

Manifestações bucais da sífilis secundária: o papel do cirurgião-dentista

Liliana Aparecida Pimenta de BARROS¹
Ivette Becalli Andrade de SOUZA²
Lúcia de Fátima Paixão Emery FERREIRA²
Ricardo Luiz Carvalho GOTTARDI²
Alberto CONSOLARO³



Palavras-chave: Sífilis adquirida, lesões sífilíticas.

RESUMO

O diagnóstico da sífilis secundária pode ser dificultado por sua manifestação sistêmica de formas variadas, e muitas vezes, por lesões exclusivas na cavidade bucal. A ocorrência de lesões bucais aumenta a responsabilidade do cirurgião-dentista no estabelecimento do diagnóstico de doenças bucais e/ou sistêmicas. Apresentamos um caso de sífilis secundária, estabelecido com a interação do exame clínico, biópsia, análise microscópica, testes sorológicos e a resolução do quadro clínico, destacando assim a multidisciplinaridade de profissionais de saúde e o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico das doenças sistêmicas com manifestações bucais.

¹ Professora da Disciplina de Clínica Integrada Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo e Doutora em Patologia Bucal.

² Professores da Disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial II da Universidade Federal do Espírito Santo e Mestres em Cirurgia Bucomaxilofacial.

³ Professor Titular de Patologia da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP.

INTRODUÇÃO

A sífilis, doença sexualmente transmissível, apresenta múltiplas manifestações clínicas causadas pelo *Treponema pallidum* descoberto como agente etiológico, em 1905, por Schaudinn e Hoffman de Hamburgo (Allegra & Gennari, 2000). A sífilis representa um exemplo de inflamação granulomatosa, como a tuberculose, a hanseníase, entre outras.

O intercurso sexual constitui o modo mais freqüente de transmissão, embora as secreções bacterianas possam transferir a doença por outro contato íntimo. A transmissão transplacentária do *Treponema pallidum* ocorre prontamente e a doença ativa durante a gravidez resulta em sífilis congênita (Samuelson & Von Lichtenberg, 1996).

Embora as doenças clássicas sexualmente transmitidas – gonorréia, sífilis e clamídia – tenham sido significativamente reduzidas em alguns segmentos das sociedades ocidentais, graças à introdução da terapia com penicilina, verifica-se aumento da incidência de sífilis primária durante a última parte dos anos 80 e o início dos anos 90 (McBroom et al., 1999).

No Brasil, com relação aos casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) notificados pelo Sistema de Informação de Vigilância Aprimorada (SIVA) do Ministério da Saúde, em maiores de 12 anos, em 23 sítios, de março/97 a junho/98, foram registrados 6% para sífilis primária e 8,6% para outras formas de sífilis no ano de 1997; e 6,4% e 8%, respectivamente, no ano de 1998, num total de apenas 6.331 casos notificados de DST no período

(Brasil. Ministério da Saúde, 2000).

ASPECTOS CLÍNICOS DA SÍFILIS

O estágio primário da doença ocorre aproximadamente três semanas após o contato com um indivíduo infectado, caracterizado pelo surgimento de lesão no local da invasão (ponto de entrada), resolvendo espontaneamente por volta de 6-8 semanas. Os sintomas da sífilis primária tornam-se evidentes após a infecção. O cancro sífilítico pode ser descrito, classicamente, como uma úlcera assintomática, endurecida e de base limpa. A linfadenopatia regional não representa aspecto essencial ao diagnóstico, mesmo sendo comum.

O estágio secundário da sífilis ocorre duas a dez semanas após a lesão primária. Lesões mucocutâneas disseminadas envolvem a cavidade bucal, as palmas das mãos e as plantas dos pés. A erupção (*rash*) freqüentemente macular, com discretas manchas vermelho-acastanhadas, mede menos de 5cm de diâmetro, podendo ser folicular, postular, anelar ou escamosa e também pode se apresentar esbranquiçada na cavidade bucal. Manchas mucosas avermelhadas na boca e na vagina contêm a maior parte dos microrganismos e são as mais infecciosas. As lesões papulares da região do pênis ou vulva formam placas vermelho-acastanhadas elevadas, com 2 a 3cm, denominadas condilomas lata, não podendo ser confundidas com verrugas venéreas (Samuelson & Von Lichtenberg, 1996). Febre, faringite, artralgias ou linfadenopatias generalizadas desenvol-

vem-se na maioria dos pacientes com sífilis secundária (Birnbbaum et al., 1999). Alguns fenômenos prodrômicos, como hiperestesia, astenia, cefaléia, dores ósseas, musculares e articulares, simulando uma simples gripe, precedem às manifestações secundárias. Outras manifestações da sífilis secundária: eritemas na pele, denominadas roséolas, principalmente no tronco, abdome, nos membros superiores, poupando o rosto, as mãos e os pés; pápulas recobertas ou não por escamas branco-prateadas; alopecia e alterações ungueais (Allegra & Gennari, 2000).

Após o segundo estágio, a doença entra num período assintomático, sem lesões, denominado sífilis latente (Neville et al., 1998).

O estágio terciário, observado em 30-50% dos casos não tratados (Allegra & Gennari, 2000), ocorre anos após a lesão primária, caracterizado por lesões inflamatórias ativas da aorta, coração e sistema nervoso central ou lesões inativas (gomas) envolvendo o fígado, ossos, pele (Samuelson & Von Lichtenberg, 1996), cérebro e outros órgãos (Birnbbaum et al., 1999).

As lesões sífilíticas, principalmente as primárias, representam uma perigosa fonte de contágio (Neville et al., 1998, Allegra & Gennari, 2000), tanto para o parceiro sexual quanto para os médicos, cirurgiões-dentistas e outros profissionais de saúde. A sífilis assume formas e cursos anômalos, dificultando o diagnóstico até mesmo para o especialista.

DIAGNÓSTICO

Considerando a extrema variabilidade e o polimorfismo,

frequentemente enganável da sífilis, é indispensável que o profissional mantenha uma atitude de dúvida diante de qualquer lesão na cavidade bucal até a prova contrária. A anamnese cuidadosa, passo importante, requer do cirurgião-dentista compreensão humana em vez de severa inquisição.

O diagnóstico microscópico, a partir de uma biópsia, caracteriza-se pela endoarterite obliterante e infiltrado inflamatório, predominantemente plasmocitário. As espiroquetas se ligam às células endoteliais, mediadas por moléculas de fibronectina do hospedeiro ligadas à superfície das espiroquetas, levando a uma reação imunológica em frente à presença do microrganismo, formando a endoarterite. Os plasmócitos, células predominantes nessa reação, refletem uma resposta imunológica (Samuelson & Von Lichtenberg, 1996; Cawson et al., 1997) e sugerem a sífilis. As características microscópicas da sífilis são comuns nos três estágios.

Não existe diferença de achados microscópicos entre pacientes com sífilis portadores ou não portadores do vírus HIV. Esse foi o resultado obtido por McBroom et al. (1999), após avaliação da resposta imune ao *Treponema pallidum*, por meio de estudo imunocitológico de biópsias de pele de onze pacientes com sífilis secundária, sendo cinco infectados com HIV. Os achados microscópicos em todos os pacientes mostram um infiltrado mononuclear misto, frequentemente perivasculares com numerosos plasmócitos. Não houve correlação entre o grau de celularidade e o

status HIV do paciente ou contagem de CD4, para as pessoas infectadas com HIV. Hiperqueratose foi outro achado característico da sífilis secundária nessa avaliação.

Os testes sorológicos estabelecem o diagnóstico final da sífilis. Os testes não específicos permitem uma primeira visão dos casos e são de grande utilidade. Deve-se ressaltar a sua não especificidade, podendo fornecer resultado falso-positivo ou, sendo de sensibilidade relativa, falso-negativo. Entre os exames não específicos, tem-se o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), a fixação do complemento Seg. Kolmer, a RPR (Rapid Plasma Reagin), além da clássica reação de Wassermann (Allegra & Gennari, 2000).

O testes VDRL e o RPR apresentam a mesma sensibilidade e não são específicos para sífilis, sendo 78% e 86% reativos em pacientes com sífilis primária, respectivamente. Esses tornam-se positivos dentro de aproximadamente quatro a seis semanas após a infecção ou uma a três semanas do aparecimento da lesão primária. Dessa forma, os testes podem ser negativos no início da doença e, mesmo na sífilis tardia, um quarto dos pacientes não tratados mostram VDRL negativos (Birnbaum et al., 1999).

As reações sorológicas "específicas" são: O FTA-Abs (Fluorescent Treponema Antibody Absorption), o TPI (*Treponema pallidum* Immobilization) e o TPHA (*Treponema pallidum* Haemagglutination). Esses testes são pedidos quando os testes não específicos apresentam positividade.

A presença do microrganismo

num espécime obtido de uma lesão típica, mesmo na sífilis inicial, fecha o diagnóstico, mesmo com a ausência de testes sorológicos positivos. As lesões bucais e anais não podem ser usadas como fonte para o espécime por causa da presença de treponemas não patogênicos (Birnbaum et al., 1999).

TERAPIA

O mercúrio, o bismuto, os arsenobenzóis e o iodo foram completamente abandonados em favor da penicilina, que permaneceu como medicamento de primeira escolha para a terapia da sífilis. A penicilina age com mecanismo treponemicida, causando a alteração da parede celular da espiroqueta, se em fase de crescimento. Uma concentração mínima de 0,03 UI de penicilina/ml corresponde à necessidade ao longo de pelo menos 7-10 dias, a fim de se obter a destruição de todas as gerações de treponemas que podem acontecer no intervalo de tempo, considerando que o treponema se reproduz a cada 30-33 horas. O emprego da penicilina dibenzatina intramuscular (IM) permite obter níveis séricos eficazes, mas não supera eficazmente a barreira hematoencefálica, recomendando-se o uso alternativo da penicilina G aquosa, por via venosa (Allegra & Gennari, 2000).

O Center for Disease Control and Prevention (USA), em 1998, preconizou um guia para tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Destacamos o regime para a sífilis (Tabela 1).

Tabela 1 - Regime para o tratamento da sífilis

| Sífilis primária e secundária | Sífilis com mais de um ano de duração (terciária sem envolvimento neurológico) | Neurosífilis (meningite, envolvimento neural, etc.)* |
|---|--|---|
| <p>Penicilina G benzatina, 2,4 milhões U, IM, única dose</p> <p>Pacientes alérgicos à penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doxiciclina, 100mg, VO, 2 vezes ao dia por 2 semanas; • tetraciclina, 500mg, VO, 4 vezes ao dia por 2 semanas; • eritromicina, 500mg, VO, 4 vezes ao dia por 2 semanas (menos efetivo) ou, possivelmente, • ceftriaxona, 1g, IM, dose única diária por 8-10 dias | <p>Penicilina g benzatina, 2,4 milhões U, IM semanalmente, por 3 semanas sucessivas</p> <p>Pacientes alérgicos à penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doxiciclina, 100mg, VO, 2 vezes ao dia por 4 semanas; • tetraciclina, 500mg, VO, 4 vezes ao dia por 4 semanas sucessivas | <p>Penicilina G cristalina aquosa, 12 a 24 milhões U, IV diariamente (2 a 4 milhões U por 4h) por 10 a 14 dias, seguida por penicilina G benzatina, 2,4 milhões U, IM semanalmente, por 3 semanas sucessivas; ou</p> <p>Penicilina G procaína, 2,4 milhões U, IM diariamente por 10 a 14 dias, mais probenecida, 500mg, VO, 4 vezes ao dia por 10 a 14 dias, seguida por penicilina G benzatina, 2,4 milhões U, IM semanalmente, por 3 semanas sucessivas</p> |

IM = intramuscularmente; IV = intravenosamente; VO = oralmente

* Nesse estágio, a penicilina é o único antibiótico com eficácia comprovada. Os pacientes alérgicos a penicilina devem sofrer dessensibilização antes da administração

Aproximadamente 10% de adultos relatam história de alergia à penicilina. A penicilina se apresenta como o melhor tratamento para a sífilis. A alergia a esse medicamento deve ser cuidadosamente avaliada para garantir a terapia sempre que possível. Pessoas com alergia definitiva à penicilina podem ser tratadas com um regime alternativo de doxiciclina, geralmente mais bem tolerado do que a tetraciclina. Essa terapia alternativa tem melhor resultado nos pacientes com sífilis primária e secundária. A eritromicina aparece como segunda alternativa de terapia, menos efetiva do que a doxiciclina. Monitoramento da resposta serológica se faz necessário para assegurar a erradicação do microorganismo, quando prescrito o regime alternativo (Birnbaum et

al., 1999).

Todos os sinais e sintomas da sífilis primária ou secundária geralmente se resolvem com ou sem tratamento. Seguido o tratamento específico, o paciente com sífilis primária ou secundária tem menos de 10% de risco de progressão de complicações tardias (Birnbaum et al., 1999).

A penicilina é o único antibiótico com eficiência comprovada em neurosífilis e sífilis na gravidez. Pacientes alérgicos devem sofrer uma dessensibilização oral seguindo para o tratamento com penicilina.

O acompanhamento laboratorial, após o tratamento de sífilis primária ou secundária, consiste na avaliação do VDRL ou RPR, em seis e doze meses, após o paciente ter concluído a terapia antibiótica.

RELATO DO CASO

Paciente branco, 39 anos de idade, casado, apresentou-se ao Programa de Prevenção e Detecção Precoce de Câncer de Boca com queixa de lesões dolorosas, localizadas na cavidade bucal. Na anamnese, o paciente relatou história de evolução de oito meses dessas lesões, sem outras manifestações em outros locais. Foi submetido a consultas com clínico geral e biópsias das lesões pelo dermatologista e gastroenterologista. No exame intrabucal, foram observadas lesões ulcerativas associadas a discretas placas esbranquiçadas de aspecto serpiginoso no lábio inferior (Fig.1), estendendo para a mucosa jugal D (Fig. 2) e na borda E da língua (Fig. 3), com pontos sangrantes. Foi feita a

biópsia incisional nas regiões citadas e enviadas para análise microscópica a qual revelou epitélio pavimentoso estratificado hiperparaqueratinizado ora atrófico, ora hiperplásico, com células basais hiper-cromáticas e pleomórficas, eventuais disqueratoses e perda de estratificação (Fig. 4). Observou-se intensa exocitose por polimorfonucleares (PMNs).

A submucosa apresentava-se densamente infiltrada por leucócitos mononucleares predominantemente plasmocitários, distribuídos em forma de manguitos em volta dos vasos sanguíneos (Fig. 5) e o laudo microscópico foi sugestivo de sífilis secundária. Na semana seguinte, a esposa do paciente procurou o Programa apresentando placas eritematosas no

palato mole (Fig. 6). Diante dos resultados microscópicos do paciente, foram solicitados ao casal, VDRL e HIV. O VDRL foi positivo para ambos e HIV negativo. Foram encaminhados ao infectologista para tratamento, retornando após três semanas com total regressão das lesões bucais (Figs. 7, 8, 9, 10).



Fig. 1 - Lesões ulcerativas no lábio inferior



Fig. 2 - Lesão ulcerativa estendendo-se para a mucosa jugal



Fig. 3 - Lesão na borda da língua

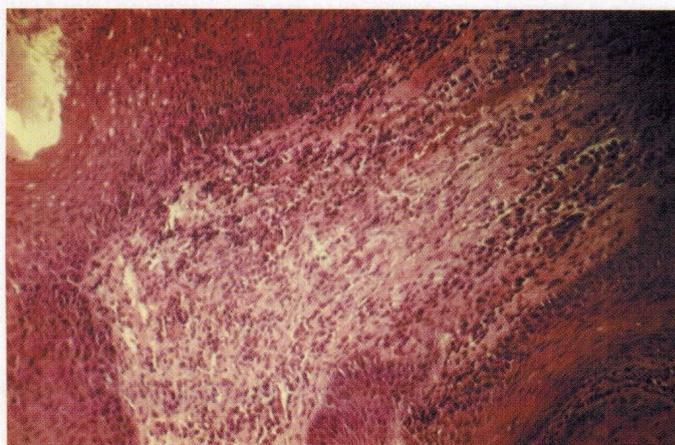


Fig. 4 - Aspectos microscópicos num menor aumento, visão do epitélio hiperplásico, com células basais hiper-cromáticas e pleomórficas (H.E.; aumento original: 10X)

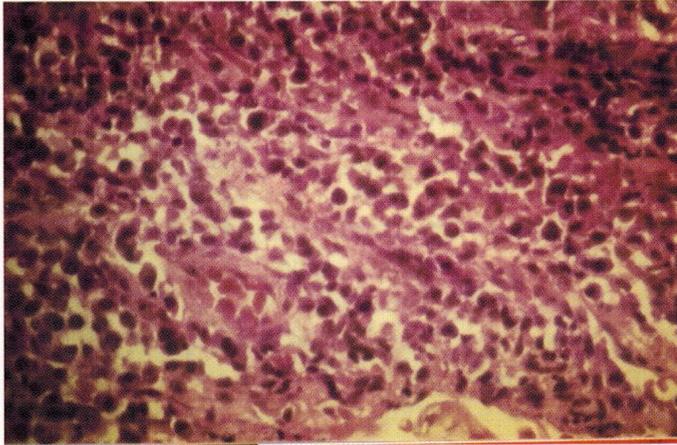


Fig. 5 – Predominância de células plasmocitárias em torno dos vasos sanguíneos formando manguitos (H.E.; aumento original: 40X)

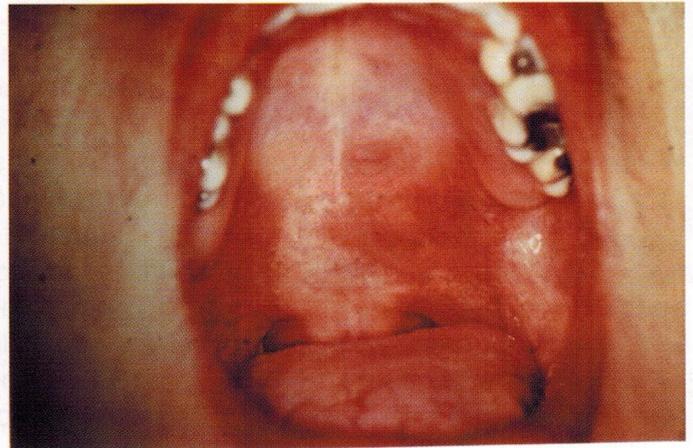


Fig. 6 – Placas eritematosas no palato mole da esposa do paciente

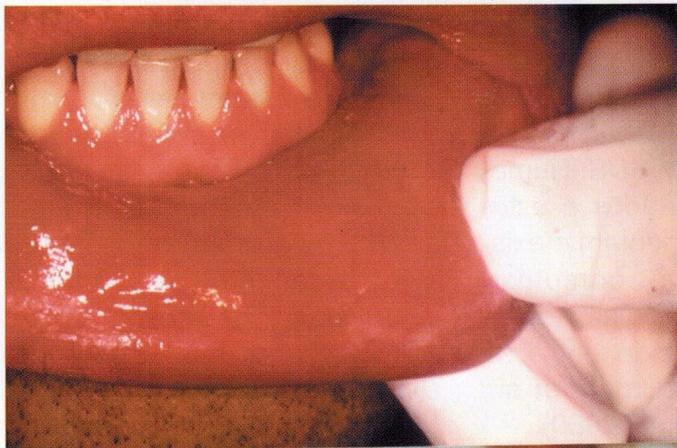


Fig. 7 – Regressão das lesões no lábio inferior do paciente



Fig. 8 – Regressão da lesão na mucosa jugal do paciente



Fig. 9 – Regressão da lesão na língua do paciente



Fig. 10 – Regressão das placas eritematosas no palato mole da esposa do paciente

DISCUSSÃO

A sífilis secundária caracteriza-se pelo polimorfismo e variabilidade na sua manifestação clínica, ocorrendo o mesmo na cavidade bucal, podendo levar o cirurgião-dentista a várias hipóteses diagnósticas. A partir de uma anamnese bem feita, questiona-se o aparecimento de lesão anterior na boca ou em outra região, principalmente na área genital, com resolução espontânea.

As lesões bucais na sífilis secundária se caracterizam por associação de máculas e pápulas avermelhadas entremeadas por áreas esbranquiçadas, de formas serpinginosas, e outros tipos de apresentações, dificultando o diagnóstico preciso (Samuelson & Von Lichtenberg, 1996; Birnbaum et al., 1999; Allegra & Gennari, 2000).

Nosso paciente compareceu ao Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Boca portando lesões ulcerativas nos lábios inferiores, língua e mucosa jugal, queixando de dificuldade de alimentação devido à dor e ao sangramento. As lesões bem avermelhadas, sangrantes, camuflaram as regiões esbranquiçadas e nos levaram a sugerir primeiramente a Paracoccidiodomicose, doença endêmica em todas as regiões do Estado do Espírito Santo, descartada pela biópsia incisiva da mucosa bucal.

O resultado do exame microscópico, no qual foram observados os aspectos típicos da sífilis (endoarterite obliterante e o infiltrado inflamatório plasmocitário, formando verdadeiros manguitos nos vasos sanguíneos, além da hiperplasia da camadas endoteliais) sugeriu a sífilis secundária.

O resultado do laudo microscópico nos orientou para o pedido dos testes sorológicos VDRL, para o paciente e a sua esposa, já que ela apresentou lesões em forma de placas eritematosas, características da sífilis. Com a positividade do teste sorológico VDRL, estabeleceu-se o diagnóstico final de sífilis secundária.

A sífilis não se apresenta na lista das doenças mais comuns que caracterizam a AIDS, como a pneumonia e a candidose. Entretanto, relatos da literatura associam o aumento da taxa de manifestação da sífilis com a AIDS, fato observado também para outras doenças.

Coincidentemente, com o aumento da sífilis, nos anos 80 e 90, observou-se uma população de co-infetados com a AIDS. Números casos reportados e estudos clínicos documentam a existência de uma complexa interação epidemiológica e biológica não esclarecida entre as duas doenças (McBroom et al., 1999; Koumans et al., 2000).

As manifestações clínica e laboratorial de pessoas com sífilis e infectadas com HIV geralmente são similares às daquelas dos não infectados com o vírus (Birnbaum et al., 1999).

Nos Estados Unidos, pessoas diagnosticadas com sífilis frequentemente apresentam maior prevalência de infecção por HIV do que pessoas com outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). A sífilis facilitaria a infecção do HIV por causa das úlceras genitais; lesões assintomáticas. Por essa razão, muitas vezes indetectáveis e não tratadas, levando ao aumento da disseminação do vírus (Koumans et al., 2000).

Na Jamaica, a prevalência de

HIV entre as doenças sexualmente transmissíveis atendidas em clínicas elevou-se de 0,25% em 1986; para 3,1% em 1990; e 6,3% em 1997 (Figueroa et al., 1998).

Essa relação nos leva a suspeitar do paciente com sífilis, tornando-se necessário o pedido de exame anti-HIV, para descartar a possibilidade de esse paciente ser portador do vírus da AIDS, o que justificou a nossa solicitação do exame anti-HIV aos pacientes do caso em questão.

A sífilis carrega o estigma do passado, de doença sexualmente transmissível, sendo encarada pela maioria das pessoas e mesmo por profissionais de saúde como sinal de promiscuidade. Devem-se superar esses preconceitos, conduzir bem os passos para chegar ao diagnóstico final e estabelecer a terapia apropriada para o paciente, aproveitando ainda para instruí-lo quanto as várias formas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

O papel do cirurgião-dentista torna-se relevante no diagnóstico da sífilis a partir do conhecimento das manifestações bucais, muitas vezes exclusivas no quadro clínico geral da doença. Como no caso apresentado, apesar de ter passado por outros profissionais de saúde, o diagnóstico final foi estabelecido numa interação de exame clínico, biópsia, análise microscópica e testes sorológicos conduzidos por profissionais da cavidade bucal, utilizando os recursos apropriados, valorizando, assim, a participação do cirurgião-dentista no contexto da saúde da população e sua responsabilidade perante doenças sistêmicas com manifestações bucais.

ABSTRACT

ORAL MANIFESTATIONS OF THE SECONDARY SYPHILIS: THE ROLE OF THE DENTIST

The diagnosis of the secondary syphilis can be difficult to be detected because of its sistemic manifestations of several forms and often because of its exclusive presentation in the oral cavity. The ocorrency of oral lesions rises the responsibility of the dentist in the establishment of final diagnosis. We present a case of secondary syphilis, established with on interaction of the clinic examination, biopsy, microscopic analysis and serologic tests and the resolution of the clinic case, standing out the multidisciplinary of health professionals and the role of the dentist in the diagnosis of the sistemic diseases with oral manifestations.

Keywords: Adquirid syphilis, syphilitics lesions.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 ALLEGRA, F., GENNARI, P. U. **As doenças da mucosa bucal**. 2. ed. São Paulo : Ed. Santos, 2000.
- 02 BIRNBAUM, N. R., GOLDSCHMIDT, R. H., BUFFET, W. O. Resolving the common clinical dilemmas of syphilis. **Amer. Family Physician**, v. 59, n. 8, p. 2233-2246, Apr. 1999.
- 03 BRASIL. Ministério da Saúde. **DST/AIDS**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 2000.
- 04 CAWSON, R. A., BINNIE, W. H., EVESON, J. W. **Atlas colorido das enfermidades da boca** : correlações clínicas e patológicas. São Paulo : Artes Médicas, 1997.
- 05 FIGUEROA, J. P. et al. Is HIV/STD control in Jamaica making a difference? **AIDS**, v. 12, Supl. 2, p. 589-598, 1998.
- 06 KOUMANS, E. H. et al. Geographic variation of HIV infection in childbearing women with syphilis in the United States. **AIDS**, v. 14, n. 3, p. 279-287, 2000.
- 07 McBROOM, R. L. et al. Secondary syphilis in persons infected with and not infected with HIV-1. A comparative immunohistologic study. **Amer. J. Dermatopathol.**, v. 21, n. 5, p. 432-441, Oct. 1999.
- 08 NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1998.
- 09 SAMUELSON, J., VON LICHTENBERG, F. Doenças infecciosas. In: COTRAN, R. S., KUMAR, V., ROBBINS, S. L. **Patologia estrutural e funcional**. 5. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1996.

Correspondência para/Reprint requests to:

Liliana Aparecida Pimenta de Barros
UFES - Dep. de Clínica Odontológica/
CBM
Av. Marechal Campos, 1468 - Campus de
Maruípe - Vitória - ES - 29040-090
Telefones: (27) 335-7241/ 335-7228
e-mail: llbarros@escelsa.com.br

UFES - CBM - Departamento de Prótese Dentária

Curso de Atualização em Prótese Dentária

Coordenação: Prof. Dr. Antônio Augusto Gomes
Prof. Dr. João Carlos Padilha de Menezes
Natureza do Curso: teórico / prático
Carga Horária: 240 horas
Duração do Curso: agosto de 2000 a junho de 2001
Dia e Horário: às sextas-feiras das 16 às 22 horas
Local: Instituto de Odontologia/UFES
Número de vagas: 20 (por ordem de inscrição)
Investimento: 10 parcelas de 350,00 (cheques pré-datados)

Informações e inscrições: (27) 335-7279 335-7234

