

A SÍFILIS ESTÁ DE VOLTA

SYPHILIS IS BACK

Rosângela Góes Rabelo*
Leonardo de Araújo Melo**
Nara Santos Araujo***

Unitermos:

Sífilis, Manifestação Oral, IST.

RESUMO

Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) exclusiva do ser humano, transmitida através de práticas sexuais sem proteção, contato com sangue ou saliva de indivíduos infectados e através da mãe para o filho. Tem como agente etiológico a espiroqueta *Treponema Pallidum* e, de acordo com as características clínicas, imunológicas e histopatológicas, apresenta 3 fases distintas: primária, secundária e terciária. As manifestações orais são relevantes para o diagnóstico precoce e os cirurgiões-dentistas devem estar atentos à patologia, por ser curável quando diagnosticada e tratada de forma eficaz, o que reduz danos irreversíveis.

Uniterms:

Syphilis, Oral Manifestation, STI.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection (STI) unique to humans, transmitted through unprotected sexual practices, contact with blood or saliva from infected individuals and through the mother to the child. Its etiologic agent is the spirochete *Treponema Pallidum* and according to its clinical, immunological and histopathological features, it has 3 distinct phases: primary, secondary and tertiary. Oral manifestations are relevant for early diagnosis and dental surgeons should be alert to the pathology because it is curable when diagnosed and treated effectively, which reduces irreversible damage.

INTRODUÇÃO

A sífilis é conhecida na Europa desde o século XV, tornando-se endêmica a partir do século XIX. Ainda hoje é considerada um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil. O agente etiológico foi identificado em 1905 pelo zoologista Fritz Schaudin e

pelo dermatologista Paul Erich Hoffman. Ao microscópio, eles observaram corpos espiralados, finos, que giravam em torno do seu maior comprimento, movendo-se de frente para trás. Os testes sorológicos foram difundidos em 1906 por Wassermann¹⁻³.

* Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), nas disciplinas de Farmacoterapia Odontológica e Odontogeriatría.

** Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), nas disciplinas Patologia Bucal, Estomatologia e Clínica Integrada.

*** Doutoranda no Curso de Odontologia e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

É uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), bacteriana, cujo agente etiológico é o *Treponema Pallidum*, de evolução lenta, transmitida através de práticas sexuais desprotegidas; por via hematogênica; contato direto com mucosa, saliva ou sangue de indivíduos infectados; através do beijo, quando há cancras ou lesões secundárias na boca; e através de escovas de indivíduos infectados, sendo esta uma forma de contaminação indireta. O *T. Pallidum*, por via hematogênica, atinge o sistema linfático regional, provocando como resposta a defesa local, com a erosão e a exulceração no ponto de inoculação, além da produção de complexos imunes circulantes que podem se depositar em qualquer órgão^{4,5}. Em países subdesenvolvidos tem sido observada a coinfeção entre sífilis e vírus da imunodeficiência (HIV). Na transmissão vertical, da mãe para o feto, pode comprometer diversos sistemas ou órgãos, como pele, fígado, coração e sistema nervoso central. Segundo a Organização Mundial de Saúde⁶ (OMS, 2015), a doença pode ser classificada conforme a evolução em primária, secundária e terciária; e para fins de tratamento em recente e tardia^{2,3,5}.

A OMS⁶ (2015) referiu que ISTs como clamídia, tricomoníase, gonorreia e sífilis estão se disseminando de forma impactante no mundo. No Brasil, o avanço da sífilis está associado ao abandono do preservativo, à resistência dos profissionais em prescrever penicilina na atenção básica, ao desabastecimento de penicilina no mundo e à desinformação dos jovens sobre a doença. Desde 1986, a sífilis é doença de notificação compulsória através de portarias do Ministério da Saúde. No entanto, o cenário em 2017 pouco mudou^{7,8}. Existe um crescente número de casos de sífilis congênita, óbitos fetais, abortos e diversas sequelas irreversíveis para os recém-nascidos decorrentes dessa infecção evitável^{9,10}. Embora o Nordeste apresente a menor taxa de

detecção por 100.000 mil habitantes para a sífilis adquirida, observa-se o crescimento da doença, quando comparado os anos de 2012 (4,2%) até 30.06.2016 (15,2%). No período de 2010 a 30 de junho de 2016, os homens representavam percentual de 60,3% e as mulheres 39,7%. Quando analisada a notificação da sífilis adquirida e a faixa etária, observa-se maior relevância entre 20 a 29 anos⁷.

REVISÃO DA LITERATURA

A literatura disponível descreve uma tipologia, observando aspectos como fase de evolução, características da(s) lesão(-ões), entre outras.

SÍFILIS PRIMÁRIA

O período de incubação da infecção é de 10 a 90 dias, quando se observa a presença do cancro duro no local de inoculação do agente, após 3 semanas. Regride espontaneamente de 2 a 6 semanas, não deixando cicatriz. O cancro é uma lesão única, indolor, potencialmente contaminante, acompanhada de enfiamento ganglionar na região afetada, mas que pode passar sem diagnóstico. Em 95% dos casos, observa-se, na região anogenital, embora também ocorra na boca, língua, dedos, pênis e região mamária. O cancro oral típico é ulcerado, endurecido e pode surgir em qualquer região da boca, com predomínio nos lábios^{1,3,4}. Os testes sorológicos não treponêmicos, nessa fase, costumam ser falso-negativos, só positivando ao final da fase ou apenas na fase secundária. Os testes sorológicos específicos (treponêmicos) se positivam em média 4 a 8 dias após o aparecimento do cancro³.

SÍFILIS SECUNDÁRIA

A sífilis secundária é a disseminação da infecção no corpo da pessoa infectada de 4 a 10 semanas após o aparecimento do cancro. As lesões podem ser máculas e/ou pápulas

nas mãos e pés. Nessa fase, o paciente relata febre e dor muscular, além de lesões em pápulas agrupadas que envolvem região de nariz e boca, similar à dermatite seborreica, que involui de 3 a 12 semanas^{3,4}. A presença de lesões intraorais nessa fase é de 70%, podendo acometer várias áreas da cavidade bucal. Observam-se placas arredondadas, de tamanho variável, discretamente elevadas, ricas em espiroquetas, com elevada infectividade em lábios, gengiva, língua, mucosa oral, palato duro, palato mole, amígdalas, faringe, recobertas por uma membrana branco-acinzentada, contornadas por halo hiperemiado. Na língua, as papilas filiformes são destruídas causando dor e desconforto local que desaparece de forma espontânea em poucas semanas¹¹. Nessa fase, o diagnóstico através dos testes sorológicos é sempre positivo e o exame histopatológico apresenta infiltração inflamatória rica em plasmócitos com comprometimento de pequenos vasos. O exame em campo escuro das lesões também pode ser empregado, pois todas as lesões são altamente ricas em treponemas³. Contudo, na cavidade oral, devido à presença de espiroquetas, a microscopia de campo escuro não é recomendada, pois pode confundir o diagnóstico da sífilis⁶. As lesões sífilíticas facilitam a entrada do vírus da imunodeficiência humana¹.

SÍFILIS LATENTE

A sífilis latente é classificada em recente (menos de 2 anos de infecção) e tardia (mais de 2 anos de infecção). Apesar de assintomática, pode durante essa fase exibir sinais e sintomas da forma secundária ou terciária. Quando o diagnóstico e o tratamento não são efetivados, a doença pode perdurar por trinta anos no hospedeiro de forma assintomática, sendo que nos 12 meses iniciais o indivíduo é mais infectante que na fase tardia, e os testes soro-

lógicos, se realizados, serão positivos, sendo denominada de latente³.

SÍFILIS TERCIÁRIA

Em relação à sífilis terciária, 15 a 40% dos indivíduos infectados evoluem para dois tipos de lesão: a gomosa e a glossite luética. A goma acomete preferencialmente o palato duro e inicialmente é uma úlcera que necrosa, podendo resultar na perfuração e comunicação oro nasal. Ao atingir a língua, lesões com bordas elevadas aparecem e se denominam em “saca bocado”. A glossite luética intersticial ou atrófica é a mais característica da sífilis oral e resulta em despapilização no dorso da língua, maior suscetibilidade a infecções, gerando reações de defesa como áreas de leucoplasia e, portanto, displasia e variantes pré-malignas. Nessa fase, a mais grave da doença, pode ocorrer a destruição da mucosa, osso, pele e órgãos internos, como o sistema cardiovascular, chegando até o óbito^{3,11}.

SÍFILIS CONGÊNITA

É agravo de notificação compulsória, denominado “evento sentinela” por expressar a qualidade da assistência pré-natal. A infecção congênita ocorre no período gestacional, pela passagem do *T. pallidum* através da placenta ou quando o feto, ao nascer, entra em contato com lesões infectocontagiosas presentes na genitália da mãe³.

Além de aborto, prematuridade de tempo e peso, natimorto ou malformações congênicas, as lesões sífilíticas ainda facilitam a entrada do vírus da imunodeficiência humana (HIV), acelerando a evolução para Aids e a história natural de sífilis (Kalinin, 2015; Feitosa et al., 2016). A evolução da IST congênita ocorre de forma recente e tardia. A recente até 2 anos de vida, acompanhada por rinite, rash cutâneo, erupções vesículo-bolhosas, anemia, hepatoesplenomegalia, eritroblastose, febre,

periostite e osteocondrite; a tardia, quando ocorrem danos ósseos, oculares, cerebrais, gomas. Para o diagnóstico conclusivo da sífilis congênita (SC) devem ser observados os achados clínicos: bossa frontal de Parrot, atresia maxilar, palato ogival, nariz em sela e a tríade de Hutchinson, ou seja, ceratite intersticial; dentes de Hutchinson e alteração do VIII par craniano, responsável pela surdez^{3,11,12}.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O Ministério da Saúde preconiza que, para o diagnóstico da sífilis, devem ser utilizados testes treponêmicos (teste rápido ou FTA-Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA) e não treponêmicos (VDRL ou RPR ou TRUST). A diferença entre os testes não treponêmicos e treponêmicos é que os primeiros detectam anticorpos que não são específicos contra *T.pallidum* e os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos para antígeno de *T.pallidum*. Outros exames, como Líquor, no caso da neurosífilis, e métodos de biologia molecular, como a PCR (Polymerase Chain Reaction), com alta sensibilidade e especificidade, têm sido utilizados^{2-4,7}. O diagnóstico de sífilis é realizado através do teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL). Durante a gestação, o teste rápido para sífilis é realizado na primeira consulta pré-natal e na 28ª semana. Quando o VDRL é positivo, a conduta é tratar o casal, prevenindo a SC no feto⁷. Gestantes devem iniciar o tratamento com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

TRATAMENTO

A penicilina continua sendo o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis pois trata ao mesmo tempo mãe e feto; quando refere alergia, a alternativa é a Doxiciclina 100 mg, Via Oral, de 12 em 12 horas, durante 30 dias (exceto para gestantes); Ceftriaxona 1g,

intravenosa (IV) ou intramuscular (IM), 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias, para gestantes e não gestantes. O tratamento deve envolver tanto o paciente quanto o parceiro⁹.

CONSIDERAÇÕES

A sífilis pode causar danos irreversíveis, mas é curável se detectada e tratada adequadamente. Estudos afirmam que ações de educação permanente sobre a sífilis, junto aos profissionais de saúde, colaboram para a redução da taxa de transmissão vertical do agravo^{7,10}.

Ressaltamos a responsabilidade do cirurgião-dentista quanto ao diagnóstico da sífilis e ao controle da infecção pois, em todas as fases da doença, a cavidade oral é uma real possibilidade de infecção cruzada de forma direta e indireta, o que impõe conhecimento sobre a patologia e o cumprimento dos protocolos de biossegurança¹³.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, 2010. 100 p. (Série TELELAB).
2. Silva ACZ, Bonafé SM. Sífilis: uma abordagem geral. Anais Eletrônico - VII Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar. Maringá: Editora CESUMAR, Brasil, 2013.
3. Kalinin Y. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. Odonto 2015; 23(45-46).
4. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico e controle. An. Bras. Dermatol., 2006; 81(2):111-126.
5. Siqueira Júnior HM, Reis JRG, de Toledo Júnior EG, de Andrade PF, Diniz CG, Salgado IO. Os micro-organismos contaminam as escovas dentais? HU

- Revista, Juiz de Fora, out/Dez 2011; 37(4): 409-412.
6. Organização Mundial da Saúde. Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana. Tradução de Nazle Mendonca Collaço Veras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para Redução e Eliminação [Internet]. Brasília, DF; 2014. [Acesso 22 dez.2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/de_fault/files/anexos/publicação/2014/56610/folder_
 9. Moreira KFA, de Oliveira DM, de Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Órfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enferm.*, 2017; (22): e48949.
 10. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017; 25:e2845. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2017; 25:e2845
 11. Ribeiro BB, Guerra LM, Galhardi WMP, Cortellazz KL. Importância do conhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. *Rev. Odonto*, 2012; 20 (39): 61-70.
 12. Feitosa JAS, Rocha CHR, Costa FS. Sífilis Congênita. *Rev. Med. Brasília*, 2016; 5(2): 286-97.
 13. Rabelo RG. Ocorrência de acidentes de trabalho e Biossegurança em odontologia: a percepção dos estudantes de uma instituição federal de ensino superior. Salvador, Bahia; 2008. [Dissertação de Mestrado – Universidade Federal da Bahia].

Endereço para correspondência:

Rosangela Goes Rabelo
Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Odontologia. Rua Araújo Pinho, 62, Canela, CEP 40110-150, Salvador, BA – Brasil
Telefone: (71)3283-8980
E-mail: goes.rabelo@bol.com.br

