (década de vida)**

Dados demográficos como cor/raça informada e procedência distribuíram-se, entre os casos de sífilis conforme as tabelas 4 e 5 mostrando que a maioria dos casos ocorreu em indivíduos da cor/raça branca e procedentes do Município de Uberlândia.

**Tabela 4: Distribuição dos casos de sífilis adquirida pela cor/raça<sup>3</sup> informada.**

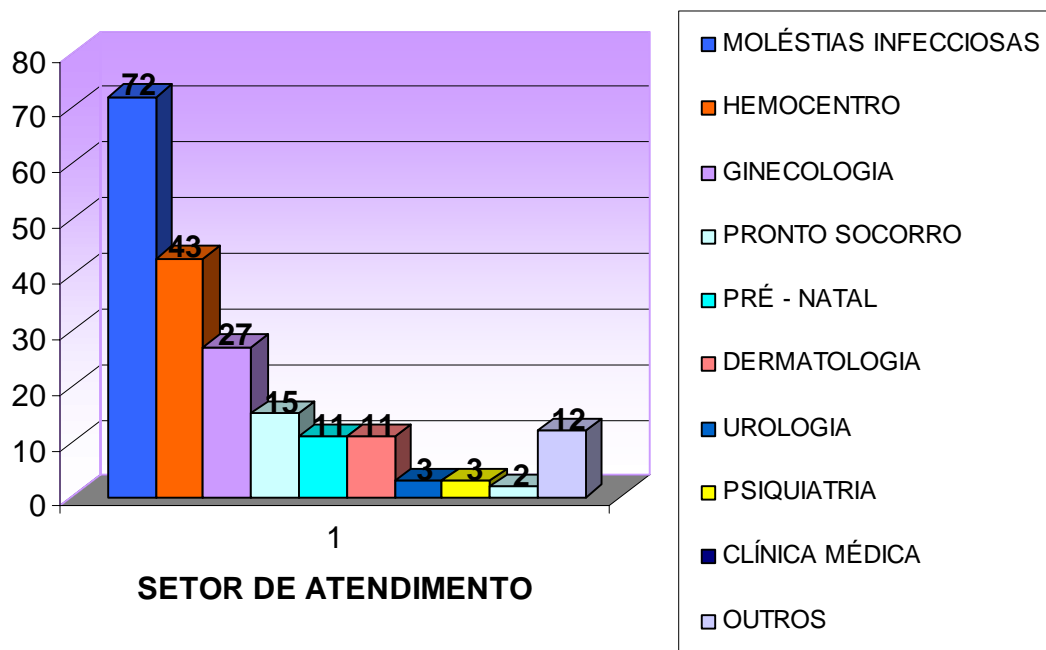
COR/RAÇA	N <sup>o</sup> de indivíduos	PORCENTAGEM
BRANCO	113	57%
PRETO	13	6,5%
PARDO	59	29,5%
AMARELO	1	0,5%
OUTROS	13	6,5%
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100%</b>

<sup>3</sup> Método de classificação utilizado no sistema de cadastro hospitalar

**Tabela 5: Procedência dos pacientes de sífilis adquirida**

Procedência	Número de casos	%
Uberlândia	168	84,4%
Outros	31	15,6%
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100%</b>

Os 199 casos de sífilis adquirida foram distribuídos por setor de atendimento conforme mostrado na figura 5.



**Figura 5: Distribuição dos casos de sífilis adquirida por setor de atendimento**

Os dados gerais acerca da sífilis congênita encontram-se distribuídos nas tabelas 6 e 7. A idade variou de 0 a 120 dias e nenhum caso apresentou alteração bucal.

**Tabela 6: Distribuição dos casos de sífilis congênita quanto ao gênero**

GÊNERO	N <sup>o</sup> de indivíduos	%
FEMININO	47	47,4%
MASCULINO	52	52,6%

**Tabela 7: Distribuição dos casos de sífilis congênita quando à cor/raça<sup>4</sup> informada**

COR/RAÇA	NÚMERO DE CASOS	%
Branco	58	58,5%
Preto	9	9%
Pardo	31	31,5%
Amarelo	0	0
Outros	1	1%
TOTAL	99	100%

Dos 199 prontuários de pacientes diagnosticados com sífilis adquirida apenas 33 continham dados em relação a comportamento de risco para transmissão de sífilis e estes estão distribuídos na tabela 9 .

**Tabela 9: Comportamento de risco relatados nos casos de sífilis adquirida**

	NÚMERO DE INDIVÍDUOS	PORCENTAGEM
HOMOSSEXUALISMO	5	15,2%
USO DE DROGAS	13	39,5%
PROMISCUIDADE	9	27,3%
BISSEXUALISMO	1	3%
TRANSFUSÃO SANGUÍNEA	2	6%
TATUAGEM	3	9%
TOTAL	33	100%

<sup>4</sup> Método de classificação utilizado no sistema de cadastro hospitalar do HC-UFU.



As manifestações bucais ocorreram em 5,02% dos casos de sífilis adquirida, todos na fase secundária e a infecção por HIV foi encontrada em 13,5% dos casos de sífilis adquirida (tabela 10). 81,4% dos casos de sífilis associada ao HIV ocorreu no gênero masculino.

**Tabela 10: Manifestações bucais e HIV de acordo com a classificação da sífilis adquirida.**

	Número de casos	Manifestações bucais	Infecção por HIV
<b>PRIMÁRIA</b>	5 (2,5%)	0	2
<b>SECUNDÁRIA</b>	33(16,5%)	10	11
<b>LATENTE</b>	49(24,5%)	0	6
<b>TERCIÁRIA</b>	8(4%)	0	1
<b>S/D</b>	17(8,5%)	0	3
<b>TRATADA</b>	87(44%)	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>199(100%)</b>	<b>9 (5,02%)*</b>	<b>27(13,5%)*</b>

\* Porcentagem em relação ao total de casos de sífilis adquirida

Entre os 199 casos de sífilis adquirida, um total de 63 casos (31,6%) foram classificados como sífilis primária, secundária ou terciária ou sem classificação. A ocorrência de lesões bucais neste grupo de 63 pacientes foi de 15,8% (Tabela 11). Os outros 136 casos (68,3%) foram sífilis latente ou tratada (assintomáticos).

**Tabela 11: Manifestações bucais nos casos de sífilis com probabilidade de envolvimento bucal**

	Número de casos	Manifestações bucais
<b>PRIMÁRIA</b>	5 (8 %)	0
<b>SECUNDÁRIA</b>	33(52,4%)	10
<b>TERCIÁRIA</b>	8(12,6%)	0
<b>S/D</b>	17(27%)	0
<b>TOTAL</b>	<b>63(100%)</b>	<b>10 (15,8%)</b>

As características clínicas das lesões bucais que foram descritas nos prontuários estão agrupadas na tabela 12.

**Tabela 12: Características clínicas das lesões bucais e associação com HIV .**

	LOCALIZAÇÃO	FORMA CLÍNICA	LINFONODOPATIA REGIONAL	HIV
<b>1</b>	Orofaringe	Úlceras	Ausente	Negativo
<b>2</b>	Orofaringe	Úlceras	Ausente	Negativo
<b>3</b>	Palato	Mácula vermelha	Presente	Negativo
<b>4</b>	Língua	Úlceras e placas brancas	Presente	Negativo
<b>5</b>	Orofaringe	Úlceras	presente	Negativo
<b>6</b>	Palato	Mácula vermelha	Presente	Negativo
<b>7</b>	Amígdala	Úlcera	Presente	Positivo
<b>8</b>	Orofaringe	Úlcera	Presente	Positivo
<b>9</b>	Língua	Placa branca	Ausente	Positivo
<b>10</b>	Palato	Mácula	Presente	Positivo



**DISCUSSÃO**

## 6. DISCUSSÃO

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia atende a população do município de Uberlândia e região e por se tratar de um hospital-escola, o mesmo possui setores considerados na região como centro de referência para o atendimento de determinadas doenças como é o exemplo do setor de Moléstias Infecciosas. O hospital-escola é um centro de implantação de normas do Ministério da Saúde em programas de erradicação de doenças como é o caso da sífilis congênita, presta assistência pré-natal e tem parceria com o Hemocentro Regional de Uberlândia<sup>5</sup>, locais onde testes sorológicos para diversas doenças infecciosas são realizados rotineiramente.

No presente estudo, encontrou-se que 84,4% dos pacientes diagnosticados com sífilis (tabela 5) foi procedente do Município de Uberlândia e portanto considerou-se que a população atendida no Hospital de Clínicas da UFU poderia representar, com algumas ressalvas, a população do Município.

Dificuldades importantes foram encontradas na revisão de prontuários, como é esperado em grande parte dos estudos retrospectivos. As restrições, em sua maioria, ocorreram por deficiência nas anotações em prontuário, que nem sempre incluíam dados epidemiológicos importantes e muitas vezes não continham dados para a classificação da sífilis; no sistema de arquivamento, já que os resultados de exames muitas vezes não puderam ser encontrados e foram causa para exclusão de alguns casos; e no sistema de cadastro das doenças onde ocorre que outras doenças, por possuírem CIDs (Classificação Internacional de Doenças) similares, foram cadastradas como sífilis. Soma-se a isso casos cadastrados onde houve suspeita e pedido de exames para sífilis sem que fosse confirmada a infecção.

Os resultados encontrados foram avaliados separadamente para sífilis congênita e adquirida por apresentarem formas diferentes de transmissão. Adicionalmente, no nosso estudo os casos de sífilis congênita foram diagnosticados em bebês de 0 a 120 dias, idade onde não se espera a ocorrência de alterações bucais que geralmente aparecem em uma fase mais tardia, a partir dos 2 anos de idade (Woods e cols., 2005).

---

<sup>5</sup> O Hemocentro regional de Uberlândia está integrado à Fundação Hemominas e tem parceria com a Universidade Federal de Uberlândia e Prefeitura Municipal de Uberlândia.

No presente trabalho a sífilis foi mais freqüente entre os indivíduos da raça branca, e a média de idade foi 36,5 anos com picos na terceira, quarta e quinta décadas de vida. Vale mencionar que esta é a faixa etária de maior atividade sexual como seria esperado para qualquer DST. Estes dados não diferiram daqueles encontrados nas recentes publicações (Ashton e cols, 2003; Paz-Bailey e cols., 2004) exceto pela similaridade da ocorrência da sífilis entre homens e mulheres. Notou-se que a maioria dos casos foi atendida no setor de Moléstias Infecciosas o que se explica por ser um setor de referência para doenças infecciosas, seguido pelos setores de Ginecologia e Hemocentro (figura 5), estes últimos sugerindo que uma grande quantidade de pacientes diagnosticados era assintomático

A Sífilis é transmitida horizontalmente pelo contato sexual e verticalmente da mãe para o bebê após a 14<sup>a</sup> a 16<sup>a</sup> semanas de gestação quando o *T pallidum* passa a barreira placentária (França & Mugayar, 2004; Walker & Walker, 2007). A transmissão da sífilis por outros meios que não o contato sexual tem sido relatada na literatura especialmente em crianças e profissionais da saúde incluindo Cirurgiões Dentistas, e regiões extragenitais têm sido citadas para o aparecimento do cancro como dedos, nariz, pálpebra, braço, e mamilo (Epstein, 1952; Lee e cols., 2006), embora sejam extremamente raros.

Nishioka e Gyorkos, em 2001 revisaram a literatura acerca do risco de transmissão de doenças por tatuagens e encontraram evidências importantes da transmissão de Hepatite B, Hepatite C e Sífilis. Os mesmos autores, em 2002, em um estudo no HC-UFU, concluíram que tatuagem pode ser considerada como um critério eficiente para a triagem de pacientes doadores de sangue em certas situações e em certos subgrupos de indivíduos tatuados já que, por exemplo, tatuagens são comuns entre indivíduos usuários de drogas e presidiários, condições que estão associadas ao risco de transmissão de doenças infecciosas.

No presente trabalho nenhum local atípico para o cancro foi encontrado. A presença de tatuagem foi relatada somente por 3 pacientes e a transfusão de sangue por 2 pacientes (tabela 9) sugerindo a raridade das

formas de contágio não sexual na população estudada, ou mesmo a casualidade do achado, já que a tatuagem pode estar hoje no estilo de vida de qualquer pessoa. Vale realçar que no trabalho acima citado, Nishioka & Gyorkos mencionaram a estimativa de que aproximadamente 25% da população mundial tenham pelo menos uma tatuagem., dados que também podem ter sido ao acaso ou subestimados já que as anotações a respeito dos fatores de risco encontradas foram escassas. As manifestações clínicas da sífilis adquirida são classicamente divididas em estágios primário, secundário, latente e terciário embora alguns autores considerem ainda um estágio quaternário (Lautenshlager, 2006)

A lesão característica do estágio primário é o cancro que por ser uma lesão indolor e cicatrizar espontaneamente em 2 a 10 semanas, somente 30 a 40% dos pacientes são diagnosticados neste período (Lynn & Lightman, 2004; Bruce & Rogers, 2004; Scott & Flint, 2005; Walker & Walker, 2007). O presente trabalho mostrou uma porcentagem de apenas 2,5% de diagnósticos de sífilis no estágio primário concordando com os relatos da literatura. Este achado corrobora a afirmação de que a lesão primária da sífilis é indolor e cicatriza espontaneamente em algumas semanas e por isso o paciente muitas vezes passa por este estágio sem diagnóstico ou tratamento (CDC, 2004; Scott & Flint, 2005).

No estágio secundário, que tem sintomatologia mais evidente, o aparecimento de lesões bucais é mais comum, ocorrendo em cerca de 30% a 50% dos pacientes, às vezes antes do desaparecimento total das lesões primárias (Bruce & Rogers, 2004). As “placas mucosas” são as mais comuns neste estágio e localizam-se preferencialmente nos lábios, língua, mucosa jugal e palato (Neville e cols., 1995; Leão e cols., 2006). Na população avaliada neste estudo, todas as manifestações bucais ocorreram no estágio secundário. Lesões ulceradas foram as mais comuns e embora não tenham sido detalhadamente descritas nos prontuários pode-se sugerir que tenham sido as chamadas “placas mucosas”, que são lesões erosivas ou ulceradas (Leão e cols., 2006). O local de maior ocorrência foi a orofaringe. Leucoplasia sífilítica pode ocorrer na fase secundária mas não é uma manifestação comum

(Aquilina e cols.,2003), no entanto, dos 10 casos de manifestações bucais encontrados no presente estudo, 2 foram descritos como placas brancas (tabela 12).

Nosso estudo mostrou que dos casos de sífilis adquirida, 24,6% foram classificados como sífilis latente. Estes casos incluem aqueles pacientes que não apresentam sintomatologia mas podem ser infecciosos e poderia refletir o risco de se atender no consultório odontológico um paciente infectado muitas vezes sem o conhecimento do paciente ou profissional.

No estágio terciário, além do envolvimento dos múltiplos sistemas, nota-se uma lesão típica ou goma que pode ocorrer também na boca, além da chamada leucoplasia sífilítica, descrita especialmente neste estágio embora possa ocorrer na sífilis secundária. Esta última aparece principalmente no dorso e bordas laterais da língua (Nathan e cols., 2001) e segundo alguns autores estaria associada a risco aumentado de carcinoma espinocelular (Michalek e cols. 1994; Bruce & Rogers, 2004), embora ainda não esteja claro se o carcinoma relaciona-se diretamente à infecção ou aos conhecidos fatores de risco para carcinoma (Leão e cols., 2006). De fato, Dickenson e cols. (1995) em uma avaliação sorológica de 63 pacientes com carcinoma espinocelular de boca encontraram diagnóstico positivo para sífilis em 5 casos e puderam apenas relacionar a prevalência de sífilis nesse grupo sugerindo que testes sorológicos para sífilis deveriam ser frequentemente realizados em pacientes com carcinoma espinocelular.

No presente trabalho a ocorrência de sífilis terciária foi de 2,6% (tabela 1) do total de diagnósticos da doença na população estudada e nenhuma manifestação bucal foi encontrada neste estágio. Este achado talvez se deva à eficácia no tratamento da sífilis bem como à baixa virulência do *T. pallidum* (Santos Jr., 1996).

A sífilis congênita, considerada ainda um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, por causar sérias complicações no feto e mesmo no início da infância e por ter sua prevalência ainda alta (Rodrigues e cols., 2004), foi a forma clínica mais freqüente na amostra total estudada com um total de 99 diagnósticos (33,5%) e lesões bucais não foram vistas já que os

diagnósticos foram feitos precocemente em bebês de 0 a 120 dias. O número elevado em relação ao total de diagnósticos de sífilis encontrado, pode refletir a concentração de esforços direcionados para esse tipo de diagnóstico, graças ao programa nacional de erradicação da sífilis congênita lançado em 1993 pelo Ministério da Saúde (Rodrigues e cols., 2004). Outro fator importante relacionado a esse número de diagnósticos é que a sífilis congênita é uma das doenças de notificação compulsória no Brasil<sup>6</sup>. Dados do Ministério da Saúde indicam que só o estado de Minas Gerais notificou 426 casos de 1998 até junho de 2004, com taxa de incidência menor que 2/1000 nascidos vivos e ligeiro aumento ao longo deste período.

No presente trabalho, encontrou-se um total de 99 casos de sífilis no período de 1999 a 2006 e não foi notado aumento na ocorrência ao longo dos anos, exceto entre 2000 e 2001, quando houve um aumento estatisticamente significativo na ocorrência de sífilis congênita, decrescendo em 2002 (figura 3). Contudo não se pode excluir uma variação ao acaso, já que o estudo avaliou uma amostra restrita.

A literatura tem enfatizado que a maioria dos casos de sífilis ocorre entre homens homossexuais e, desta, mais da metade em indivíduos HIV positivos (Chesson e cols., 1999; Hopkins e cols., 2004; CDC, 2004; Ditzen e cols., 2005). Taxas entre 15% e 37% têm sido relatadas (Blocker e cols., 2000; Poulton e cols., 2001; Ashton e cols., 2003). Nossos dados foram semelhantes aos da literatura, sendo encontrado 13,5% dos casos de sífilis adquirida associados ao HIV (tabela 10), dos quais 81,4% ocorreram no gênero masculino.

As manifestações bucais da sífilis em pacientes HIV podem ser mais exacerbadas especialmente nos casos de sífilis secundária (Ortega e cols., 2002). Lesões ulceradas associadas ou não a leucoplasia sifilítica são freqüentes (Lynn & Lightman, 2004), o que também foi visto em nosso estudo, onde, dos 10 casos de manifestações bucais encontrados, 4 foram em pacientes HIV positivos, sendo 2 casos de úlceras, uma placa branca e uma mácula sifilítica.

---

<sup>6</sup> <http://www.cve.saude.sp.gov.br>



A sífilis é ainda a quarta doença infecciosa mais comumente diagnosticada nos EUA (Barret e cols, 2004; Scott & Flint, 2005). Uma “re-emergência” ou “surto” de sífilis têm sido relatados na última década em países desenvolvidos da Europa Ocidental, especialmente Reino Unido e também nos EUA (Leão e cols., 2006; Simms e cols.,2005). Dados da OMS<sup>7</sup> mostraram um aumento na prevalência da sífilis, entre 1995 e 1999, no Leste Europeu, Ásia Central, África subsaariana e América Latina e Caribe.

A diminuição do uso de barreiras e métodos contraceptivos, grande número de parceiros sexuais, promiscuidade sexual, falta de conhecimento específico, a indústria do sexo, quebra nos cuidados de saúde em comunidades comunistas e deterioração dos órgãos públicos de controle de DST são associados ao aumento na incidência de sífilis (Poulton e cols., 2001; CDC, 2004; Paz-Bayley e cols., 2004; Ditzen e cols., 2005). Há ainda publicações de casos de sífilis em “viajantes” na última década (Paz & Potasman, 2004). Com o surgimento de terapias anti-retrovirais mais potentes no tratamento da SIDA notou-se um “relaxamento” no uso de barreiras para sexo seguro e também uma mudança no comportamento sexual especialmente entre homens homossexuais (CDC, 2004; Paz-Bayley e cols., 2004; Ditzen e cols., 2005; Angus e cols. 2006). Práticas sexuais de alto risco, especialmente entre homens homossexuais, como sexo anal sem proteção e o “barebacking”, termo usado para designar a prática intencional de sexo anal sem proteção com outro homem que não o parceiro primário têm sido comumente relatados (Paz-Bailey e cols., 2004, CDC, 2004; Peterman & Furness, 2007). Nosso estudo mostrou que o comportamento de risco mais relatado pelos pacientes foi uso de drogas, seguido por promiscuidade e homossexualismo, porém as anotações a esse respeito se mostraram escassas, aparecendo em apenas 33 dos 199 casos de sífilis adquirida (tabela 9). Estes dados, portanto, podem ter sido subestimados.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que a prática do sexo oral sem proteção, que tem baixa probabilidade de transmitir HIV, é considerado “seguro” em relação a outras DST por um grande número de pessoas e esta

---

<sup>7</sup> STD Statistics Worrlwide, disponível em [www.avert.org/stdstatisticsworldwide.htm](http://www.avert.org/stdstatisticsworldwide.htm)

prática tem sido muitas vezes referida como a única forma de transmissão possível no período de aquisição da sífilis (Poulton e cols., 2001; Ashton e cols., 2002; CDC, 2004; Hopkins e cols., 2004; Ditzen e cols. 2005; Peterman & Furness, 2007).

Soares e cols. (2002) chamaram a atenção para um provável aumento na incidência de manifestações bucais de sífilis primária devido ao aumento da prática de sexo oral. Entretanto a revisão da literatura mostra que o número de relatos de casos e citações na literatura acerca da ocorrência de lesões bucais parece não acompanhar os “surtos” relatados recentemente. De acordo com Neville e cols.,1995 a ocorrência de lesões bucais em sífilis primária estaria entre 12-15%, enquanto Lautenschlager, 2006, encontrou manifestações bucais em cerca de um terço à metade dos pacientes com sífilis secundária. Nossos resultados mostraram uma taxa de ocorrência de manifestações bucais de 15,8% (tabela 11) quando considerado o grupo alvo para estas manifestações (excluindo sífilis latente e tratada). Todos os casos de manifestações bucais foram em sífilis secundária.

Dados do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (PN-DST/AIDS)<sup>8</sup> mostraram que a prevalência da sífilis, na população sexualmente ativa no Brasil, em 2003, foi de 2,1%, sendo maior quando avaliado apenas em mulheres (2,8% em mulheres e 1,3% em homens).

Nosso estudo mostrou que a freqüência de diagnósticos de sífilis, na população estudada, foi baixa (0,024%), não sendo possível, contudo, a comparação com os dados do PN-DST/AIDS que estudou apenas a população sexualmente ativa. Notou-se ainda no presente trabalho que a ocorrência da doença em todas as suas formas não mostrou grandes variações ao longo do período estudado, exceto por uma diminuição significativa no número de diagnósticos entre 2004 e 2005 (figura 2). No entanto, ao contrário da maioria dos relatos recentes, não foi notado, neste período, números que pudessem mostrar aumento crescente na freqüência da doença, embora um estudo prospectivo fosse recomendado para esse tipo de avaliação.

---

<sup>8</sup> Disponível em: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

Notou-se do exposto que na população estudada, de 1.229.964 pacientes, o risco de se ter um paciente infectado por sífilis no consultório odontológico e com manifestações bucais seria muito baixo. Também cabe lembrar que a baixa resistência do *T.pallidum* ao meio externo (Santos Jr.,1996; Dahle e cols., 2003) associada à preocupação com as recomendações de biossegurança em Odontologia (Jorge, 2002) diminuem ainda mais as chances desta possível forma de transmissão. De fato, no Guidelines for infection Control in Dental Health – CDC (2003) a sífilis não foi citada entre as doenças com restrições para o tratamento odontológico, o que não exclui, no entanto, a responsabilidade de o Odontólogo saber reconhecer estas manifestações, já que a sífilis é uma doença com grandes variações no quadro clínico e as lesões bucais algumas vezes são as únicas alterações apresentadas, conforme visto nos relatos de Aquilina e cols., 2003, Barret e cols., 2004, Paz & Potasman, 2004 e Scott & Flint, 2005. O exame bucal deveria, portanto, ser obrigatório para todos os pacientes com sífilis.

 **CONCLUSÃO**

## 7. CONCLUSÃO

1. A ocorrência de sífilis em todas as suas formas na população estudada foi baixa, totalizando 0,024% da amostra e não houve variação estatisticamente significativa ao longo do período que foi de 1999 a 2006, exceto por uma diminuição estatisticamente significativa entre os anos 2004 e 2005.
2. A maioria dos casos de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos brancos e procedentes do Município de Uberlândia, sem predileção por gênero e com média de idade de 36,5 anos e picos na terceira, quarta e quinta décadas de vida.
3. A sífilis congênita foi a forma mais frequentemente diagnosticada (33,2%), o que poderia refletir os esforços direcionados a esse tipo de diagnóstico, devido a implantação do programa nacional de erradicação da sífilis congênita pelo Ministério da Saúde, em 1993.
4. A ocorrência de manifestações bucais da sífilis na população estudada, excluindo-se os casos onde a doença é assintomática (sífilis latente e tratada) foi de 15,8%.
5. A úlcera foi a manifestação bucal mais comumente encontrada nos pacientes com sífilis.
6. Do total de pacientes com manifestações bucais de sífilis, 40% eram HIV positivos.



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angus J. et al. The many faces of secondary syphilis: a re-emergence of an old disease. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2006; 31:741-745.

Aquilina C, Viraben R, Denis P. Secondary syphilis simulating oral hairy leukoplakia. *J Am Ac Dermat* 2003; 49(4): 749-751.

Ashton M, Sopwith W, Clark P, McKelvey D, Lighton L, Mandal D. An outbreak no longer: factors contributing to the return of syphilis in Greater Manchester. *Sex Transm Infect*. 2003; 79(4):291-3.

Barrett AW et al. The histopathology of syphilis of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2004; 33: 286-91.

Blocker ME, Levine WC, ST. Louis ME. HIV prevalence in patients with syphilis, United States. *Sex Transm Dis*. 2000; 27(1): 53-59.

Bruce A, Rogers RS. Oral manifestations of sexually transmitted diseases. *Clinics in Dermatology*, 2004; 22:520-527.

CDC. Trends in primary and secondary syphilis and HIV infections in Men Who Have Sex with Men – San Francisco and Los Angeles, California, 1998-2002. *MMWR* 2004; 53(26): 575-578.

Chesson H.W.; Pinkerton S.D.; Irwin K.L.; Rein D.; Kessler W.J., New cases attributable to syphilis in the USA: estimates from a simplified transmission model. *AIDS* 1999, 13: 1387-1396.

Dickenson AJ, Currie WJR, Avery BS. Screening for syphilis in patients with carcinoma of the tongue. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995; 33: 319-320.

Ditzen AK, Braker K, Zoellner KH, Teichman D. The syphilis-HIV interdependency. *Int J STD AIDS* 2005; 16: 642-643.

Epstein, E. Extra genital syphilis in physicians. *California medicine*. 1952, 77(2):149-150.

França CM, Mugayar LR. Intrauterine Infections: A literature review. *Spec Care Dentist*. 2004; 24(5):250-253.

Hoang MP, High WA, Molberg KH. Secondary syphilis: a histologic and immunohistochemical evaluation. *J Cutan Pathol*. 2004; 31:595-599.

Hopkins S, Lyons F, Coleman C, Courtney G, Bergin C, Mulcahy F. Resurgence in infectious syphilis in Ireland: an epidemiological study. *Sex Transm Dis*. 2004; 31(5): 317-321.

Lautenschlager S. Diagnosis of syphilis: clinical and laboratory problems. *JDDG*. 2006; 1058-1074.

Leão J.C., Gueiros L.A.; Porter S.R. Oral manifestations of syphilis. *Clinics*, 2006; 61(2):161-6.

Lee JY, Lin MH, Jung YC. Extragenital syphilitic chancre manifesting as a solitary nodule of the nipple. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006; Aug;20(7):886-7.

Little J.W. Syphilis: an update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod*. 2005; 100(1): 3-9.

Lynn WA, Lightman S. Syphilis and HIV: a dangerous combination. *Lancet Infect Dis* 2004; 4:456-466.

Michalek AM, Mahoney MC, McLaughlin CC, Murphy D, MetzgerBB. Historical and contemporary correlates of syphilis and cancer. *Int J Epidemiol* 1994; 23:381-5.

Nathan M, Murr MH, Mandpe AH, Aditi HM, Baehner FL. Quiz Case 1. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001; 127(2): 217-219.



Nishioka SA, Gyorkos TW. Tatoo as risk for transfusion-transmitted Diseases. *Int J Infect Dis.* 2001; 5:27-34.

Nishioka SA, Gyorkos TW. Tatoo and transfusion-transmitted disease risk: Implications for the screening of blood donors in Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2001; 5:27-34.

Ortega KL, Rezende NPM, Watanuki F, Araújo NS, Magalhães MHCG. Sífilis secundaria em um paciente. *Med Oral* 2004; 9:33-8.

Paz, A.; Potasman, I. Oral lesions as the sole presenting symptom of secondary syphilis. *Travel Med Infect Dis.* 2004; 2: 37-39.

Paz-Bailey G, Meyers A, Blank S, Brown J, Rubin S, Braxton J et al. A case-control study of syphilis among men who have sex with men in New York City: association with HIV infection. *Sex Transm Dis.* 2004; 31(10): 581-587.

Pereira MG. Inquérito sorológico de sífilis em adultos: Planaltina, DF, Brasil, 1977. *Rev Saúde Pública* 1980; 14(3): 358-365.

Peterman TA, Furness BW. The resurgence of syphilis among men who have sex with men. *Curr Opin Infect Dis* 2007; 20:54-59.

Poulton M, Dean GL, Williams DI, Carter P, Iversen A, Fisher M. Surfing with spirochaetes: an ongoing syphilis outbreak in Brighton. *Sex Transm Inf.* 2001; 77:319-321.

Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo de estudo sobre sífilis congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004; 16(3):168-75.

Scott CM; Flint SR Oral syphilis – re-emergence of an old disease with oral manifestations. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 34:58-63.

Simms I, Fenton KA, Ashton M, Turner KME, Crawley-boevey EE, Gorton R et al. The re-emergence of syphilis in the United Kingdom: The new epidemic phases. *Sex Transm Dis.* 2005; 32(4): 220-226.

Soares AB, Gonzaga HFS, Jorge MA, Barraviera SRCS. Oral manifestations of syphilis: A review. *J Venom Anim Toxins incl Trop Dis* 2004; 10(1): 2-9.

Walker GJA, Walker DG. Congenital syphilis: A continuing but neglected problem. 2007; 12:198-206.

Williams J, Radha S, Sundararaj AS. Nonvenereal transmission of venereal syphilis in a child. *Indian J Sex Transm Dis.* 1990; 11(1): 27-8.

Woods CR. Syphilis in Children: Congenital and Acquired. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005; 16: 245-257.

 **OBRAS CONSULTADAS**

## **OBRAS CONSULTADAS**

CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2005 Supplement, Syphilis Surveillance Report, Atlanta, US Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, December 2006.

Centers for Disease Control and prevention. Guidelines for infection Control in Dental Health – Care settings – 2003. MMWR. 2003; 52( n RR-17): 8-9.

Dahle UR, Sunde TP, Tronstad L. Treponemes and endodontic infections 2003; 6: 160-170.

Grinspan, D. Enfermedades de la Boca: Semiología, Patología, Clínica Y Terapéutica de la Mucosa Bucal., Buenos Aires: Mundi; 1973.

Jorge AOC. Infection Control In Dentistry. Rev Biociênc. 2002; 8(1): 7-17.

Jurado RL, Campbell J, Martin PD. Prozone phenomenon in secondary syphilis. Has its time arrived? Arch Intern Med 1993; 153:2496-8.

Neville, B. W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

Salata RA. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: Andreoli TE. Medicina Interna Básica. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 754-761.

Santos Jr. MFQ. Sífilis. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 1009-1012.

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Relatório de Situação: Minas Gerais/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

Topazian, R.G.; Golberg, M.H. Infecções Maxilofaciais e Orais. 3 ed. São Paulo: Santos; 1997.

## ANEXO I

### COLETA DE DADOS

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

PRT: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ masculino \_\_\_\_\_ feminino

PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

COR/RAÇA: \_\_\_\_\_

DATA DA PRIMEIRA CONSULTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 2. QUEIXA PRINCIPAL/ENCAMINHAMENTO:

---

---

---

#### 3. HISTÓRIA PREGRESSA:

---

---

---

---

#### 4. ACHADOS CLÍNICOS:

---

---

---

---

#### 5. MANIFESTAÇÕES BUCAIS

---

---

---

---

#### 6. EXAMES COMPLEMENTARES ( BIOPSIA/SOROLOGIA)

---

---

---

---

#### 7. DIAGNÓSTICO/CLASSIFICAÇÃO

---

---

#### 8. TRATAMENTO/EVOLUÇÃO

---

---

---

---

#### 9. OUTROS

---

---

---