



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



VINICIUS FARIA SILVA

**GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE (GUN) ASSOCIADA À SÍFILIS –
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Uberlândia-MG

2020

VINICIUS FARIA SILVA

**GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE (GUN) ASSOCIADA À SÍFILIS –
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia da UFU para a obtenção de título de Graduação.

Orientador: Prof. Dra. Ana Paula de Lima Oliveira

Co-Orientador: Prof. Dr. João César Guimarães Henriques

Uberlândia-MG

2020

SUMÁRIO

Resumo	6
1. Introdução.....	7
2. Objetivos	0
2.1. Geral.....	12
2.2.Específico	12
3. Metodologia	12
4.Caso clínico	13
5.Discussão	18
6.Conclusão	19
Referências	20

RESUMO:

A gengivite ulcerativa necrosante (GUN) é uma condição gengival destrutiva de origem bacteriana. Possui fatores etiológicos secundários como estresse, fumo, trauma local, estado nutricional deficiente e abuso de bebidas alcoólicas tem sido observado com o aumento da frequência de GUN. Apresenta sinais e sintomas característicos próprios, e acomete normalmente indivíduos jovens.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada por uma bacteriana anaeróbica. Com base na sua atividade e fase de efetividade, a sífilis a pode ser classificada clinicamente em três estágios: primário, secundário e terciário.

O objetivo desse trabalho é descrever um caso clínico de GUN em um paciente portador de sífilis, relatando os principais fatores que resultam no desenvolvimento da GUN nesse paciente, e descrever o tratamento empregado nesse caso, além de mostrar a importância do diagnóstico da sífilis a partir da manifestação oral.

Caso clínico: Paciente de 23 anos de idade, gênero masculino compareceu ao Pronto Socorro Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) se queixando de gengiva sangrando, odor fétido e algumas ulcerações. Foi encaminhado à Clínica de Estomatologia da UFU. Durante o exame clínico além de o paciente apresentar gengiva inchada, irritada e com sangramento, com odor desagradável, e destruição das papilas, notou-se lesões ulceradas e eritematosas indolores localizadas no lábio inferior e superior e bordo lateral da língua, além de apresentar amígdalas edemaciadas. O quadro clínico presente foi sugestivo de GUN associado a um quadro de sífilis.

Foi solicitado exame sorológico e o resultado foi positivo para sífilis, sendo o paciente encaminhado para tratamento na Clínica de Moléstias infecciosas da UFU e para tratamento da GUN na clínica de Periodontia e Estomatologia da Universidade.

O plano de tratamento foi basicamente orientação de educação em saúde, raspagem coronária, bochecho com digluconato de clorexidina 0,12% e betametasona elixir (anti-inflamatório e antialérgico) para GUN.

Conclusão: A GUN é uma alteração sistêmica de alguma alteração sistêmica, e uma vez diagnosticada, o tratamento conservador com terapia periodontal não

cirúrgica, associada à bochecho com clorexidina tem um resultado eficiente no controle dos sintomas.

1. INTRODUÇÃO

A Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) é uma doença periodontal relativamente atípica, sendo caracterizada por ulceração, necrose, dor e sangramento gengivais. Sua predileção é por indivíduos jovens (Raney 1992; Wade, Kerns, 1998; Lindhe 2015). Durante a Primeira Guerra Mundial, esse tipo de patologia era comum nos soldados que estavam nas trincheiras de campo de batalha, e por isso a doença ficou conhecida como “boca de trincheira”.

A nomeação da doença foi evoluindo ao longo dos anos até ser incluída na categoria das doenças periodontais. De acordo com a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia em 2018 a categoria de doença periodontite está dividida em: periodontite necrosante, a periodontite com a manifestação de doença sistêmica e a periodontite propriamente dita. (Steffens, Marcantonio 2018).

Um paciente com GUN quase sempre apresenta queixas de dor ou desconforto. A manipulação das áreas afetadas pode ser muito dolorosa e o paciente pode demonstrar alguma resistência ao manipular os locais afetados. Invariavelmente, há ulceração das papilas interdentais. As ulcerações, que podem estender-se à gengiva marginal, podem resultar na redução da faixa de gengiva inserida, devido à necrose marginal. Tipicamente, as úlceras são crateriformes e a nomeação “invertida” tem sido usada para descrever as papilas interdentais. Se intacta, a superfície ulcerada é habitualmente coberta por uma camada de restos necróticos, revestidas por uma pseudomembrana. Esta é composta por fibrina, tecido necrótico, células inflamatórias e massas de bactérias mortas ou ainda viáveis, e é rapidamente destacada, expondo uma ulceração hemorrágica nos tecidos subjacentes. A área localizada entre a margem da necrose e o tecido gengival não afetado comumente apresenta uma faixa eritematosa estreita, também classificada como eritema linear (Corbet, 2004; Holmstrup & Westergaard, 2005).

As bactérias causadoras da GUN são anaeróbias como a *Prevotella intermedia*, fusobactérias e as espiroquetas, incluindo as do grupo *Treponema* e *Borrelia*. O motivo do desenvolvimento dessa infecção ainda não é exato, porém a teoria mais aceita é que seria causada por um conjunto de bactérias, associadas à

mudanças do tecido conjuntivo subjacente propiciam a ação das bactérias (Gomes, Siqueira, Viana, 2016).

Além disso, a gravidade da doença pode estar diretamente associada a fatores predisponentes relacionados ao hospedeiro como: etilismo, esgotamento físico e emocional, além de fatores como tabagismo, estado imunológico, má higiene oral e doenças virais sistêmicas como citomegalovírus e HIV, sendo, na maioria dos casos, determinantes do diagnóstico (Rowland, 1999; Murayama et al., 2000; Fenoll & Pérez, 2004; Klollehold, 2007; Guvenc et al., 2009).

Portanto, de forma genérica, os fatores predisponentes mais comuns para a GUN são todos aqueles que alteram a resposta imunológica do hospedeiro, é sempre preciso mais do que um fator para que esta doença se manifeste (Herrera et al. 2014).

O tratamento da GUN basicamente se divide em fase inicial – quando o foco principal está na resolução do processo agudo propriamente dito – e fase de manutenção. Na fase aguda, uma atenção especial deve ser dada ao alívio da sintomatologia dolorosa e à remoção dos agentes etiológicos locais (Glick et al., 2000). Para tanto, a conduta mais correta é anestésiar o paciente para aliviar sua dor e realizar movimentos leves para remoção de cálculos superficiais. Raspadores ultrassônicos podem ser utilizados, desde que seja tolerado pelo paciente e sob irrigação abundante ou instrumentais manuais como as curetas. (Murayama et al., 2000). O paciente deve ser orientado a não ingerir álcool e evitar alimentos condimentados para diminuir o risco de recidivas e também deve ser evitados colutórios a base de álcool devido à ardência.

Diferente das doenças periodontais, a GUN é caracteristicamente de rápida resolução após remoção das bactérias etiológicas. Mesmo com um tratamento mais conservador, a reconstituição da gengiva acometida é mantida em observação. Além de realizar a raspagem, curetagem, os bochechos com digluconato de clorexidina 0,12%, água salina morna ou peróxido de hidrogênio diluído são benéficos no aumento à resposta ao tratamento. Antibióticos como tetraciclina, metronidazol, penicilina e eritromicina são prescritos principalmente quando se tem hipertermia e linfadenopatia. Devem também durante o tratamento, realizar uma orientação e incentivo de higienização bucal e resolução de qualquer fator predisponente. Repouso adequado, dieta consistente e rica em nutrientes ajudam na resposta de tratamento (NEVILLE et al., 2004).

No ano de 2000, a Academia Americana de Periodontia (AAP) propôs os parâmetros para os cuidados com as patologias periodontais agudas, dentre elas as doenças periodontais necrosantes. O tratamento dessa classe de doenças deve-se basear na terapia local inicial, com uso de agentes antimicrobianos locais (peróxido de hidrogênio, iodopovidona ou clorexidina). O uso de antimicrobianos sistêmicos parece somar benefícios, sendo, em alguns casos, até mesmo imprescindíveis no tratamento (AAP, 2000; Klolleold, 2007).

O tratamento da GUN só estará completo assim que todos os defeitos gengivais estejam corrigidos ou eliminados, estabelecendo assim condições ao paciente para um controle adequado da placa bacteriana (Holmstrup, 2015, Lindhe, 2015).

Concluído todo o tratamento, em que o paciente não manifesta mais sinais de necrose, nem quaisquer sintomas agudos de GUN, o paciente deve ser regularmente acompanhado, numa adequada fase de manutenção, onde o objetivo principal passa pelo controle das práticas de higiene oral e dos fatores predisponentes à doença (Herrera et al., 2014).

A sífilis apresenta vários estágios da doença e pode estar associada a outras patologias como a GUN. É uma doença sexualmente transmissível, aguda e crônica, causada por uma espécie bacteriana helicoidal anaeróbica, *Treponema Pallidum*. (AVELLEIRA et al; 2006).

Atualmente, as formas clínicas da sífilis adquirida podem ser classificadas de acordo com o tipo de manifestação clínica sendo classificada como sífilis primária, secundária, latente e tardia ou terciária (BRASIL, 2015 a; BRASIL, 2015 b).

A transmissão da doença ocorre principalmente através de relações sexuais desprotegidas com o companheiro contaminado, o principal local de inoculação são os órgãos genitais, mas as áreas extragenitais como a cavidade oral também podem ser afetadas. Em termos de epidemiologia a sífilis associa-se a certas alterações devidas à falta do uso de métodos contraceptivos de barreira, altos números de parceiros sexuais, falta de conhecimento, a indústria sexual, a diminuição da assistência médica em certas zonas e o declínio das respostas de saúde pública no controle da infecção sexualmente transmissível (IST) (Leão, Gueiros e Porter, 2006; Navazo-Eguía, et al., 2017).

O diagnóstico da sífilis é feito com base em sinais e sintomas clínicos, testes sorológicos e exames histopatológicos. (Kelner, et al., 2014).

As manifestações orais da sífilis são usualmente classificadas em estágios de ocorrência. Cada estágio tem seus sinais peculiares e sintomas relacionados com o tempo de resposta antígeno-anticorpo. Os estágios clínicos da sífilis podem ser classificados de acordo com o tipo de manifestação clínico (BRASIL, 2015 a; BRASIL, 2015 b).

O estágio primário da infecção oral é definido pela lesão inicial caracterizado por uma ulceração solitária no lábio ou, raramente, na língua. As lesões neste estágio muitas vezes passam despercebidas pelo paciente ou profissional de saúde. A faringe ou amígdala podem acidentalmente ser acometidas. As úlceras normalmente são profundas, com a base vermelha, roxa ou castanha e um bordo anormal e elevado. Em geral, pode acompanhar de linfadenopatia cervical (Leão, Gueiros e Porter, 2006).

A lesão primária característica é o cancro, que surge no local da inoculação do microorganismo. O cancro oral é tipicamente ulcerado, duro, raramente causa dor e pode surgir em qualquer lugar da boca, principalmente nos lábios (Ribeiro, et al., 2012).

Já o estágio secundário, caracteriza-se por manifestações reais como placas mucosas esbranquiçadas, irregulares, indolores, podendo ser destacáveis com exposição do tecido conjuntivo quando ocorre necrose do epitélio superficial. Este estágio pode ocorrer em qualquer superfície da mucosa, principalmente acontece nos lábios, língua, mucosa jugal, palato e amígdalas (Ribeiro, et al., 2012).

Às vezes também são notadas úlceras aftosas similares a placas cinza ou úlceras com bordas anormal e esbranquiçadas que são dolorosas Sempre que esta placa afeta a língua, local mais comum, ocorre perda das papilas filiformes. Essas lesões podem ser acompanhadas de dor e incômodo local. (Ribeiro, et al., 2012; Valente, et al., 2009; Seibt, Munerato, 2016)

A sorologia é sempre positiva. Posteriormente, ao desaparecimento das lesões secundárias, a sífilis entra em um período de latência, não existindo manifestações clínicas visível, sendo o diagnóstico realizado exclusivamente por meio de testes laboratoriais (BRASIL, 2015 a; BRASIL, 2015 b).

O estágio terciário ou tardio da sífilis pode apresentar-se em três anos ou mais, após a exposição. Nesta fase pode haver o comprometimento do sistema nervoso central (Little 2006, Ficarra, 2009 e Ramoni, 2009). Este estágio ocorre devido ao tratamento inadequado ou ao não tratamento de indivíduos infectados por

T. pallidum. Porém, raramente ocorre, pois grande parte da população recebe indiretamente antimicrobianos que levam a cura da infecção causada pelo *T. pallidum*. (BRASIL, 2015 a; BRASIL, 2015 b).

A *gumma* é a lesão oral característica da sífilis terciária, é causada por obliteração luminal dos vasos, especialmente das arteríolas, dentro da mucosa e atinge o palato duro, língua ou amígdalas. Lesões intraorais afetam frequentemente o palato e a língua. Assim que o palato é afetado, a ulceração atravessa-o em direção a cavidade nasal. A língua pode ser amplamente envolvida pelas *gummas* e encontra-se expandida, lobulada e com forma irregular.

Então, de maneira geral, as manifestações orais de sífilis mais comuns são placas cinzentas, úlceras com bordas irregulares e esbranquiçadas, placas mucosas, nódulos, manchas e erosão. A sífilis apresenta aspecto clínico inespecífico sendo mimetizado de outras condições; portanto, é fundamental que o profissional conheça os possíveis diagnósticos diferenciais. A análise do exame clínico associado com exame físico e ensaios sorológicos, normalmente permite o diagnóstico da doença (Ramoni, 2009). As lesões orais da sífilis podem ser múltiplas e com características diversas, que aumenta a complexidade do diagnóstico (Noronha et al., 2006).

O cirurgião-dentista deve conhecer as manifestações mais comuns de sífilis na mucosa oral, para auxiliar no diagnóstico e tratamento da doença. Este trabalho relata um caso clínico de GUN associada à manifestação oral de sífilis em paciente adulto.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Relatar os principais fatores que acarretam no desenvolvimento da GUN e seu tratamento através de um relato de caso.

2.2 Específico

Mostrar a importância do diagnóstico de outras doenças como o da sífilis a partir da manifestação oral.

3. METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho acerca da doença Gengivite Ulcerativa Necrosante e sífilis, foi realizada uma pesquisa na base de dados PubMed, Scielo e Google Scholar, no período compreendido entre Fevereiro e Maio de 2019. Como palavras e expressões-chave foram utilizadas: “Necrotizing ulcerative gingivitis”, “Gengivite Ulcerativa necrosante” e “sífilis com manifestação oral”.

A pesquisa foi restrita a artigos publicados em língua portuguesa e inglesa, sem quaisquer limitações de datas. Foram selecionados artigos que centrava maioritariamente no tema de estudo, sendo selecionados 21 artigos.

Além disso, complementou-se a pesquisa com recurso de uma obra literária de interesse, *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*, 6th Edition, (Lindhe, 2015) e *Patologia Oral & Maxilofacial* (Neville, 2004).

4. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 23 anos, usuário de drogas compareceu ao Pronto Socorro Odontológico queixando-se de gengiva sangrando, forte halitose e algumas ulcerações.



Figura 1: Lesão ulcerada e eritematosa localizadas no lábio inferior.
Fonte: Clínica de Diagnóstico Estomatológico – FOUFU



Figura 2: Lesão ulcerada e eritematosa no lábio superior.
Fonte: Clínica de Diagnóstico Estomatológico – FOUFU



Figura 3: Lesão ulcerada e eritematosa bordo lateral de língua.
Fonte: Clínica de Diagnóstico Estomatológico – FOUFU

Ao exame clínico intra e extraoral notou-se também lesões ulceradas e eritematosas indolores localizadas no lábio inferior e superior e bordo lateral da língua (Figuras 1, 2 e 3) além de observar as amígdalas edemaciadas e eritematosas (Figura 4). Ainda, observou-se que as gengivas se apresentavam bastante eritematosas e as papilas gengivais interdentais encontravam-se ausentes ou com áreas necróticas (Figura 5 e 6).



Figura 4: Amígdalas edemaciadas.
Fonte: Clínica de Diagnóstico Estomatológico – FOUFU



Figura 5: Aspecto da gengiva e das papilas.
Fonte: Clínica de Diagnóstico Estomatológico – FOUFU



Figura 6: Aspectos da gengiva e das papilas.
Fonte: Clínica de Diagnóstico Estomatológico – FOUFU

O diagnóstico clínico foi de Gengivite Ulcerativa Necrosante. Como lesões apresentavam características patognomônicas determinantes da condição, não foi necessário a realização de exames laboratoriais confirmatórios. Então, nesse mesmo dia o paciente foi orientado quanto a higienização e nessa mesma sessão iniciou-se o tratamento com digluconato de clorexidina 0,12% seguido de limpeza superficial de indutos depositados sobre as superfícies dentárias com curetas periodontais, posteriormente, prescreveu-se betametasona elixir 0,5 mg/ 5ml para bochechar o conteúdo de uma colher de sopa durante dois minutos de 4 a 8 vezes ao dia e cuspir e, também recomendado, digluconato de clorexidina 0,12% sem álcool para bochechos diários após as refeições por uma semana.

Ainda foi solicitado exame sorológico e paciente encaminhado para a clínica de Diagnóstico Estomatológico e para clínica de extensão de Periodontia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e, observou-se, após uma semana, melhora do quadro de GUN. (Figura 7e 8).



Figura 7: Uma semana após melhora na higienização.
Fonte: Clínica de Diagnóstico Estomatológico – FOUFU



Figura 8: Uma semana após melhora na higienização.
Fonte: Clínica de Diagnóstico Estomatológico – FOUFU

O acompanhamento periódico foi necessário uma vez que a higiene bucal mostrava-se deficiente, fazendo raspagem supra e sub gengival, mostrando nas consultas subsequentes melhoras na saúde periodontal do paciente a partir da terapia de manutenção (Figura 9 e 10).



Figura 9: Após terapia de manutenção periodontal.
Fonte: Clínica de Extensão em Periodontia – FOUFU



Figura 10: Após terapia de manutenção periodontal.
Fonte: Clínica de Extensão em Periodontia – FOUFU

Diante do exame sorológico solicitado para confirmação das outras lesões, o resultado foi positivo para Sífilis, então, o paciente foi encaminhado para o Ambulatório de Moléstias infecciosas da UFU.

Portanto, o quadro clínico do caso presente foi sugestivo de GUN associada a um quadro de Sífilis.

5. DISCUSSÃO

O tratamento para GUN baseou-se no controle de placa e contenção da inflamação. Dessa forma, o plano de tratamento foi basicamente orientação de educação em saúde, raspagem supra gengival e bochecho com digluconato de clorexidina 0,12% inicialmente, e betametasona elixir. O bochecho é importante, principalmente no início da doença, em que a sintomatologia dolorosa impede uma correta realização do controle mecânico da placa ((Bascones-Martinez & Escribano Bermejo, 2005).

Para auxiliar no controle da placa bacteriana, foram realizadas duas sessões de raspagem supra gengival, e, além de orientação de higienização oral, foi indicado o uso de solução de bochecho à base de digluconato de clorexidina 0,12% após as raspagens. O uso de bochechos com solução à base de clorexidina 0,12% ou 0,2% duas vezes ao dia juntamente com sessões de raspagem podem contribuir para a redução da formação de placa bacteriana ((Bascones-Martinez & Escribano Bermejo, 2005).

Segundo a literatura, anti-inflamatórios podem ser prescritos, de acordo com a gravidade da inflamação (Castel-Branco et al., 2013). Sendo assim, a betametasona foi utilizada no intuito de ajudar no controle da inflamação e da dor.

Por outro lado, não foi utilizado nenhum antibiótico, pois, segundo Neville, estes são prescritos quando o paciente apresenta quadro de hipertermia e linfadenopatia (Neville, 2004).

Relatos de casos clínicos têm ressaltado que o tratamento local conservador para casos de GUN sem envolvimento sistêmico pode promover bons resultados:

Terapias para GUN sem envolvimento sistêmico, baseadas apenas no debridamento local com sessões de raspagem e alisamento radicular, juntamente com um bom controle de placa por meio de um regime rigoroso de higiene oral, mediante uso de soluções à base de clorexidina a 0,12% ou 0,2% até a remissão das lesões, (Rowland, 1999).

Como tratamento, em casos sem envolvimento sistêmico, o deve-se formular um plano terapêutico que vise a eliminação ou diminuição dos fatores predisponentes, realização de raspagem e alisamento coronário e radicular, além de prescrição de analgésico, bochechos com água oxigenada a 10 volumes ou clorexidina a 0,12% (Herrera, 2014).

A terapia para GUN não complicada por outras lesões orais ou doença sistêmica é raspagem e aplainamento dental local. Na

consulta inicial, a gengiva necrosada deveria ser removida com irrigação e curetagem periodontal. Antibióticos não são recomendados rotineiramente em casos de GUN, restritos a gengiva marginal e interdental. (GREENBERG e GLICK, 2008).

Tendo em vista que a GUN é uma doença de natureza infecciosa, bacteriana que atinge a gengiva dos indivíduos sistemicamente comprometidos e a sífilis é uma doença sexualmente transmissível e o cirurgião dentista pode desempenhar um papel importante no controle da sífilis, pela identificação dos sinais e sintomas da doença e por conhecer as manifestações mais comuns da doença na mucosa oral além de promover educação do paciente e encaminhamento.

6. CONCLUSÃO

A GUN é uma manifestação oral de alguma alteração sistêmica, e uma vez diagnosticada, o tratamento conservador com terapia periodontal não cirúrgica, associada à bochecho com clorexidina tem um resultado eficiente no controle dos sintomas.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, JCR et al. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control. *An Bras Dermatol*, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.

Bascones-Martínez A, Escribano-Bermejo M. Enfermedad periodontal necrosante: una manifestación de trastornos sistémicos. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(18):706-13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis. ano 4, n. 01. Brasília, 2015 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), 2015 b.

Castel-Branco, M. M., Santos, A. T., Carvalho, R. M., Caramona, M. M., Santiago, L. M., Fernandez-Llimos, e Figueiredo, I. V. (2013). As bases farmacológicas dos cuidados farmacêuticos: o caso dos AINEs The pharmacological basis of pharmaceutical care: the case of AINEs. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 2(2), 79–87.

Corbet, E.F. Diagnosis of acute periodontal lesions. *Periodontol* 2000. 2004;34:204-16. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14717863>> Acesso em: 15 jan. 2020.

Ficarra G, Roman C. Syphilis: The Renaissance of an Old Disease with Oral Implications. *Head Neck Pathol* 2009;3(3):195–206.

Glick M, Holmstrup P. HIV infection and periodontal disease. In: Rose LF, Genco RJ, Cohen DW, Mealey BL, editors. *Periodontal Medicine*. London: BC Decker Inc; 2000. p.183-193.

GOMES, Aryane da Silva Ferreira; SIQUEIRA, Leila Corrêa Barreto; VIANA, Ricardo Andrade. GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE: Relato de caso clínico . 2016. 10 f. Relato de caso (Graduanda em Odontologia no Centro Universitário Fluminense – Odontologia, Mestre em Engenharia e Ciência dos Materiais. Especialista em Periodontia Professora do Centro Universitário Fluminense – Odontologia e Especialista e Mestrando em Periodontia. Professor de Periodontia do Curso de Odontologia do Centro Universitário Fluminense – Odontologia) - Centro Universitário Fluminense, Campos dos Goytacazes RJ, 2016. Disponível em: <<http://revistainfoc.uniflu.edu.br/2016-1-gengivite-ulcerativa.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

GREENBERG, Martins S.; GLICK, Michael. Medicina Oral de Burket : Diagnóstico e Tratamento. 10. ed. Santos: Santos, 2008. 657 p.

GUNSBURG,R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita: História 2010. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2020.

Herrera, D., Alonso, B., de Arriba, L., Santa Cruz, I., Serrano, C., Sanz, M. Acute periodontal lesions. Periodontol 2000 2014;65(1):149-77. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24738591>> .Acesso em: 14 jan. 2020.

Holmstrup P, Westergaard J. Doença periodontal necrosante. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP, editores. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A; 2015. p. 239-254.

Kelner, N. et al. (2014). Analysis of nonspecific oral mucosal and dermal lesions suggestive of syphilis: A report of 6 cases. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, 117 (1), pp. 1 – 7.

Klokkevold PR. Periodontite ulcerativa necrosante. In: Carranza Jr. FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, editores. Periodontia Clínica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2007; p. 500-505.

Leão, J. C., Gueiros, L. A. e Porter, S. R. (2006). Oral manifestations of syphilis. Clinics. Faculdade de Medicina / USP, 61(2), pp. 161–166.

Little JW. Syphilis: an update. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontol 2005;100:3–9.

LINDHE, Jan; KARRING, Thorkild; P. LANG, Niklaus. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral . 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1005 p.

MAHONEY, J.F., ARNOLD, R.C., HARRIS, A.D. Penicillin Treatment of Early Syphilis: a preliminary report. American Journal of Public Health and the Nation's Health. 33(12): 1387-91, 1943

Murayama Y, Kurihara H, Nagal A, Dompkowski D, Van Dyke TE. Acute necrotizing ulcerative gingivitis: risk factors involving host defense mechanisms. Periodontology 2000 1994; 6:116-124.

Navazo-Eguía, A. I. et al. (2017). Manifestaciones Orales de la Sífilis. Caso clinico: oral manifestations of syphilis. Clinical Case, pp. 253–257.

NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. et al. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

Noronha ACC, Israel MS, Almeida DCF, Moreira GM, Lourenc_o SQC, Dias EP. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. *DST – J Bras Doenças Sex Transm* 2006;18:190–193.

Ramoni S, Cusini M, Crosti FGC. Syphilitic chancres of the mouth: three cases. *Acta Derm Venereol* 2009;89:648–649.

Ribeiro, B. B. et al. (2012). Importance of recognizing the oral manifestations of systemic diseases and conditions by health professionals with diagnostic assignment. *Odonto*, 20 (39), pp. 61–70.

Rowland, R. W. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Ann Periodontol*. 1999;4(1):65-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863376>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

Seibt, C. E. e Munerato, M. C. (2016). Secondary syphilis in the oral cavity and the role of the dental surgeon in STD prevention, diagnosis and treatment: a case series study. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 20(4), pp. 393– 398.

SCOTT, C. M., FLINT, S. R. Oral syphilis – re-emergence of an old disease with oral manifestations. *Int. J. of Oral Maxillofac. Surg.*, v. 34, n. 1, p. 58-63, 2005.

STEFFENS, João Paulo; MARCANTONIO, Rosemary Adriana Chiérici. *Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave*. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v47n4/1807-2577-rounesp-47-4-189.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2020.