

UNIVERSIDADE PAULISTA

HANA SAMPEI DE SOUZA

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍFILIS

Nota 10

SÃO PAULO

2025

HANA SAMPEI DE SOUZA

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍFILIS

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de graduação em Odontologia apresentado à Universidade Paulista – UNIP.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Caputo

SÃO PAULO

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Souza, Hana

Manifestações Orais da Sífilis / Hana Souza. - 2025.
0051 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, São Paulo, 2025.

Área de Concentração: Estomatologia.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Caputo.

1. Doença Sífilis. 2. Epidemiologia. 3. Diagnóstico. 4. Classificação. 5. Tratamento. I. Caputo, Bruno (orientador). II. Título.

HANA SAMPEI DE SOUZA

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍFILIS

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de graduação em
Odontologia apresentado à
Universidade Paulista – UNIP.

Aprovado(a) em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. ou Profa. Dr(a)./Me(a).

Universidade Paulista - UNIP

Prof. ou Profa. Dr(a)./ Me(a).

Universidade Paulista - UNIP

Prof. ou Profa. Dr(a)./ Me(a).

Universidade Paulista - UNIP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a mim mesma, pela determinação e pela força de vontade de seguir em frente, mesmo quando tudo parecia impossível. Por não ter permitido que o desânimo me vencesse e por manter a disciplina de levantar todos os dias às cinco da manhã, buscando cumprir com dedicação cada meta que tracei ao longo desta jornada.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à minha mãe, Simone Sampei, que nunca mediu esforços para me oferecer tudo o que precisei. Com certeza, herdei dela minha dedicação e determinação, e é através delas que busco recompensar todo o seu amor e empenho.

Ao meu namorado, Lucas Patrocínio, por sempre reforçar o quanto sou capaz e por estar ao meu lado, segurando minha mão, nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Ao meu avô, Jorge Sampei, que todos os dias, ao chegar em casa, me recebia com um sorriso acolhedor e, apenas com um olhar, sabia reconhecer quando eu estava em um bom ou mau dia.

À minha avó, Irene Sampei, exemplo de dedicação, esforço e disciplina, além de ser a responsável pelas deliciosas marmitas que tornaram meus almoços mais leves.

Ao meu primo, Gabriel Sampei, que, mesmo entre jogos e barulhos, sempre me fez companhia e me mostrou que, quando eu precisar, ele estará ali por mim.

A todos os meus demais familiares, aos amigos de infância e aos que conquistei ao longo desses quatro anos, deixo minha profunda gratidão.

Ao meu personal trainer, Milton Leite, ao meu professor de natação, Jefferson Nunes, e à minha psicóloga, Glaucia Mazuline, por contribuírem para que todo este processo se tornasse mais leve e equilibrado.

Um agradecimento especial ao meu tio, Ernesto Hayashida, e à minha madrinha, Silene Sampei, que também trilharam seus caminhos nesta universidade e me inspiram todos os dias a seguir nesta profissão encantadora. Espero ser, um dia, ao menos 1% dos profissionais admiráveis que eles são.

Por fim, agradeço ao meu orientador, Bruno Caputo, por todo o apoio, orientação e confiança, que me proporcionaram as condições necessárias para concluir este trabalho e vislumbrar um futuro promissor.

“Você não pode colocar um limite em nada. Quanto mais você sonha, mais longe você pode chegar.”

(Michael Phelps)

RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria espiroqueta *treponema pallidum*, podendo, também, ser transmitida de forma vertical, de mãe para filho. A doença apresenta quatro estágios clínicos, sendo que cada uma apresenta um grau diferente de manifestações orais. Essa revisão bibliográfica tem como objetivo expor as manifestações orais causadas pela sífilis em seus diferentes estágios, além de abordar métodos de diagnóstico e tratamento, de modo que os cirurgiões-dentistas possam identificar adequadamente as lesões, e, assim, desempenhar uma contribuição indispensável na prevenção e no controle doença. Conclui-se que o cirurgião-dentista desempenha papel essencial no diagnóstico precoce e na prevenção da sífilis por meio da identificação de suas manifestações orais. Para a pesquisa bibliográfica foram utilizadas bases de dados informáticas como a PubMed, SciELO, National Library of Medicine, Revista ORL, WHO, LILACS. Palavras-chave: “Sífilis”; “Sífilis primária”, “Sífilis secundária; “Sífilis terciária”; “Sífilis congênita”; “Manifestações Orais”, “Diagnóstico”, “Tratamento”.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted disease (STD) caused by the spirochete bacterium *Treponema pallidum*, and can also be transmitted vertically, from mother to child. The disease has four clinical stages, each presenting a different degree of oral manifestations. This literature review aims to present the oral manifestations caused by syphilis in their different aspects, in addition to addressing methods of diagnosis and treatment, so dentists can identify the damage caused and provide an indispensable contribution to the prevention and control of diseases. It is concluded that the dentist plays an essential role in the early diagnosis and prevention of syphilis through the identification of its oral manifestations. For bibliographic research, computer databases such as PubMed, SciELO, National Library of Medicine, ORL Journal, WHO, LILACS were used.

Keywords: "Syphilis"; "Primary syphilis", "Secondary syphilis; "Tertiary syphilis"; "Congenital syphilis"; "Oral manifestations", "Diagnosis", "Treatment".

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Desenho esquemático da bactéria <i>Treponema pallidum</i>	13
Figura 2 –	Aspectos histopatológicos da sífilis oral.....	17
Figura 3 –	Cancro duro.....	19
Figura 4 –	Diferentes padrões de apresentação clínica da sífilis secundária...	20
Figura 5 –	Quadro clínico de paciente com lues maligna.....	22
Figura 6 –	Lesão de goma sífilítica no palato causando perfuração e comunicação oronasal.....	23
Figura 7 –	Incisivos de Hutchinson.....	25
Figura 8–	Segundo molar mandibular em amora.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Resumo das principais manifestações orais da sífilis, de acordo com estágios e localizações das lesões.....	27
Tabela 2 –	Tratamento e seguimento de casos de sífilis e neurosífilis.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS

cm Centímetro

µm Micrômetro

nº Número

T. pallidum *Treponema pallidum*

LISTA DE SIGLAS

ART	Terapia Antirretroviral
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FTA-ABS	Teste de Anticorpos Treponêmicos por Imunofluorescência com Absorção
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IFD	Imunofluorescência direta
IgM	Imunoglobulina M
IgG	Imunoglobulina G
IST	Infecção sexualmente transmissível
MHA-TP	Microhemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i>
RJH	Reação de Jarisch-Herxheimer
RPR	Reagente Rápido de Plasma
SC	Sífilis Congênita
STD	Sexually transmitted disease
TPI	<i>Treponema pallidum</i>
VDRL	Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	Doença Sífilis.....	12
2.2	Epidemiologia.....	14
2.3	Diagnóstico.....	15
2.4	Classificação.....	18
2.4.1	<i>Sífilis Primária.....</i>	18
2.4.2	<i>Sífilis Secundária.....</i>	19
2.4.3	<i>Sífilis Latente.....</i>	22
2.4.4	<i>Sífilis Terciária.....</i>	23
2.4.5	<i>Sífilis Congênita.....</i>	24
2.5	Tratamento.....	27
2.5.1	<i>Reação de Jarisch-Herxheimer</i>	29
3	DISCUSSÃO.....	30
4	CONCLUSÃO.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*. Existem duas principais vias de transmissão: a transmissão vertical, que ocorre da mãe para o feto, sendo responsável pela sífilis congênita; e a transmissão horizontal, que ocorre através de relações sexuais desprotegidas, beijos, contato com feridas ou pelo compartilhamento de objetos contaminados, resultando na chamada sífilis adquirida.

Inicialmente, o diagnóstico da sífilis é desafiador, pois a doença apresenta sinais e sintomas semelhantes aos de outras enfermidades, como sinais gripais. Além disso, as lesões orais podem ser múltiplas e apresentar características variadas, o que dificulta ainda mais a identificação precisa. Por essa razão, é de extrema importância que o cirurgião-dentista esteja capacitado para reconhecer essas manifestações, a fim de realizar um diagnóstico e tratamento precoce.

Para o diagnóstico da sífilis, existem dois grupos de testes: os diretos, que consistem na visualização do *Treponema pallidum* por microscopia de campo escuro ou imunofluorescência direta (IFD); e os testes indiretos, que se dividem em não treponêmicos, como VDRL (Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas) e RPR (Reagente Rápido de Plasma), e treponêmicos, como FTA-ABS (Teste de Anticorpos Treponêmicos por Imunofluorescência com Absorção) e MHA-TP (Microhemaglutinação para *Treponema pallidum*). O método VDRL é econômico, rápido e prático para triagem em larga escala, além de ser útil para indicar a atividade da doença. No entanto, os testes treponêmicos são atualmente considerados os mais sensíveis e específicos para confirmação do diagnóstico.

A sífilis adquirida inicia-se pela fase primária, caracterizada pelo surgimento do cancro duro no local de penetração da bactéria, seja na pele ou nas membranas mucosas, manifestando-se como uma úlcera não exsudativa, de bordas endurecidas, medindo aproximadamente 1 a 2 cm. A seguir, ocorre a sífilis secundária, marcada por erupções cutâneas que se apresentam inicialmente como máculas simétricas, de coloração rosada ou avermelhada, com possibilidade de evolução para lesões papulares, além do surgimento de

manchas mucosas e, mais raramente, da lues maligna, uma manifestação cutânea grave da sífilis secundária.

Após essa etapa, inicia-se a fase latente, um intervalo em que o paciente não apresenta sinais ou sintomas clínicos da infecção. Por fim, pode ocorrer a sífilis terciária, que acomete o sistema nervoso central e se caracteriza pelo aparecimento de gomas, especialmente no palato duro e na língua, podendo levar à destruição óssea, perfuração palatina, formação de fístulas oro-nasais e glossite intersticial.

Quando ocorre o contágio da mãe para o feto tem-se a sífilis congênita. Essa forma da doença pode apresentar sinais característicos, como dentes de Hutchinson (molares em amora e incisivos com aspecto de chave de fenda), fissuras periorais, paralisia de Parrot, além de risco de morte fetal e aborto.

O tratamento de primeira escolha para a sífilis é a administração de Benzilpenicilina benzatina, uma penicilina de ação prolongada, aplicada por via intramuscular. A dose e a duração do tratamento devem ser ajustadas conforme o estágio da doença e a presença de alergias ao medicamento.

No caso da sífilis congênita, quando a gestante é diagnosticada com sífilis, recomenda-se o tratamento com penicilina durante a gestação, com uma nova administração na 28ª semana e no momento do parto. Se o recém-nascido apresentar infecção, o tratamento deve ser realizado com penicilina G, administrada por 10 dias após o nascimento.

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo apresentar as manifestações orais da sífilis, para que cirurgiões-dentistas possam identificar adequadamente as lesões, contribuindo assim para o diagnóstico precoce e o controle da doença, visto que muitas vezes são os primeiros a reconhecer sinais clínicos sugestivos durante exames de rotina. Além disso, busca demonstrar as abordagens atuais para o diagnóstico e tratamento da afecção.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Doença Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa causada pelo *Treponema Pallidum* e que possui duas vias de transmissão. A transmissão vertical é chamada de sífilis congênita e a sífilis adquirida caracteriza-se por transmissão sexual. Além disso, a contaminação pode ocorrer de forma indireta, pela utilização de objetos contaminados, como agulhas de tatuagem ou transfusão sanguínea (Fregani et al., 2017).

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) que possui como agente etiológico uma bactéria espiroqueta: *Treponema pallidum*. A doença ganhou relevância social e histórica a partir do final do século XV, quando se dissemina na população europeia, tratando-se, desde então, de uma doença estigmatizante e carregada de vergonha (Tampa et al., 2014).

As crônicas posteriores a viagem de Colombo ao novo mundo, sugerem que na tripulação havia o surgimento de lesões sifilíticas. Na Europa, a alta disseminação da doença se deu após o ano de 1490, compatível, portanto, com o retorno das tripulações. Devido a isso, diversos autores propuseram a hipótese colombiana, que afirma ser o Novo Mundo o local de origem da doença (Harper et al., 2011).

A forma de transmissão mais frequente da sífilis se dá pelo ato sexual desprotegido, que é uma forma de transmissão horizontal entre uma pessoa infectada e outra pessoa não infectada. Nesse caso da infecção via ato sexual, a transmissão ocorre na maioria das vezes em pessoas que apresentam a sífilis primária e secundária (Binda et al., 2021; De Souza, 2017).

No caso em que o portador da Sífilis tem feridas abertas na boca, o contágio pode ser dado pelo contato com mucosas, como por exemplo através do beijo. O uso de preservativos é indispensável para evitar o contágio não só pela sífilis, mas também de várias outras infecções sexualmente transmissíveis, como por exemplo a Aids (HIV) a gonorreia e o HPV (Santos, 2022).

Na sífilis adquirida, o agente infeccioso *Treponema Pallidum* penetra nos tecidos humano, através de pequenas abrasões durante a relação sexual, atingindo o sistema linfático regional e, a partir da disseminação teratogênica, se

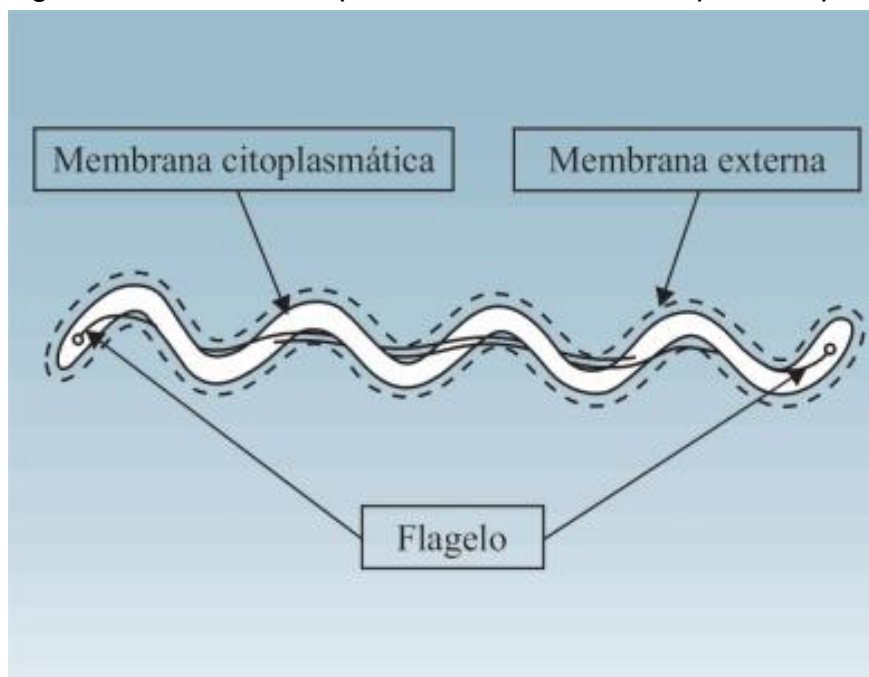
dissemina para todo o corpo. Quando o agente infeccioso se encontra no sangue da gestante, atravessa a barreira placentária, atingindo a corrente sanguínea do feto, ou ainda, pode haver a contaminação na passagem pelo canal do parto, chamada de sífilis congênita (Binda et al., 2021).

O *Treponema pallidum*, a causa da sífilis, tem o homem como o único hospedeiro conhecido e não pode sobreviver fora de seu hospedeiro natural, por habilidades metabólicas limitadas, para sintetizar seu próprio bionutriente (Boellaard et al., 2010).

Quando não tratada, a sífilis é extremamente contagiosa e sua taxa de contágio em transmissão vertical pode atingir valores próxima a 100% nas fases mais recentes da doença. No entanto, quando diagnosticada e feito o tratamento oportunamente, esta taxa de contaminação pode ser reduzida em até 97% (Roehrs et al., 2020).

O *T. pallidum* tem forma de espiral (10 a 20 voltas), com cerca de 5-20µm de comprimento e apenas 0,1 a 0,2µm de espessura. Não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Move-se por rotação do corpo em volta desses filamentos (Singh, 1999).

Figura 1 – Desenho esquemático da bactéria *Treponema pallidum*.



Fonte: Trabulsi. Microbiologia

2.2 Epidemiologia

Desde 2010, a Portaria de Consolidação nº 4, de setembro de 2017 considera a sífilis adquirida como notificação compulsória no Brasil. Esta notificação é obrigatória para todos os profissionais de saúde sejam eles do setor público ou privado que prestam assistência ao paciente (Freitas et al., 2020).

De acordo com a revisão sistemática e meta-análise de Gomez et al. (2013), uma estimativa resumida de 66,5% das mulheres grávidas infectadas com sífilis relatam resultados adversos da gravidez, como natimorto, perda fetal, morte neonatal, evidência clínica de sífilis, prematuridade e baixo peso ao nascer.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, essa doença afeta aproximadamente 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Todavia, no Brasil, no ano de 2016, a sífilis foi considerada um preocupante problema de saúde pública (Brasil, 2018).

Apesar dos avanços nas medidas terapêuticas, a doença ainda é considerada um problema de saúde pública, devido ao seu alto grau de incidência, majoritariamente em países de baixa renda. O registro de casos da doença tem aumentado nos últimos vinte anos (De Andrade et al., 2020).

Estima-se que existam mais de 12 milhões de casos por ano no mundo, dos quais 900 mil estão no Brasil (Organização Mundial Da Saúde, 2016).

Dados do Ministério da Saúde de 2012-2018 indicam variação na taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), de 14,4 para 74,4, e em gestantes, de 5,7 para 21,5, assim como na taxa de incidência de sífilis congênita (por mil nascidos vivos), de 4,0 para 9,0 (Ramos, 2022).

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. A portaria vigente que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (Brasil, 2018).

2.3 Diagnóstico

O teste de sífilis é recomendado em qualquer pessoa sexualmente ativa que apresente sintomas de IST, uma possível exposição a DSTs ou fatores de risco comportamentais, como ter o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou outra IST, usar drogas ilícitas, medicamentos não prescritos, histórico de sexo transacional, encarceramento ou serviço militar (Workowski et al., 2021).

O diagnóstico é dificultado, pois a condição pode se assemelhar com outras entidades patológicas e requer maior atenção por parte de médicos, cirurgiões dentistas e patologistas (Schuch et al., 2019).

Os pacientes também podem relatar sinais e sintomas semelhantes a uma gripe, envolvendo dor de garganta ou rouquidão devido à inflamação da faringe, da laringe ou das amígdalas. Nestes casos, pode haver linfadenopatia cervical (Ikenberg et al., 2010).

Os aspectos variantes de algumas lesões (brancas, ulceradas, elevadas, únicas ou múltiplas) levam a diversas possibilidades de diagnóstico, como líquen plano, penfigoide bolhoso, carcinoma espinocelular e histoplasmose, entre outras (Siqueira et al., 2015).

Todos os bebês cujas mães com sífilis não foram tratadas ou foram inadequadamente tratadas devem realizar os exames de VDRL, hemograma, radiografia de ossos longos e punção líquórica, mesmo que assintomáticos ao nascer (Rocha et al., 2021).

Os achados radiográficos desempenham importante papel no diagnóstico de SC. Na Holanda, estudo detectou achados radiológicos em oito de dez crianças com evidências de SC. Tais alterações variaram de uma ligeira reação periosteal por descalcificação dos ossos longos a características consistentes de osteomielite (Rocha et al., 2021).

Para o diagnóstico da sífilis, tradicionalmente conta-se com dois grupos de testes: diretos e indiretos. Os primeiros são pela visualização do treponema, através de microscopia em campo escuro e por fluorescência direta (IFD). Os indiretos se dividem, por sua vez, em testes não treponêmicos – como VDRL (teste de laboratório de pesquisa de doenças venéreas) e RPR (reagente rápido de plasma) – e os testes treponêmicos – como FTA-ABS (absorção de anticorpos treponêmicos fluorescentes) ou MHA-TP (micro-hemaglutinação para T.

pallidum). O método VDRL é o mais recomendado quando aplicado ao líquido cefalorraquidiano ou ao soro, sendo o mais econômico e facilmente disponível nos laboratórios das unidades de atendimento primário à saúde (Ávila; Sola; Grima, 2018).

Os testes treponêmicos detectam anticorpos produzidos pelo indivíduo infectado (geralmente, as imunoglobulinas IgM e IgG) que são específicos contra componentes celulares do treponema. Essa detecção se dá por meio da utilização de lisados completos de *T. pallidum* ou antígenos treponêmicos recombinantes na composição dos reagentes desses testes (Henao-Martínez; Johnson, 2014).

Os testes de anticorpos reacionais não treponêmicos não específicos (VDRL, RPR, ART) são baratos, rápidos e convenientes para a triagem de muitos soros e são bastante úteis como indicação da atividade da doença. Esses testes, desenvolvidos como testes econômicos para triagem em massa, não são específicos para *T. pallidum*, portanto, uma variedade de doenças agudas ou crônicas pode resultar em reações biológicas falso-positivas. Além disso, esses testes são reativos em quase todos os pacientes com doença secundária e latente, mas são menos sensíveis em pacientes com sífilis primária (Ficarra; Roman, 2009).

Os testes treponêmicos são considerados hoje os mais sensíveis e específicos. Esses testes são o anticorpo fluorescente treponêmico (FTA-ABS) e a hemaglutinação de *T. pallidum* (TPHA) e o MHA-TP, que é uma versão modificada do TPHA. O primeiro é capaz de revelar anticorpos da sífilis no soro do paciente no estágio inicial, enquanto os últimos dois se tornam positivos um pouco mais tarde durante o curso da infecção. O teste MHA-TP é altamente específico (98%) e sensível em pacientes com sífilis secundária. O teste de imobilização de *T. pallidum* (TPI) revela anticorpos específicos após a segunda semana de infecção, mas raramente é empregado porque requer treponemas vivos e é caro (Ficarra; Roman, 2009).

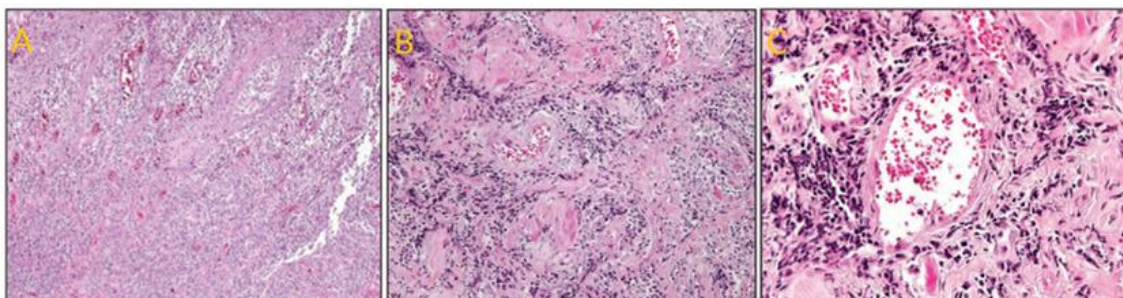
É indispensável que o cirurgião dentista possua um alto índice de suspeita clínica e inclua na anamnese perguntas sobre aparição de lesões recentes e história sexual do paciente, preparando-se para reconhecer manifestações orais e sistêmicas de DSTs como a sífilis (Garbin et al., 2019; Navazo-Eguía et al., 2018).

Os treponemas estão presentes nas lesões primárias e podem ser detectados por microscopia de campo escuro, no entanto, este teste está repleto de riscos de transmissão nosocomial e, portanto, não é mais considerado adequado. Além disso, pode haver confusão entre as espiroquetas de *T. pallidum* com os comensais normais da boca. A histopatologia nem sempre é útil, pois não há características histopatológicas específicas, e a detecção de *T. pallidum* com coloração de Warthin-Starry ou coloração de nitrato de prata pode não ser possível. As técnicas de coloração monoclonal de antodil imunoperoxidase podem detectar *T. pallidum* e são uma investigação clínica relativamente rotineira do material de biópsia (Leão; Gueiros; Porter, 2006).

A microscopia de campo escuro é o exame de escolha para a sífilis primária assintomática. Os Treponemas, morfologicamente, são espiroquetas muito finas e helicoidais, que medem 0,1 μm a 5 a 15 μm ; esses germes são tão finos que não podem ser observados em um campo normal do microscópio de luz, sendo necessário um microscópio que tenha campo escuro. *T. pallidum* se diferencia de outros microrganismos em forma espiral porque são mais finos, suas espirais são muito regulares e apresentam um movimento característico em forma de parafuso (Contreras; Zuluaga; Ocampo, 2008).

As características histopatológicas da sífilis secundária são variadas. Muitas vezes, as mudanças são inespecíficas, embora possam incluir infiltrados perivascular com uma preponderância de células plasmáticas e hiperplasia psoriasiforme epidérmica. As colorações de Warthin-Starry detectarão espiroquetas em cerca de um terço das vezes, embora métodos mais recentes possam aumentar a detecção in situ do agente causador (Leão; Gueiros; Porter, 2006).

Figura 2-Aspectos histopatológicos da sífilis oral.



Legenda: (A) O exame histopatológico revelou hiperplasia do epitélio. (B) Infiltrado inflamatório crônico denso e difuso, composto principalmente por linfócitos e plasmócitos, na lâmina própria.

(C) O infiltrado inflamatório se estendia para a área mais profunda da lâmina própria e apresentava um padrão perivascular.

Fonte: De Andrade et al., 2020.

A denominada cicatriz sorológica ou memória sorológica caracteriza-se pela persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou nos testes não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado para sífilis, afastada a possibilidade de reinfecção (Brasil, 2022).

2.4 Classificação

2.4.1 Sífilis Primária

O período de incubação é geralmente de 21 a 30 dias após o contato, embora possa variar de 10 a 90 dias, dependendo do número e virulência de *Treponemas* e da resposta do hospedeiro (Akgoz; Mukundan; Lee, 2012).

Os cancros primários cicatrizam espontaneamente dentro de 7 a 10 dias, embora possam persistir por muito mais tempo, resolvendo apenas com terapia antimicrobiana apropriada (Brasil, 2022).

A lesão inicial é chamada de cancro, surge uma a duas semanas a seguir à exposição ao *Treponema*; o estágio primário ocorre no local da transmissão. Porém, a incubação pode permanecer até 40 dias. A lesão normalmente é erosiva ou ulcerada, singular, indolor, com infiltração de base e contornos elevados e endurecidos, ocorrendo com frequência nas áreas ano-genital e oral. Posteriormente a manifestação do cancro, ocorre a linfadenopatia regional. A cura natural do cancro decorre entre de três a seis semanas, e as cicatrizes no local não são normalmente visíveis (Soares et al., 2004).

A boca, talvez surpreendentemente, raramente é o local da sífilis primária e, devido à sua natureza transitória, a ulceração oral da sífilis primária muitas vezes passa despercebida pelo paciente ou por qualquer clínico (Mindel et al., 1989).

A sífilis primária é caracterizada pelo surgimento do cancro duro no local de penetração da bactéria na pele ou membrana mucosa associado a linfadenopatia regional, sendo definida como uma lesão única, indolor, papular que dá origem a uma úlcera não exsudativa, de bordas endurecidas, com cerca de 1 a 2 cm, que afeta preferencialmente as genitálias externas (pênis e vagina) ou regiões extragenitais como a cavidade oral, com maior frequência, a região

de língua e lábios. Caso não seja realizado nenhum tratamento, as lesões regredem espontaneamente dentro de 4 a 6 semanas não deixando marcas (Contreras; Zuluaga; Ocampo, 2008; Fregnani et al., 2017).

Os locais anatômicos comumente afetados são especialmente a língua, a gengiva, o palato mole e os lábios. As lesões aparecem como úlceras endurecidas indolores associadas ao aumento dos gânglios linfáticos submandibulares e cervicais, durando de 3 a 7 semanas. As lesões são assintomáticas, mas estão cheias de espiroquetas e são altamente infecciosas. A lesão geralmente é única e cicatriza espontaneamente sem deixar cicatriz (Ficarra; Roman, 2009).

Figura 3-Cancro duro



Fonte: Estomatologia online, 2015

Habitualmente o local em que a sífilis primária se manifesta é no lábio superior em homens e nas mulheres, atinge geralmente o lábio inferior. Quando a lesão atinge esse estágio e não é devidamente tratada, o *treponema pallidum* se espalha, dando então, início a sífilis secundária (Binda et al., 2021).

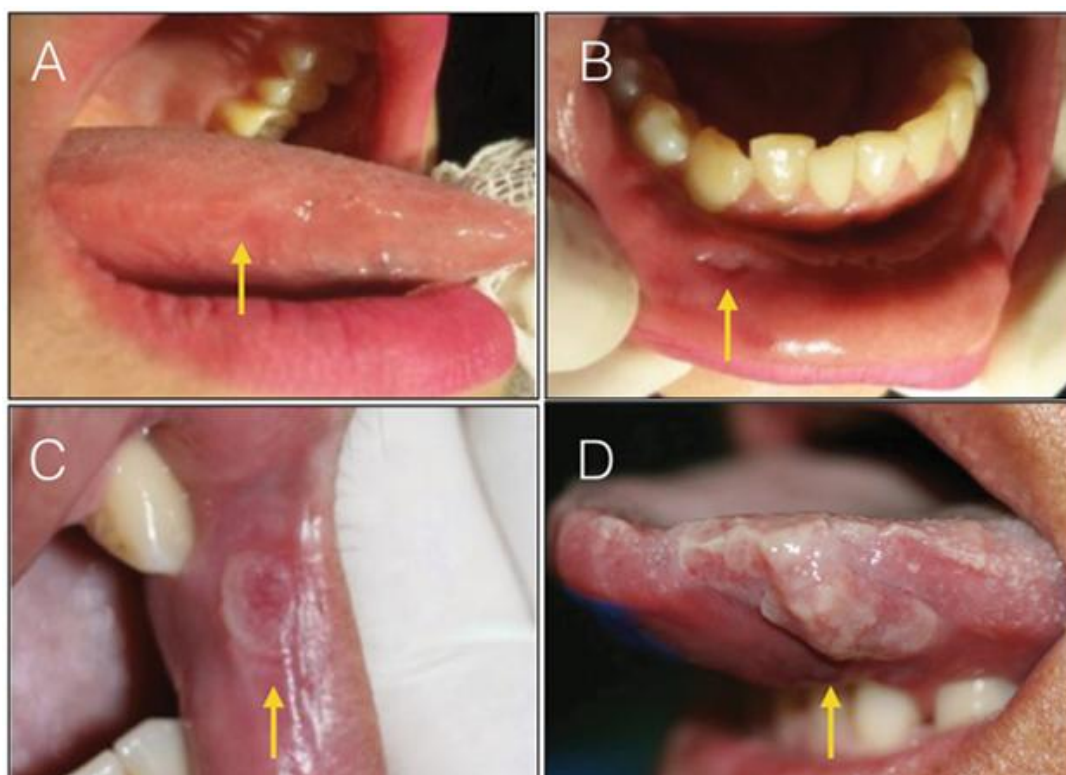
2.4.2 Sífilis secundária

Caracteriza-se por manifestações mucocutâneas e por dispersão hematogênica que provoca a colonização de vários órgãos. Esta fase inicia-se um a três meses a seguir à infecção. Contudo, se não tratada, a sífilis secundária pode surgir até dois anos depois da exposição. É acompanhado por sinais e sintomas clínicos inespecíficos, tal como desconforto geral, cefaleia, febre baixa,

anorexia, perda de peso e linfadenopatia. Faringite, mialgia e artralgia também podem estar presentes. Estas condições desaparecem naturalmente, sem tratamento, ao longo do período latente (Seibt; Munerato, 2016).

Na etapa secundária da sífilis pode haver manifestações em áreas de mucosa e pele. As erupções cutâneas se desenvolvem como máculas simétricas rosadas ou vermelhas, que podem evoluir para a forma papular ou pustular (Bruce; Rogers, 2004).

Figura 4-Diferentes padrões de apresentação clínica da sífilis secundária.



Legenda:(A) Lesão branca acinzentada na borda lateral da língua direita. (B) Úlcera circular e bem delimitada na mucosa labial inferior assintomática (C) Lesão ulcerada com bordas fibrinosas na comissura dos lábios. (D) Placa mucosa exuberante presente na língua (esquerda) causou aumento de volume e remodelação no relevo superficial da língua. (De Andrade et al., 2020).

Fonte: De Andrade, R. S., De Freitas, E. M., Rocha, B. A., Da Silva Gusmão, E., Filho, M. R. M., & Martelli, H., 2020.

Sífilis maculares: As lesões maculares tendem a surgir no palato duro e se manifestam como lesões vermelhas, firmes e planas a ligeiramente elevadas (Laskaris, 1996).

Sífilis papulares: São raras. Se manifestam como nódulos redondos vermelhos, elevados e firmes com um centro cinza que pode ulcerar. As pápulas geralmente surgem na mucosa bucal ou comissuras (Leão; Gueiros; Porter, 2006).

Manchas mucosas: Uma variedade de descrições de manchas mucosas tem sido relatada, mas em geral estas se manifestam como erosões ovais a crescentes ou úlceras superficiais de cerca de 1 cm de diâmetro, cobertas por um exsudado mucoide cinza e com uma borda eritematosa. As manchas geralmente surgem bilateralmente nas superfícies móveis da boca, embora a faringe, gengivas, amígdalas e, muito raramente, o palato duro pode ser afetado. Nas comissuras, as manchas mucosas podem aparecer como pápulas divididas, enquanto nas faces distal e lateral da língua, tendem a ulcerar ou se manifestar como fissuras irregulares. As manchas mucosas podem coalescer para dar origem a, ou surgir de novo como, lesões serpiginosas, às vezes denominadas úlceras de caracol (Leão; Gueiros; Porter, 2006).

Nem todos os pacientes terão uma história anterior de cancro, pois muitos cicatrizam sem serem notados. Neste período geralmente dá-se o aparecimento de sintomas sistêmicos como: faringite, mal-estar, cefaleia, perda de peso, febre, dor musculoesquelética e linfadenopatia generalizada indolor. Um sinal mais consistente é a roséola sífilítica, uma erupção cutânea maculopapular, difusa e indolor, na região planto palmar, que acomete aproximadamente 60 a 80% dos pacientes com sífilis secundária (Valente et al., 2009).

Raramente, a sífilis secundária pode se manifestar apenas como nódulos. Esta erupção nodular da sífilis tem uma predileção para a face, membranas mucosas, palmas das mãos e solas dos pés (Baniandres et al., 2004).

A lues maligna é uma manifestação cutânea grave rara da sífilis secundária. Também é conhecida como sífilis maligna e sífilis ulcero nodular. A maioria dos casos está ligada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) mal controlada, com contagens de linfócitos de diferenciação 4 (CD4) entre 100 e 350 (Sands; Markus, 1995).

Figura 5-Quadro clínico de paciente com lues maligna.



Legenda: Múltiplos nódulos ulcerados eritematosos discretos com crosta espessa presentes na face, particularmente ao redor das regiões periorbital e perioral (A). Os nódulos faciais melhoraram após a administração de penicilina benzatina intramuscular por 2 semanas (B), 4 semanas (C) e 3 meses (D). Úlceras na glândula, pênis (E) e lábios (G) resolvidas em 2 semanas após o início do tratamento (F e H).

Fonte: Tee et al., (2020).

2.4.3 Sífilis latente

A sífilis latente acompanha o desaparecimento das lesões da sífilis primária e secundária. Neste período, a infecção permanece nos pacientes não tratados e pode existir durante anos. Esta fase é dividida, em latente precoce e latente tardio (mais de 12 meses). A recidiva da sífilis secundária é mais admissível neste estágio inicial e surge como resultado da disfunção imunológica. A sífilis tardia normalmente aparece depois de 10 a 30 anos de infecção. É caracterizada por manifestações cutaneomucosas (gengivas superficiais e profundas) e, por afeções viscerais (cardiovasculares ou neurológicas) (Navazo-Eguía et al., 2018).

Após a fase secundária, há um período latente durante o qual o paciente não apresenta nenhum sinal clínico de infecção. Nesta fase, o diagnóstico de sífilis pode ser feito apenas por meio de um teste sorológico (Ficarra; Roman, 2009).

2.4.4 Sífilis terciária

O envolvimento do sistema nervoso central, como sintomas cognitivos, ataxia e paralisia, pode ocorrer em todas as fases, mas está mais associado à sífilis terciária. Neste estágio também pode ser observado um quadro de glossite generalizada (Ficarra; Roman, 2009).

A doença clínica surge em cerca de um terço dos pacientes com sífilis secundária não tratada. As complicações orais da sífilis terciária centram-se na formação de goma e, muito mais raramente, na leucoplasia sífilítica (e risco de carcinoma de células escamosas oral) e na neurossífilis (Leão; Gueiros; Porter, 2006).

As gomas tendem a surgir no palato duro e na língua, embora muito raramente possam ocorrer no palato mole, no alvéolo inferior e na glândula parótida. Uma goma se manifesta inicialmente como 1 ou mais inchaço indolor. Quando múltiplas, elas tendem a coalescer, dando origem a lesões serpiginosas. Os inchaços eventualmente se transformam em áreas de ulceração, com áreas de colapso e cicatrização. Pode haver eventual destruição óssea, perfuração palatina e formação de fístula oro-nasal. Raramente, uma goma pode corroer os vasos sanguíneos - por exemplo, a artéria alveolar inferior. A goma se manifesta radiologicamente como radiolucências mal definidas que podem se assemelhar a malignidade. As áreas de ulceração eventualmente cicatrizam, embora a cicatriz resultante possa, pelo menos na língua, causar fissuras (Leão; Gueiros; Porter, 2006).

Figura 6-Lesão de goma sífilítica no palato causando perfuração e comunicação oronasal



Fonte: Estomatologia online 2015

A glossite intersticial também chamada de glossite luética ocorre quando há extenso envolvimento da língua, com característica assimétrica, formação de lóbulos, perda das papilas do dorso da língua, gerando uma infecção profunda (Batista et al., 2019).

As manifestações orais da sífilis ocorrem especialmente no estágio secundário da doença e o aspecto clínico das lesões pode ser bastante heterogêneo e até mimetizar algumas lesões orais potencialmente malignas, como a leucoplasia oral e até mesmo o carcinoma de células escamosas. Portanto, o cirurgião-dentista tem um papel importante no diagnóstico desta doença, pois a cavidade bucal representa um dos sítios extragenitais mais comuns de inoculação da bactéria (Santos; Sá; Lamarck, 2019).

A forma parética da neurosífilis é uma meningoencefalite progressiva que ocorre cerca de 10 a 20 anos após a infecção inicial não tratada. Em relação às manifestações clínicas, o início geralmente é insidioso, com deterioração sutil da cognição que se manifesta como dificuldade de concentração, irritabilidade, falta de interesse e discretas alterações de memória. Muitas vezes é feito o diagnóstico de depressão (Vargas, 2000).

2.4.5 Sífilis congênita

A sífilis foi a primeira doença sexualmente transmissível a ser diagnosticada em crianças (Estreich; Forster, 1992).

Quando é congênita, significa o contágio ter sido da mãe para o bebê no útero, sendo capaz de causar mal ao bebê, como dentes de Hutchinson, fissuras perioral, paralisia de Parrot, morte do feto depois do quinto mês de gestação e aborto (Ávila; Sola; Grima, 2018).

Treponema pallidum atravessa a placenta somente após a 16ª semana vida intrauterina, portanto, dependendo do tempo de infecção, pode afetar de forma variável as estruturas faciais. Assemelhando-se às suas características sistêmicas, as manifestações orofaciais da sífilis congênita podem ser divididas em precoces e tardias. As características iniciais incluem exantema maculopapular difuso, periostite (bossa frontal de Parrot) e rinite. As características tardias, com manifestadas pelo menos 24 meses após o nascimento, compreendem a tríade de Hutchinson, caracterizada pela ceratite

intersticial da córnea, perda auditiva sensorial e anomalias dentárias. As anomalias dentárias são as manifestações clínicas mais comuns da sífilis e são mais acentuadas nos dentes que calcificam no primeiro ano de vida, como os incisivos permanentes e os primeiros molares (Leão; Gueiros; Porter, 2006).

Uma tríade de sinais patognômicos são geralmente vistos e as características incluem dentes de Hutchinson, ceratite ocular intersticial e surdez associadas ao oitavo par de nervos cranianos. Nem sempre os três sinais são encontrados, sendo necessárias informações clínicas adicionais e a observações de outros sinais clínicos, como bossa frontal, maxila atrésica e palato ogival (Santos; Sá; Lamarck, 2019).

Jacobi afirma que os caninos são visivelmente menores e mais simples do que o normal e não exibem crista canina mesial identificável, crista acessória distal ou tubérculo dentário. Os caninos exibem episódios lineares de hipoplasia do esmalte em todas as superfícies. Fournier também descreveu um sulco semelhante ao redor da ponta dos caninos permanentes superiores ou inferiores (Hillson; Grigson; Bond, 1998).

Nos incisivos afetados pela sífilis congênita, a borda incisal foi descrita como entalhada ou em forma de chave de fenda. A coroa bulbosa é descrita como 'em forma de barril' (Nissanka-Jayasuriya, 2016).

Ao invés de se tornarem mais largos à medida que descem da gengiva, eles são mais estreitos em suas bordas livres do que em suas coroas, seus ângulos tendo sido, por assim dizer, arredondados. No centro de sua borda livre há um entalhe vertical profundo, feito pela quebra ou não desenvolvimento do lobo médio da coroa do dente. Este entalhe, juntamente com a franqueza e a falta de dente, é a principal peculiaridade (Hutchinson, 1861).

Figura 7-Incisivos de Hutchinson



Fonte: Bacana.one 2019.

Pequeno e em forma de cúpula, com cúspides mais próximas do que o normal. As coroas são mais largas na base e mais estreitas nas cúspides, não têm ranhuras ao redor das cúspides e a superfície da coroa é lisa. Esses dentes foram posteriormente chamados de 'molares da Lua' e, em alguns casos, como 'molares de botão', o último termo descrevendo apropriadamente sua morfologia (Nissanka-Jayasuriya, 2016).

Com efeito, a alteração na formação dos incisivos permanentes (incisivos de Hutchinson) é observada por volta dos seis anos de idade quando o incisivo erupciona na cavidade bucal com o diâmetro mesiodistal aumentado no terço médio e afunilamento na margem incisal se assemelhando a ponta ativa de uma chave de fenda. E a alteração da anatomia oclusal dos molares, com projeções globulares irregulares (molares em amora, molares de Fournier, molares de Moon) (Pessoa; Galvão, 2011).

Figura 8-Segundo molar mandibular em amora



Fonte: Harizanova, 2024.

Características dentárias típicas estão presentes em pelo menos 65% das crianças afetadas. No entanto, outras frequentemente apresentam hipoplasia grave e inespecífica, seguida de desgaste rápido por atrito e abrasão, ou ainda defeitos mais leves, como picotamentos, que acometem a porção oclusal dos incisivos e dos primeiros molares permanentes. Além disso, podem apresentar linhas horizontais nítidas de hipoplasia cronológica. O tratamento materno pode modular essas manifestações, atenuando-as para formas mais

brandas, como tem sido observado desde a introdução da terapia antibiótica (Santos; Sá; Lamarck, 2019).

Tabela 1- Resumo das principais manifestações orais da sífilis, de acordo com estágios e localizações das lesões.

Sífilis Primária	Ulcerações Inespecíficas Proliferação vascular semelhante a granuloma piogênico	Lábio Língua Palato Gengivas Amígdalas
Sífilis Secundária	Placas mucosas esbranquiçadas semelhantes a leucoplasia oral Pápulas fendidas Condiloma lata Lesões orais maculopapulares	Língua Lábio Mucosa Jugal Palato
Sífilis Terciária	Inflamação granulomatosa (goma) Glossite Intersticial Glossite luética	Palato Língua
Sífilis Congênita	Incisivos de Hutchinson Molares em amorra Palato arqueado Inflamações granulomatosas (gomas) Glossite atrófica	Dentes Palato Língua

Fonte: Santos, 2019.

2.5 Tratamento

No século XIX, Joseph Turenne realizou inoculações para curar a sífilis, mas sem sucesso. Nesse mesmo período, compostos de arsênio foram introduzidos como monoterapia ou combinados com outros produtos químicos. O uso dos compostos se deu até a primeira metade do século XX, quando, em 1943, a penicilina se torna o tratamento de escolha para a sífilis, causando uma baixa na incidência, até a explosão da coinfeção HIV-sífilis em 1990 (Karamanou et al., 2013).

O tratamento depende do estágio da doença e normalmente é a penicilina a cura definida para produzir um resultado a longo prazo, desde que nenhuma alergia seja associada, nesses casos preconiza-se a utilização de tetraciclina. Se o tratamento for eficiente, o controle sorológico de assistência mostrará uma redução da resposta do VDRL (Hertel et al., 2014).

Os cancros primários cicatrizam espontaneamente dentro de 7 a 10 dias, embora possam persistir por muito mais tempo, resolvendo-se apenas com

terapia antimicrobiana apropriada. As lesões da sífilis secundária se resolverão espontaneamente dentro de 3 a 12 semanas, independentemente da terapia, e cerca de 25% dos pacientes não tratados terão recorrência da doença secundária (Leão; Gueiros; Porter, 2006).

No tratamento da sífilis congênita, todas as grávidas necessitam de ser testadas sorologicamente no princípio da gestação; caso a resposta seja positiva, administra-se penicilina e a grávida deve fazer novo tratamento na 28ª semana e no parto. Quando a grávida é alérgica à penicilina, deve ser sujeita à dessensibilização. Se o bebê nasce infectado, deve ser tratado com penicilina G, 10 dias depois do parto (Valente et al., 2009).

Outras opções para não gestantes, como a doxiciclina e a ceftriaxona, devem ser usadas somente em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para garantir resposta clínica e cura sorológica (BRASIL, 2022).

O tratamento de primeira escolha recomendado para a sífilis é feito com Benzilpenicilina benzatina de ação prolongada. Realizada na dose de 2,4 milhões de unidades internacionais, dose única, via intramuscular já nas formas latentes e tardias, deve ser realizado 2,4 milhões, divididas em 3 doses, sendo uma a cada semana. Cada dose requer duas injeções intramusculares, sendo cada com 1,2 milhões UI, uma em cada músculo do quadril ou nádega ao simultaneamente (Freitas et al., 2020; Zengarini et al., 2022).

A Benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular. A região ventroglútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, o que resulta em poucos efeitos adversos e dor local. Outros locais alternativos para aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo (Brasil, 2022).

Tabela 2- Tratamento e seguimento de casos de sífilis e neurosífilis.

Classificação clínica	Esquema terapêutico	Alternativa* (exceto para gestantes)	Seguimento
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de unidades internacionais (UI), intramuscular (IM), dose única (1,2 milhão em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, via oral (VO), por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral até 12 meses de acompanhamento (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM, 1 vez/semana (1,2 milhão em cada glúteo) por 3 semanas ^b	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral até 12 meses de acompanhamento (em gestantes, o controle deve ser mensal)
	Dose total: 7,2 milhões		
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica (cristalina), 3 a 4 milhões de UI, 4/4h, intravenosa (IV) ou por infusão contínua, totalizando 18-24 milhões por dia, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de líquido cefalorraquidiano de 6/6 meses até normalização

Legenda: a) A Benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica de sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe; por conseguinte, o recém-nascido será notificado como sífilis congênita e submetido à avaliação clínica e laboratorial; b) O intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado (Freitas et al., 2020).

Fonte: adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020.

2.5.1 Reação de Jarisch-Herxheimer

A RJH é um fenômeno clínico transitório que ocorre em pacientes infectados por espiroquetas submetidos a tratamento com antibióticos. Mais especificamente, a reação ocorre dentro de 24 horas após a antibioticoterapia para infecções por espiroquetas, incluindo sífilis, leptospirose, doença de Lyme e febre recorrente. Geralmente se manifesta como febre, calafrios, rigidez, náuseas e vômitos, cefaleia, taquicardia, hipotensão, hiperventilação, rubor, mialgia e exacerbação de lesões cutâneas. A RJH é uma condição aguda e autolimitada, sendo importante identificá-la e distingui-la de reações alérgicas e sepse, que podem ser fatais (Dhakal; Sbar, 2024).

Reações leves são autolimitadas e frequentemente se resolvem espontaneamente em 24 horas. O paciente deve ser tratado para os sintomas e mantido em observação. Embora outras pré-medicações, como o paracetamol, possam atenuar os sintomas ou a duração da JHR, a reação em si não é prevenida. O médico deve alertar o paciente sobre a possibilidade de uma reação (Dhakal; Sbar, 2024).

3. Discussão

A sífilis é uma doença infecciosa cujo agente etiológico é a bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, e tem o homem como o único hospedeiro conhecido. Possui duas principais vias de transmissão: a vertical, denominada sífilis congênita, que ocorre da mãe para o feto, e a horizontal, conhecida como sífilis adquirida, que, segundo Binda (2021) e De Souza (2017), geralmente é transmitida por via sexual em indivíduos que apresentam as manifestações primária e secundária da doença. Por essa razão, é classificada como uma infecção sexualmente transmissível (IST).

Nesse contexto, concordam que o uso do preservativo constitui um recurso fundamental de prevenção, atuando de forma segura e eficaz na redução do risco de transmissão da sífilis e de outras ISTs. Além dessas formas, a contaminação também pode ocorrer por contato direto com objetos contaminados ou ainda pelo contato com mucosas de pacientes que apresentam lesões abertas na cavidade oral.

A sífilis permanece como um grave problema de saúde pública, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo considerada doença de notificação compulsória no Brasil desde 2017. Estima-se que afete cerca de 900 mil pessoas no país e 12 milhões em todo o mundo. De acordo com Ramos (2022), entre 2012 e 2018, a taxa de detecção da sífilis adquirida aumentou de 14,4 para 74,4 casos por 100 mil habitantes, enquanto, entre gestantes, subiu de 5,7 para 21,5 casos, e a incidência de sífilis congênita passou de 4,0 para 9,0 por mil nascidos vivos. Rosset (2025) confirma essa tendência de crescimento e aponta que, entre 2015 e 2025, a carga global da sífilis aumentou na maioria das regiões, com elevação mais acentuada entre homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas vivendo com HIV, profissionais do sexo e grupos socialmente vulneráveis. Esse ressurgimento é atribuído a fatores comportamentais, sociais e estruturais, redução do uso de preservativos, acesso limitado a serviços de saúde sexual e impactos decorrentes da pandemia de COVID-19.

O teste de sífilis é indicado em qualquer pessoa sexualmente ativa, entretanto, seu diagnóstico pode ser dificultado, já que os sinais e sintomas podem se assemelhar a outras patologias, conforme descrito por Schuch (2019)

e Ikenberg et al. (2010). Os pacientes também podem relatar manifestações semelhantes às de uma gripe, como dor de garganta ou rouquidão decorrente da inflamação da faringe, laringe ou amígdalas, podendo ainda apresentar linfadenopatia cervical.

De forma complementar, Siqueira et al. (2015) destaca que os diferentes aspectos das lesões também dificultam o diagnóstico, pois podem levar a múltiplas hipóteses, como penfigoide bolhoso, carcinoma espinocelular e líquen plano. Isso ocorre em razão das variações clínicas apresentadas, que podem incluir lesões brancas, ulceradas, elevadas, únicas ou múltiplas.

Nesse contexto, é indispensável que o cirurgião-dentista mantenha um alto índice de suspeita clínica, incorporando à anamnese questões relacionadas ao surgimento de lesões recentes e ao histórico sexual do paciente, de modo a ampliar a capacidade de identificação precoce de manifestações orais e sistêmicas associadas a doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis. (Garbin et al., 2019; Navazo-Eguía et al., 2018)

O diagnóstico da sífilis é realizado por dois grupos de testes, os diretos e os indiretos. De acordo com Ávila et al. (2018), os testes diretos ocorrem pela visualização do treponema através de microscopia em campo escuro ou por fluorescência direta (IFD). Já os testes indiretos se dividem em testes treponêmicos, como FTA-ABS e MHA-TP, e não treponêmicos, como VDRL e RPR.

Em consonância com a classificação dos testes diagnósticos, Henao-Martínez e Johnson (2014) afirmam que os testes treponêmicos detectam anticorpos produzidos pelo indivíduo infectado, geralmente, as imunoglobulinas IgM e IgG, que são específicos contra componentes celulares do treponema.

Entretanto, embora Ficarra e Roman (2009) concordem com Ávila et al. (2018) ao afirmar que os testes não treponêmicos são econômicos e adequados para detecção em larga escala, eles ressaltam que esses métodos não apresentam especificidade para *T. pallidum*, podendo resultar em diagnósticos falso-positivos. Além disso, embora sejam reativos na maioria dos pacientes com sífilis secundária e latente, apresentam menor sensibilidade em casos de sífilis primária.

Dessa forma, os autores também destacam que o teste FTA-ABS (anticorpo fluorescente treponêmico absorvido) é capaz de detectar anticorpos

da sífilis no soro do paciente nos estágios iniciais. Já os testes TPHA (hemaglutinação de *T. pallidum*) e MHA-TP mostram-se mais efetivos ao longo do curso da infecção, sendo este último altamente específico e sensível em pacientes com sífilis secundária. O teste de imobilização de *T. pallidum* (TPI), por sua vez, identifica anticorpos específicos após a segunda semana de infecção, mas é raramente empregado, pois exige a utilização de treponemas vivos e apresenta custo elevado.

Segundo Contreras et al. (2006), a microscopia de campo escuro é o exame de escolha para a sífilis primária assintomática, visto que os treponemas estão presentes nesses tipos de lesão. Os autores descrevem ainda que os treponemas são espiroquetas muito finas e helicoidais, medindo de 0,1 µm a 5–15 µm, o que dificulta sua visualização por microscopia de luz convencional. Para diferenciá-los de outros microrganismos em forma espiral, destacam-se sua espessura reduzida, a regularidade das espirais e o movimento característico em forma de parafuso.

Entretanto, Leão et al. (2006) ressalta que este teste está repleto de riscos de transmissão nosocomial, e, portanto, não é mais considerado adequado, somando-se ainda a possibilidade de confusão entre as espiroquetas de *T. pallidum* e os comensais normais da cavidade oral.

Nesse sentido, o autor afirma que a histopatologia também apresenta limitações diagnósticas, pois não existem características histológicas específicas que confirmem a infecção, e a detecção de *T. pallidum* por técnicas de coloração. Para contornar essa dificuldade, técnicas imunohistoquímicas, como a coloração monoclonal de antídolo imunoperoxidase, têm se mostrado alternativas mais sensíveis, sendo empregadas de forma relativamente rotineira em biópsias.

A sífilis primária apresenta um período de incubação com certa variabilidade descrita na literatura. De acordo com Akgoz et al. (2012), esse intervalo ocorre geralmente entre 21 e 30 dias após o contato, podendo variar de 10 a 90 dias, a depender do número e da virulência dos *Treponema pallidum* envolvidos, bem como da resposta imunológica do hospedeiro. Por outro lado, Soares et al. (2004) relata que a incubação pode se estender até 40 dias, manifestando-se clinicamente pela lesão inicial característica, denominada cancro duro.

Soares et al. (2004), em consonância com Contreras et al. (2017), descrevem que essa lesão costuma apresentar-se de forma erosiva ou ulcerada, única, indolor, de aspecto papular, com base endurecida e margens elevadas e infiltradas, medindo geralmente entre 1 e 2 cm. Sua localização mais comum envolve as genitálias externas, como pênis e vagina, embora também possa ocorrer em regiões extragenitais, especialmente na cavidade oral, com maior frequência em língua e lábios, associada a linfadenopatia regional, ou seja, ao aumento dos gânglios linfáticos submandibulares e cervicais. Tanto Soares et al. (2004) quanto Contreras et al. (2017) ressaltam ainda que essas lesões tendem a regredir espontaneamente em 4 a 6 semanas, sem deixar cicatrizes, o que pode contribuir para o atraso no diagnóstico da doença.

Em conformidade, Ficarra et al. (2009) acrescenta que os locais anatômicos mais frequentemente afetados incluem a língua, gengiva, palato mole e lábios, reforçando a importância da cavidade oral como sítio de manifestação da doença. Embora assintomáticas, são altamente infecciosas por estarem repletas de espiroquetas.

Nesse contexto, Binda et al. (2021) ressaltam que, habitualmente, a localização do cancro sífilítico em homens ocorre no lábio superior, enquanto nas mulheres é mais comum no lábio inferior. Os autores ainda enfatizam que, quando não diagnosticada e tratada precocemente, a infecção progride para a forma secundária em virtude da disseminação sistêmica do *Treponema pallidum*. Corroborando essa dificuldade diagnóstica, Mindel et al. (1989) destacam que a cavidade oral raramente é o sítio primário da sífilis, e que, devido à natureza transitória das lesões, as ulcerações orais frequentemente não são reconhecidas, passando despercebidas tanto pelo paciente quanto pelo clínico.

A sífilis secundária geralmente se inicia entre um e três meses após a infecção, embora, conforme Seibt e Munerato (2016), em casos não tratados, pode manifestar-se até dois anos após a exposição inicial. Nesse estágio, os sintomas mais comuns incluem mal-estar geral, cefaleia, febre baixa, anorexia, perda de peso e linfadenopatia generalizada, podendo também ocorrer faringite, mialgias e artralgias. Clinicamente, caracteriza-se por manifestações mucocutâneas variadas, resultantes da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, que possibilita a colonização de múltiplos órgãos e tecidos.

Valente et al. (2009) enfatizam que o sinal mais característico da sífilis secundária é a roséola sifilítica, uma erupção cutânea maculopapular, difusa e indolor, que acomete predominantemente a região planto palmar, sendo observada em aproximadamente 60 a 80% dos pacientes. De forma complementar, Baniandres et al. (2004) relatam que, em raras ocasiões, a sífilis secundária pode manifestar-se exclusivamente sob a forma de lesões nodulares, com predileção pela face, pelas mucosas, pelas palmas das mãos e pelas plantas dos pés.

No que se refere às manifestações orais, Bruce e Rogers (2004) destacam que podem ocorrer tanto em mucosa quanto em pele, inicialmente sob a forma de máculas simétricas, de coloração rosada ou avermelhada, que podem evoluir para lesões papulares ou, menos frequentemente, pustulares. Nesse contexto, Laskaris (1996) descreve que as lesões maculares tendem a surgir no palato duro, apresentando-se como áreas avermelhadas, firmes e planas, podendo ser ligeiramente elevadas. Por sua vez, Leão et al. (2006) relata que as lesões papulares, embora raras, caracterizam-se por nódulos arredondados, vermelhos, firmes e elevados, com centro acinzentado passível de ulceração, geralmente localizados na mucosa bucal ou na comissura labial.

Os últimos autores também descrevem as chamadas manchas mucosas, que em geral se apresentam como erosões ovais a crescentes ou úlceras superficiais de aproximadamente 1 cm de diâmetro, recobertas por exsudato mucoide acinzentado e circundadas por borda eritematosa. Essas lesões costumam surgir bilateralmente nas superfícies móveis da boca, embora faringe, gengivas, amígdalas e, mais raramente, o palato duro também possa ser acometido. Nas comissuras labiais, podem aparecer como pápulas fendidas, já nas faces distal e lateral da língua, tendem a ulcerar ou manifestar-se como fissuras irregulares. Em alguns casos, essas manchas podem coalescer formando, ou mesmo originar-se de novo como, lesões serpiginosas, tradicionalmente denominadas “úlceras de caracol”.

Diante disso, pode-se abordar a lues maligna, uma manifestação cutânea grave e rara da sífilis secundária, também denominada sífilis maligna ou sífilis ulcero-nodular. A maioria dos casos está associada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) mal controlada, geralmente em pacientes com contagens de linfócitos CD4 entre 100 e 350.

Após a fase secundária, ocorre um período latente, no qual o paciente não apresenta sinais clínicos de infecção, conhecido como sífilis latente. De acordo com Ficarra et al. (2009), durante essa fase, o diagnóstico só pode ser realizado por meio de testes sorológicos. Complementarmente, Navazo-Eguia et al. (2018) descrevem que a sífilis latente é subdividida em latente precoce e latente tardia (com duração superior a 12 meses), sendo que na fase precoce a recidiva da sífilis secundária é mais provável, geralmente decorrente de disfunção imunológica. Já a latente tardia manifesta-se, em geral, 10 a 30 anos após a infecção, caracterizando-se por lesões cutaneomucosas, que podem acometer gengivas superficiais e profundas, bem como por comprometimentos viscerais, incluindo afecções cardiovasculares e neurológicas.

A sífilis terciária, segundo Ficarra et al. (2009), está predominantemente associada ao comprometimento do sistema nervoso central, manifestando-se por alterações cognitivas, ataxia e paralisia, embora possa ocorrer em qualquer fase da doença. Nesse estágio, também pode ser observada glossite generalizada. Leão et al. (2006) complementa que a manifestação clínica surge em aproximadamente um terço dos pacientes com sífilis secundária não tratada. Sendo que, em linha com Santos et al. (2019), as complicações orais da sífilis terciária se concentram principalmente na formação de gomas e, de forma mais rara, o aspecto clínico das lesões pode ser bastante heterogêneo e até mimetizar algumas lesões orais potencialmente malignas como a leucoplasia sifilítica, com risco potencial de carcinoma de células escamosas oral, além de ocorrer na neurosífilis.

De forma paralela, Vargas (2000) descreve a neurosífilis como uma meningoencefalite progressiva que surge cerca de 10 a 20 anos após a infecção inicial não tratada. O início é insidioso, com deterioração gradual da cognição, resultando em dificuldade de concentração, irritabilidade, falta de interesse e alterações leves de memória, sendo frequentemente confundida com depressão.

Em relação às gomas, Leão et al. (2006) seguiram destacando que essas lesões costumam surgir no palato duro e na língua, podendo, raramente, acometer o palato mole, o alvéolo inferior e a glândula parótida. Inicialmente, aparecem como um ou mais inchaços indolores, que, quando múltiplos, podem coalescer formando lesões serpiginosas. Esses inchaços evoluem para áreas de ulceração, com colapso e posterior cicatrização, podendo causar destruição

óssea, perfuração palatina e formação de fístulas oro-nasais. Radiologicamente, apresentam-se como radiolucências mal definidas, às vezes simulando processos malignos. As áreas ulceradas eventualmente cicatrizam, mas a cicatriz residual pode gerar fissuras, especialmente na língua. Batista et al. (2019) complementa que a glossite intersticial, ou glossite luética, caracteriza-se por extenso envolvimento assimétrico da língua, formação de lóbulos e perda das papilas do dorso, resultando em infecção profunda.

A sífilis congênita, segundo Ávila et al. (2018), caracteriza-se pela transmissão vertical da *Treponema pallidum* da mãe para o feto durante a gestação. De acordo com Leão et al. (2006), o microrganismo atravessa a placenta apenas após a 16ª semana de vida intrauterina. As manifestações orofaciais podem ser classificadas em precoces e tardias. As formas precoces incluem o aparecimento de exantema maculopapular difuso, periostite (bossa frontal de Parrot) e rinite. Já as manifestações tardias surgem, em geral, após os 24 meses de vida e incluem a tríade de Hutchinson, que é considerada um sinal patognomônico da doença (Santos et al., 2019).

Este diz, que essa tríade, composta pelos dentes de Hutchinson, ceratite intersticial e surdez decorrente do acometimento do oitavo par craniano, podendo nem sempre ocorrerem simultaneamente. Outros achados clínicos incluem bossa frontal, maxila atrésica e palato ogival, além de apresentar linhas horizontais nítidas de hipoplasia cronológica. Hilson et al. (1998) complementam que os caninos também podem apresentar alterações morfológicas, sendo visivelmente menores, mais simples e com episódios lineares de hipoplasia do esmalte em todas as superfícies.

De acordo com Pessoa e Galvão (2011) e Nissanka-Jayasuriya (2016), os incisivos de Hutchinson, os quais erupcionam por volta dos seis anos, apresentam formato característico semelhante à ponta ativa de uma chave de fenda. Os molares, por sua vez, exibem coroas mais largas na base e estreitas nas cúspides, ausência de ranhuras ao redor destas e superfície oclusal lisa. Tais características conferem-lhes diferentes denominações, como molares em amora, molares de Fournier, molares de Moon (ou “molares da Lua”) e molares em botão.

A busca pelo tratamento da sífilis se iniciou no século XIX por Joseph Turrene com composto de arsênio sendo utilizado até a primeira metade do

século XX, quando, em 1943, a penicilina se torna o tratamento de escolha (Karamanou et al., 2013). Hertel et al. complementa pontuando que a penicilina é a terapia de eleição desde que nenhuma alergia seja associada, preconizando o uso de tetraciclina.

Em relação a sífilis primária, Leão et al. (2006), diz que os cancros primários, apesar de cicatrizarem espontaneamente dentro de 7 a 10 dias, podem persistir por muito mais tempo, resolvendo-se apenas com terapia antimicrobiana apropriada, já as lesões da sífilis secundária se resolverão espontaneamente dentro de 3 a 12 semanas, independentemente da terapia. No tratamento da sífilis congênita, segundo Valente et al., administra-se penicilina e a grávida deve fazer novo tratamento na 28ª semana e no parto, e se o bebê nasce infectado, deve ser tratado com penicilina G, 10 dias depois do parto.

O tratamento de primeira escolha recomendado para a sífilis é feito com Benzilpenicilina benzatina de ação prolongada, conforme descrito por Freitas et al. (2020) e Zengarini et al. (2022). A administração deve ser feita por via exclusivamente muscular, na dose única de 2,4 milhões de unidades internacionais, já nas formas latentes e tardias, deve ser realizada 2,4 milhões, divididas em 3 doses, sendo uma a cada semana. De acordo com Brasil (2022) a região ventroglútea é a via de aplicação preferencial, por ser livre de vasos e nervos importante, sendo a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo alternativas seguras.

Vale ressaltar a Reação de Jarisch-Herxheimer, descrita por Dhakal e Sbar (2024) como um fenômeno transitório que pode ocorrer em pacientes submetidos à antibioticoterapia para sífilis. Essa reação, geralmente autolimitada e de curta duração, resolve-se espontaneamente em até 24 horas. Suas manifestações clínicas incluem febre, calafrios, rigidez muscular, náuseas, vômitos, cefaleia, taquicardia, hipotensão, hiperventilação, rubor, mialgia e exacerbação de lesões cutâneas. Embora o uso de pré-medicações possa atenuar esses sintomas, é fundamental que o profissional de saúde oriente o paciente sobre a possibilidade de ocorrência dessa reação, a fim de reconhecê-la precocemente e distingui-la de reações alérgicas ou de quadros sépticos, os quais podem ser fatais.

4. Conclusão

O presente estudo, desenvolvido por meio de uma revisão de literatura, teve como objetivo demonstrar as manifestações orais da sífilis, além de fortalecer a ideia de que o cirurgião-dentista exerce um papel fundamental na identificação inicial da doença, uma vez que diversas manifestações clínicas podem surgir na cavidade oral, especialmente nas fases primária e secundária da sífilis. O reconhecimento dessas lesões, aliado a uma anamnese detalhada e à solicitação de exames complementares quando necessário, possibilita o diagnóstico precoce e o encaminhamento adequado do paciente, evitando a progressão da infecção e a disseminação para outras pessoas.

Diante das evidências apresentadas, conclui-se que, embora a sífilis seja uma infecção prevenível e curável, ela ainda representa um importante problema de saúde pública mundial. O aumento contínuo do número de casos, independentemente da classe social, reflete falhas nas estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento terapêutico.

Além disso, a atuação do cirurgião-dentista como educador em saúde é essencial para promover a conscientização sobre práticas sexuais seguras e a importância da testagem regular. Portanto, reforça-se a importância de incluir a abordagem das infecções sexualmente transmissíveis na rotina odontológica, bem como de fortalecer a integração entre os profissionais de saúde, a fim de garantir uma resposta mais eficaz e humanizada no enfrentamento da sífilis.

REFERÊNCIAS

- AKGOZ, A.; MUKUNDAN, S.; LEE, T. C. Imaging of Rickettsial, Spirochetal, and Parasitic Infections. **Neuroimaging Clinics of North America**, v. 22, n. 4, p. 633–657, nov. 2012.
- ÁVILA, I. J. M.; SOLA, J. M.; GRIMA, L. G. Lesiones orales de sífilis secundaria limitada a la cavidad oral: informe de un caso. **Revista de la Asociación Odontológica Argentina**, v. 106, n. 1, p. 30-34, 20 mar. 2018.
- BANIANDRES, R. O. et al. Nodular secondary syphilis in a HIV patient mimicking cutaneous lymphoma. **Anales de Medicina Interna**, v. 21, p. 241-243, 2004.
- BATISTA, A. P. M. et al. Sífilis com manifestações orais: importância do cirurgião-dentista no diagnóstico e condução do tratamento. **Revista Ciência Atual**, v. 14, n. 2, p. 32-38, 2019.
- BINDA, A. L. C. et al. **Manifestações orais da Sífilis: uma revisão da literatura. Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, e585101220943, 2021.
- BOELLAARD, R. et al. FDG PET and PET/CT: EANM procedure guidelines for tumour PET imaging: version 1.0. **European journal of nuclear medicine and molecular imaging**, v. 37, n. 1, p. 181–200, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, p. 43, 2018. ISSN 2358-9450.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p. ISBN 978-65-5993-276-4. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRUCE, A. J.; ROGERS, R. S., 3rd. Oral manifestations of sexually transmitted diseases. **Clinics in dermatology**, v. 22, n. 6, p. 520–527, 2004.

CONTRERAS, E.; ZULUAGA, S. X.; OCAMPO, V. Sífilis: la gran simuladora. **Infectio: revista de la Asociacion Colombiana de Infectologia**, v. 12, n. 2, 2008.

DE ANDRADE, R. S. et al. Oral findings in secondary syphilis. **Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**, v. 23, n. 2, p. e138-143, 2018.

DE SOUZA, B. C. Manifestações clínicas orais da sífilis. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 22, n. 1, 2017.

DHAKAL, A.; SBAR, E. **Jarisch Herxheimer Reaction**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557820/>>. Acesso em: 3 jun. 2025

ESTREICH, S.; FORSTER, G. Sexually transmitted diseases in children: introduction. **Sexually Transmitted Infections**, v. 68, n. 1, p. 2-8, 1992.

FICARRA, G.; CARLOS, R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. **Head and Neck Pathology**, v. 3, p. 195-206, 2009.

FREGNANI, E. R. et al. Primary syphilis: an uncommon manifestation in the oral cavity. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 116, n. 4, p. 326-327, 2017.

FREITAS, F. L. S. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 30, n. spe1, p. e2020616, 2021.

GARBIN, C. A. S. et al. The dentist's role in syphilis prevention and control. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 52, n. 0, p. e20180252, 2019.

GOMEZ, G. B. et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 3, p. 217–226, 2013.

HARPER, K. N. et al. The origin and antiquity of syphilis revisited: an appraisal of Old World pre-Columbian evidence for treponemal infection. **American journal of physical anthropology**, v. 146 Suppl 53, n. S53, p. 99–133, 2011.

HENAO-MARTÍNEZ, A. F.; JOHNSON, S. C. Diagnostic tests for syphilis: New tests and new algorithms. **Neurology. Clinical practice**, v. 4, n. 2, p. 114–122, 2014.

HERTEL, M. et al. Oral syphilis: a series of 5 cases. **Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 72, n. 2, p. 338–345, 2014.

HILLSON, S.; GRIGSON, C.; BOND, S. Dental defects of congenital syphilis. **American journal of physical anthropology**, v. 107, n. 1, p. 25–40, 1998.

HOOK, E. W., 3rd. Syphilis. **Lancet**, v. 389, n. 10078, p. 1550–1557, 2017.

HUTCHINSON, J. Clinical lecture on heredito-syphilitic struma: And on the teeth as a means of diagnosis. **BMJ**, v. 1, n. 20, p. 515–517, 1861.

IKENBERG, K. et al. Oropharyngeal lesions and cervical lymphadenopathy: syphilis is a differential diagnosis that is still relevant. **Journal of clinical pathology**, v. 63, n. 8, p. 731–736, 2010.

KARAMANOU, M. et al. Hallmarks in history of syphilis therapeutics. **Le infezioni in medicina: rivista periodica di eziologia, epidemiologia, diagnostica, clinica e terapia delle patologie infettive**, v. 21, n. 4, p. 317–319, 2013.

LASKARIS, G. Oral manifestations of infectious diseases. **Dental clinics of North America**, v. 40, n. 2, p. 395–423, 1996.

LEÃO, J. C.; GUEIROS, L. A.; PORTER, S. R. Oral manifestations of syphilis. **Clinics (São Paulo, Brazil)**, v. 61, n. 2, p. 161–166, 2006.

MINDEL, A. et al. Primary and secondary syphilis, 20 years' experience. 2. Clinical features. **Genitourinary medicine**, v. 65, n. 1, p. 1–3, 1989.

NAVAZO-EGUÍA, A. I. Manifestaciones orales de la sífilis: caso clínico. **Clinical Case**, p. 253–257, 2018.

NISSANKA-JAYASURIYA, E. H.; ODELL, E. W.; PHILLIPS, C. Dental stigmata of congenital syphilis: A historic review with present day relevance. **Head and neck pathology**, v. 10, n. 3, p. 327–331, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)**. Geneva: World Health Organization, 2016. ISBN 9789241549806. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 3 jun. 2025.

PESSOA, L.; GALVÃO, V. Clinical aspects of congenital syphilis with Hutchinson's triad. **BMJ case reports**, v. 2011, n. dec21 1, p. bcr1120115130, 2011

RAMOS, A. N., Jr. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. **Cadernos de saude publica**, v. 38, n. 5, 2022.

ROCHA, A. F. B. et al. Complications, clinical manifestations of congenital syphilis, and aspects related to its prevention: an integrative review. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74, n. 4, p. e20190318, 2021.

ROEHRS, M. P. et al. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. **Femina**, v. 48, n. 12, p. 753–759, 2020.

ROSSET, F. et al. The Epidemiology of Syphilis Worldwide in the Last Decade. **Journal of Clinical Medicine**, v. 14, n. 15, p. 5308, 28 jul. 2025.

SANDS, M.; MARKUS, A. Lues maligna, or ulceronodular syphilis, in a man infected with human immunodeficiency virus: case report and review. **Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 20, n. 2, p. 387–390, 1995.

SANTOS, E. S.; SÁ, J. DE O.; LAMARCK, R. Manifestações orais da sífilis: revisão sistematizada de literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 8, n. 8, 2019.

SANTOS, V. S. Sífilis: transmissão, sintomas e diagnóstico. **Brasil Escola**, 2022. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/doencas/sifilis.htm>>. Acesso em: 3 jun. 2025.

SCHUCH, L. F. et al. Forty cases of acquired oral syphilis and a review of the literature. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 48, n. 5, p. 635–643, 2019.

SEIBT, C. E.; MUNERATO, M. C. Secondary syphilis in the oral cavity and the role of the dental surgeon in STD prevention, diagnosis and treatment: a case series study. **The Brazilian journal of infectious diseases: an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases**, v. 20, n. 4, p. 393–398, 2016.

SINGH, A. E.; ROMANOWSKI, B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. **Clinical microbiology reviews**, v. 12, n. 2, p. 187–209, 1999.

SIQUEIRA, C. S. et al. Diagnostic approaches in unsuspected oral lesions of syphilis. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 43, n. 12, p. 1436–1440, 2014.

SOARES, A. B.; GONZAGA, Heron; JORGE, M. A.; BARRAVIERA, S. R. C. S. **Oral manifestations of syphilis: a review. Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 2-9, 2004.

TAMPA, M. et al. Brief history of syphilis. **Journal of medicine and life**, v. 7, n. 1, p. 4–10, 2014.

VALENTE, T. et al. Diagnóstico da sífilis a partir das manifestações bucais. **Revista brasileira de odontologia**, v. 65, n. 2, p. 159, 2008.

VARGAS, Antonio Pedro; CAROD-ARTAL, Francisco Javier; DEL NEGRO, Maria Cristina; RODRIGUES, Maira Pinto Cauchioli. Demência por neurosífilis: evolução clínica e neuropsicológica de um paciente. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 58, n. 2B, p. 578-582, jun. 2000.

WORKOWSKI, K. A. et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. **Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report**, v. 70, n. 4, p. 1–187, 2021.

ZENGARINI, C. et al. **Análise da resposta sorológica do tratamento à doxiciclina versus penicilina em infecções por sífilis, um estudo retrospectivo de centro único.** *Dermatologic Therapy*, e15586, 2022.