



Diagnóstico da sífilis a partir das manifestações bucais

Syphilis diagnosis through oral manifestations

Tatiane Valente
Michelle Scalercio
Graduandas em Odontologia da Uerj

Mônica Israel
Professora Substituta de Estomatologia da Uerj

Maria Eliza Ramos
Professora Adjunta de Estomatologia da Uerj

Resumo

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum*. Pode ser transmitida também pelas vias hematogênica e materno-fetal. A sífilis primária é caracterizada pelo cancro, observado na mucosa bucal na forma de úlcera firme e indolor. As placas mucosas representam a manifestação oral da sífilis secundária. A sífilis terciária é caracterizada pela formação de gomas que podem levar à perfuração do palato. O diagnóstico de sífilis deve ser baseado de acordo com o estágio da doença. O tratamento da sífilis consiste em antibioticoterapia. A sífilis pode ser diagnosticada a partir de lesões bucais, sendo, portanto, de fundamental importância o conhecimento desta doença pelo cirurgião-dentista.

Palavras-chave: sífilis; infecções por *treponema*; cancro.

Abstract

Syphilis is a sexually transmitted disease caused by Treponema pallidum. However, there are examples of hematogenic and transmission from mother to child in utero. Primary syphilis is characterized by chancre, can be observed in oral cavity as a firm, painless ulceration. Mucous patches represent the secondary syphilis oral manifestations. Tertiary syphilis is characterized by the formation of gummas which can lead to perforation of the hard palate. Syphilis diagnosis must be based on the stage of the disease. Syphilis treatment consists of antibiotics. Since syphilis can be identified by its oral lesions, the dentist must know this disease.

Keywords: syphilis; Treponemal Infections; chancre.

Introdução

A sífilis é uma infecção bacteriana, de distribuição mundial que tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*. A vasta maioria dos casos de sífilis é transmitida sexualmente, embora também possa ocorrer verticalmente, da mãe infectada para o feto (4, 9). Outras formas de transmissão mais raras são a via hematogênica e através do contato direto com a mucosa contendo lesões primárias ou secundárias, ou sangue e saliva de pacientes infectados. Cerca de 10% dos casos de sífilis são acompanhados de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) adicionais (9) e quando associada à ulcerações genitais aumentam o risco para infecção por HIV (8, 9, 14).

Até o advento da penicilina, na metade do século XX, a sífilis era uma doença prevalente, tendo infectado entre 8 e 14% da população que morava na área urbana por todo o mundo (9). A sífilis tem sido relatada como uma doença sexualmente transmissível nos Estados Unidos desde 1941 (9). De 1990 a 2000 houve uma redução de 90% do número de casos reportados de sífilis primária e secundária, com sua frequência caindo para 2.1 casos por 100.000 habitantes, sendo esta a menor taxa já atingida nos Estados Unidos (9). Infelizmente tem ocorrido um ligeiro aumento na taxa de infecção desde o ano 2000, o que se deve pelo aumento do uso de drogas intravenosas, troca de drogas ilegais por sexo e aumento do número de parceiros sexuais (5, 9). De acordo com dados do Ministério da Saúde, no Brasil, até o ano de 2003, 937.000 casos de indivíduos portadores de sífilis adquirida haviam sido notificados (17).

As manifestações e descrições da sífilis adquirida são usualmente classificadas em estágios de ocorrência. Cada estágio tem seus sinais peculiares e sintomas relacionados com o tempo de resposta antígeno-anticorpo. Os estágios são: primário, secundário, latente e terciário (9). A Organização Mundial de Saúde (OMS), porém, preconiza a classificação da sífilis adquirida em duas fases: recente (1º ano da infecção - estágio primário, secundário e início da sífilis latente) e tardia (restante da fase latente e sífilis terciária) (9).

O estágio primário da infecção é caracterizado pelo cancro que surge no local da inoculação do microorganismo (4, 12, 15), tornando-se clinicamente evidente entre três e 90 dias após a exposição inicial. Embora ocasionalmente possam ser vistas múltiplas lesões, a maioria dos cancrios é solitário (12, 15). O

cancro é uma úlcera indolor que mede entre um e dois centímetros, de borda endurecida e elevada e base clara (Figura 1) (4, 9, 12). O local mais acometido é a região anogenital seguida pelos lábios, língua, palato, gengiva e amígdalas (1, 9). O cancro cicatriza espontaneamente dentro de três a seis semanas (9). Neste período o *T. pallidum* está sendo disseminado sistemicamente por meio dos vasos linfáticos (12).

Cerca de 25% dos pacientes que não realizaram tratamento na fase primária irão desenvolver a sífilis secundária, também denominada sífilis disseminada. Esta se manifesta entre quatro e seis semanas após a lesão primária (9). 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, cefaléia, 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 palmo plantar, que acomete aproximadamente 60 a 80% dos pacientes com sífilis secundária (12). Além disso, cerca de 30% dos pacientes apresentam manifestações bucais conhecidas como placas mucosas (Figura 2). Estas são caracterizadas por placas esbranquiçadas, irregulares, indolores (4, 12), podendo ser destacáveis com exposição do tecido conjuntivo quando ocorre necrose do epitélio superficial (12). Isto pode acontecer em qualquer superfície mucosa, mas ocorre mais comumente na língua, lábios, mucosa jugal, palato e amígdalas (1, 12). O condiloma lata, também denominado condiloma plano, é mais um tipo de manifestação que pode surgir ocasionalmente neste período. É assim denominado, pois essas lesões condilomatosas se assemelham àquelas causadas pelo vírus HPV, ocorrendo principalmente em áreas quentes e úmidas tais como regiões anogenital e oral (3, 9). A resolução espontânea dos sintomas da sífilis secundária ocorre geralmente entre três e 12 semanas (12). Recentemente vem sendo descrita uma forma de sífilis secundária que ocorre especialmen-



Figura 1. Cancro localizado em dorso de língua



Figura 2. Placa mucosa localizada em dorso de língua



Figura 3. Incisivos de Hutchinson

te em pacientes imunocomprometidos, caracterizando-se por quadro clínico explosivo e disseminado conhecido como “lues maligna” (11, 15). Essa variante apresenta sintomas prodrômicos de febre, cefaléia e mialgia, seguidos de ulcerações necróticas acometendo geralmente a face e o couro cabeludo (11). O estágio seguinte é chamado de sífilis latente. É um período, geralmente, assintomático, livre de lesões e sintomas, porém os pacientes são positivos ao teste sorológico (3, 9). Este período pode durar de um a 30 anos e apenas 30% dos pacientes irão evoluir para sífilis terciária (12).

A sífilis terciária é a mais grave de todas as fases. Pode surgir após o primeiro ano da infecção inicial até 25 a 30 anos mais tarde. Cerca de 33% dos pacientes não tratados apresentam sinais e sintomas da sífilis tardia (17% goma, 8% comprometimento cardiovascular e 8% neurosífilis) (9). Neste estágio pode haver envolvimento do sistema nervoso central (SNC), sistema cardiovascular, pele ou mucosa (9). O sistema vascular pode ser afetado significativamente pelos efeitos da arterite prévia. Pode ocorrer aneurisma da aorta ascendente, hipertrofia ventricular esquerda e falência cardíaca congestiva. O envolvimento do SNC pode levar a *tabes dorsalis* (lenta degeneração das células e fibras nervosas que carregam informação sensorial para o cérebro), psicose, demência, parésia e morte. Menos significativos, porém mais característicos, são os focos disseminados de inflamação granulomatosa, denominados goma, que podem atingir a pele, mucosa, tecidos moles, ossos e órgãos internos (12). A goma é uma lesão ulcerada, no-

dular, indolor, que leva à grande destruição tecidual. Localiza-se usualmente no palato e na língua. Quando acomete o palato, a ulceração frequentemente o perfura em direção à cavidade nasal (11, 12). Os sinais clínicos iniciais incluem voz anasalada, seguida por queixa de comunicação buconasal que dificulta a deglutição (11). Quando a língua está envolvida ela toma um aspecto aumentado, lobulado e com forma irregular (12). A forma lobulada é chamada de glossite intersticial ou glossite luética, representando o resultado da contratura da musculatura lingual após a cicatrização da goma (9).

A sífilis congênita é causada pela transmissão transplacentária do *T. pallidum* da gestante infectada (15). A transmissão materna nos dois primeiros estágios quase sempre resulta em aborto, natimorto ou criança com malformações congênitas (9, 11, 15). Entre 40% e 70% das mulheres com sífilis dão luz a crianças infectadas. Crianças infectadas apresentam sintomatologia ao nascimento ou a partir da segunda semana de vida. Os sintomas observados são: rinite, rash cutâneo, erupções vesículo-bolhosas, rágades, úlceras cutâneas, febre, anemia, hepatoesplenomegalia e crescimento retardado. A maioria das crianças que sobrevivem até um ano de idade sem tratamento, evolui para sífilis latente e posteriormente para a terciária (9). Considera-se como sífilis congênita recente os casos manifestados até o segundo ano de vida e como sífilis congênita tardia os casos manifestados após esta data. A sífilis congênita tardia se manifesta em crianças após os dois anos de idade através de danos ósseos,

dentários, oculares, auditivos e cerebrais (9): bossa frontal de Parrot (estigma mais comumente encontrado, estando presente em 86,7% dos casos de sífilis congênita), atresia da maxila (acomete 83,8% dos pacientes com sífilis congênita), palato ogival (76,4%), nariz em sela (73,4%), tríade de Hutchinson, hidrocefalia, retardo mental e goma (11). A tríade de Hutchinson inclui malformações dentárias (Figura 3), ceratite ocular intersticial e otite média com possibilidade dessa última manifestação levar a surdez por envolver o oitavo par de nervos cranianos. Esses achados quando em conjunto apontam para o reconhecimento da sífilis congênita (11, 12).

Quanto ao diagnóstico, às lesões bucais da sífilis primária estão repletas de espiroquetas e o lábio representa a área bucal na qual os microorganismos podem ser mais bem coletados para serem distendidos em lâminas visando-se o emprego da técnica de impregnação pela prata, através do método de Fontana-Tribondau, para observá-los pela microscopia em campo escuro (11, 16). No diagnóstico da sífilis secundária e terciária são utilizados testes sorológicos como o VDRL e o FTA-ABS. Além disso, o uso de métodos de biologia molecular, como a PCR, constitui recursos laboratoriais de alta sensibilidade e especificidade para a detecção dos microorganismos (11). O exame anátomo-patológico revela quadro inflamatório crônico mononuclear, com predomínio de plasmócitos, localizados principalmente ao redor dos vasos sanguíneos, o que pode auxiliar o diagnóstico de sífilis (1).

O tratamento da sífilis consiste em antibioticoterapia, sendo o antibiótico de eleição a penicilina benzatina (2, 7, 8, 12). Para pacientes alérgicos preconiza-se o uso de tetraciclina (8, 12). O planejamento da dose e sua administração variam de acordo com: o estágio da doença, o grau de envolvimento neurológico do paciente e o estado imunológico do paciente (12). Para a sífilis recente, a OMS recomenda dose única de 2.400.000 U de penicilina benzatina intramuscular. Para pacientes alérgicos, tetraciclina ou doxiciclina durante 14 dias. (7, 9). Para sífilis tardia devem ser administrados três doses, com intervalo semanal, de 2.400.000 U de penicilina benzatina via intramuscular. Para pacientes alérgicos recomenda-se tetraciclina durante 28 dias (9). No tratamento da sífilis congênita, todas as gestantes devem ser testadas sorologicamente no início da gravidez; quando o resultado for positivo, administra-se penicilina e a gestante deve ser retestada na 28ª semana e no parto. Caso a gestante seja alérgica à penicilina, deve ser submetida à dessensibilização. Caso a criança nasça infectada, deve ser tratada com penicilina G, 10 dias após o parto (9).

Discussão

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ter como primeiro local de manifestação à cavidade bucal. O cancro corresponde ao local de penetração do *T. pallidum*, sendo, portanto encontrado com maior frequência na região anogenital, mas quando o contágio se dá por contato orogenital, o cancro pode ser observado na cavidade bucal (4, 9, 12).

Dentre os diagnósticos dife-

renciais do cancro, ressaltam-se o carcinoma de células escamosas e a manifestação bucal da paracoccidiodomicose (4). O carcinoma de células escamosas representa o tumor maligno mais comum da cavidade bucal, acometendo preferencialmente pacientes do sexo masculino com mais de 40 anos, tabagistas e etilistas. Clinicamente pode se apresentar na forma de úlcera indolor, tendo como localizações preferenciais o lábio inferior, a borda posterior de língua e o assoalho bucal (12). A base clara do cancro ajuda no diagnóstico diferencial com o carcinoma de células escamosas, que frequentemente exhibe fundo granulomatoso. Porém, o diagnóstico definitivo deve ser baseado nos aspectos histopatológicos obtidos através de biópsia incisional (1). A paracoccidiodomicose é uma infecção fúngica profunda, causada pelo *P. brasiliensis*, sendo endêmica no Brasil. Acomete preferencialmente pacientes do sexo masculino, com mais de 40 anos, geralmente moradores da área rural (12). As lesões bucais da paracoccidiodomicose caracterizam-se por úlceras mal delimitadas com pontilhado vermelho, localizadas principalmente em gengiva, rebordo alveolar e lábios (12). No diagnóstico diferencial com o cancro, percebe-se com frequência que as lesões ulceradas da paracoccidiodomicose tendem a ser múltiplas e mal delimitadas. Além disso, muito frequentemente o paciente apresenta sintomas tais como disfagia, tosse e perda de peso. O cancro, aproximadamente 30 dias após o seu aparecimento, tende a regredir espontaneamente, o que não acontece com o carcinoma de células escamosas, nem com as lesões bucais da paracoc-

cidiodomicose (12). Porém, o diagnóstico definitivo deve ser baseado em exames complementares, como a biópsia incisional ou exame de campo escuro (16). A biópsia revela infiltrado inflamatório crônico, predominantemente plasmocitário incluindo neurite e vasculite (1).

As placas mucosas, lesões bucais que caracterizam a sífilis secundária, apresentam-se clinicamente como placas brancas irregulares assintomáticas, permitindo vários diagnósticos diferenciais como: candidíase, glossite migratória benigna, leucoplasia e líquen plano (9, 13). Para o alcance do diagnóstico definitivo, há necessidade de exames sorológicos que mostrem que o paciente apresenta sífilis, uma vez que o exame histopatológico permite a observação apenas de intenso infiltrado inflamatório plasmocitário, achado este considerado inespecífico (1).

A goma, lesão granulomatosa que pode ocorrer em diversas localizações, na boca apresenta-se preferencialmente em palato duro ou na língua. No palato duro, a goma começa na forma de nódulo endurecido, que pode simular crescimentos neoplásicos e depois ulcera levando à grande destruição tecidual, que pode clinicamente poder se assemelhar a lesões tumorais malignas ou outras infecções, como a zigomicose. Na língua, a goma apresenta-se na forma de úlcera exuberante, causando deformação da mesma, simulando processos neoplásicos. Para um diagnóstico conclusivo, há a necessidade de solicitação de exames sorológicos e biópsia para exclusão das lesões citadas (12).

A glossite intersticial ou glossite luética é considerada uma lesão pré-maligna, aumentando

cerca de quatro vezes o risco para o desenvolvimento do carcinoma de células escamosas (4, 9, 12, 15). Segundo LITTLE (9), a glosite intersticial foi considerada uma lesão de potencial maligno devido ao fato de antigamente ter sido utilizado agentes carcinogênicos como o arsênico e metais pesados para o tratamento da sífilis. Em um estudo realizado em 1990 com 63 pacientes portadores de carcinoma de células escamosas na língua, cinco (8%) foram positivos ao teste sorológico para sífilis (15). O fato de a sífilis ser considerada uma condição cancerizável, ainda permanece atualmente como motivo de discussão na literatura.

Somente nos dois primeiros estágios, um paciente sífilítico é altamente contagioso, mas as gestantes também podem transmitir a infecção durante o estágio latente (9). Durante as primeiras 16 semanas de gestação, em geral o feto é protegido da infecção pelos espiroquetas presentes na circulação materna, pois eles não conseguem atingi-lo por penetração através da placenta, no entanto já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos com nove a 10 semanas de gestação (11). A possibilidade de infecção fetal depende também do estágio da doença na mãe. O maior número de infecções sífilíticas fetais ocorre depois do sexto mês de gravidez (11). A infecção do feto pode ocorrer durante qualquer época da gestação, mas as malformações só irão acontecer após o quarto mês de vida intra-uterina, por isso é importante diagnosticar precocemente a mãe infectada para que se possa iniciar a antibioticoterapia no início da gravidez (12).

O exame de campo escuro

está recomendado para diagnosticar casos de lesões de sífilis na pele e sua técnica não deveria ser usada em tecidos orais devido ao elevado número de espiroquetas presentes na mucosa oral, como o *T. microdentium*, *T. macrodentium* e *T. mucosum* (13). Logo, testes sorológicos, testes de imunofluorescência específica ou PCR devem ser realizados para confirmação do diagnóstico (11, 16).

Um paciente que apresente ulceração genital tem o risco de infecção pelo HIV aumentado em quatro vezes e a resposta positiva para o teste sorológico de sífilis aumenta em duas vezes este risco (14). Não apenas a sífilis, mas todas as doenças sexualmente transmissíveis relacionam-se com o aumento da população de pacientes portadores do HIV, assim indivíduos que adquiram algum tipo de DST devem ser vistos como pacientes com maiores chances de apresentarem soropositividade para o HIV. Homens homossexuais com história de sífilis ou herpes genital apresentam de três a oito vezes mais riscos de serem HIV positivo (15). Portanto todos os pacientes com sífilis, bem como todas as pessoas que com eles se relacionam sexualmente, independentes das práticas, devem ser avaliados clinicamente e a todos oferecidos exames sorológicos, tanto para sífilis, quanto para o HIV (11, 15). Embora a taxa de sucesso para o tratamento da sífilis seja alta, falhas no tratamento podem ocorrer particularmente em pacientes infectados também por HIV (2, 15). Alguns especialistas recomendam um regime mais longo para os pacientes positivos para o HIV com sífilis recente (15).

Segundo a OMS, o antibiótico

de eleição para o tratamento da sífilis é a penicilina benzatina visto que uma única dose de penicilina benzatina é suficiente para manter os níveis bactericidas por semanas, matando lentamente os microorganismos, além de nenhum caso de resistência ter sido relatado (10). Porém devido a sua conveniência e eficácia, a azitromicina tem sido cada vez mais utilizada para o tratamento de sífilis em alguns centros dos Estados Unidos e Canadá, embora atualmente ela não seja recomendada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (8, 10). A azitromicina possui uma meia-vida longa e ainda oferece a vantagem de poder ser administrada em dose única por via oral, sendo maior a aceitação pelo paciente (2, 8) e pode ser utilizada em gestantes (7). Entretanto vários casos de falha terapêutica e resistência têm sido relatados (8, 10). GRAY, SEWANKAMBO, WAWER *et al.* (8) mostraram que não há uma diferença estatisticamente significativa entre o uso de azitromicina, penicilina benzatina ou terapia dual, utilizando estas duas drogas. FARLEY, COHEN, KAHN *et al.* (6) mostraram, em estudo realizado entre 1997 e 1999, que a penicilina benzatina e a azitromicina podem ser eficazes como profilaxia antibiótica em comunidades com alta incidência de sífilis ou pessoas que têm comportamento de risco, como aqueles com vários parceiros sexuais, ou que trocam drogas ilegais por sexo. Embora neste estudo as pessoas submetidas a este tratamento tenham relatado uma diminuição do número de parceiros sexuais e aumento do uso de preservativos, essa prática não é universalmente aceita, pois se acredita que esta

falsa segurança quanto ao sexo proporcionada pela profilaxia possa aumentar ainda mais o comportamento de risco.


Mais de 50% dos pacientes apresentam a reação de Jarisch-Herxheimer 24 horas após o início da antibioticoterapia (9, 15). Esta reação consiste em uma exacerbação da resposta inflamatória, na qual o paciente manifesta febre, calafrios, mialgia e cefaléia. Por isso, recomenda-se a prevenção da reação de Jarisch-Herxheimer com dose única de corticóide (9). Esta é uma reação muito comum em pacientes com sífilis recente (15). HOOK, MAR-

TIN, STEPHENS *et al.* (7) realizaram um estudo em New Orleans entre 1995 e 1997, onde se comparou a eficácia da azitromicina e da penicilina benzatina no tratamento da sífilis e observou-se que, dos pacientes submetidos ao tratamento por penicilina, 24% manifestaram a reação de Jarisch-Herxheimer, e daqueles tratados com azitromicina, apenas 17% o fizeram.

O paciente com sífilis tratada deve ser acompanhado e o monitoramento da conversão para negativo tende a ocorrer em, aproximadamente, um ano (9, 13). O VDRL é o método de esco-

lha para este monitoramento (15). Pacientes com neurosífilis nem sempre obtêm a cura total, devido à dificuldade do antibiótico em atravessar a barreira hematoencefálica (12).

Conclusão

A sífilis pode ser identificada através de suas manifestações bucais. Logo, o cirurgião-dentista tem o importante papel no diagnóstico e controle da sífilis através da identificação dos seus sinais e sintomas, orientação do paciente, suporte ao tratamento e acompanhamento. 

Referências Bibliográficas

1. BARRETT, A. W., VILLARROEL DORREGO, M., HODGSON, T. *et al.* The histopathology of syphilis of the oral mucosa. *J. Oral Pathol. Med.*, v. 33, n. 5, p. 286-291, 2004.
2. BLANDFORD, J. M., GIFT, T. L. The Cost-Effectiveness of Single-Dose Azithromycin for Treatment of Incubating Syphilis. *Sex. Transm. Dis.*, v. 30, n. 6, p. 502-508, 2003.
3. BROWN, D. L., FRANK, J. E. Diagnosis and Management of Syphilis. *Am. Fam. Physician*, v. 68, n. 2, p. 283-290, 2003.
4. BRUCE, A. J., ROGERS, R. S. Oral Manifestations of Sexually Transmitted Diseases. *Clin. Dermatol.*, v. 22, n. 6, p. 520-527, 2004.
5. CAMPOS-OUTCALT, D., HURWITZ, S. Female-to-Female Transmission of Syphilis – A Case Report. *Sex. Transm. Dis.*, v. 29, n. 2, p. 119-120, 2006.
6. FARLEY, T. A., COHEN, D. A., KAHN, R. H. *et al.* The Acceptability and Behavioral Effects of Antibiotic Prophylaxis for Syphilis Prevention. *Sex. Transm. Dis.*, v. 30, n. 11, p. 844-849, 2003.
7. HOOK, E. W., MARTIN, D. H., STEPHENS, J. *et al.* A Randomized, Comparative Pilot Study of Azithromycin Versus Benzathine Penicillin G for Treatment of Early Syphilis. *Sex. Transm. Dis.*, v. 29, n. 8, p. 486-490, 2002.
8. GRAY, R. H., SEWANKAMBO, N. K., WAWER, M. J. *et al.* Effectiveness of Syphilis Treatment Using Azithromycin and/or Benzathine Penicillin in a Rakai, Uganda. *Sex. Transm. Dis.*, v. 32, n. 1, p. 1-6, 2005.
9. LITTLE, J. W. Syphilis: an update. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 100, n. 1, p. 3-9, 2005.
10. LUKEHART, S. A., GODORNES, C., MOLINI, B. J. *et al.* Macrolide resistance in *Treponema pallidum* in the United States and Ireland. *N. Engl. J. Méd.*, v. 351, n. 2, p. 154-158, 2004.
11. MOREIRA, L. C., MERLY, F., MOLERI, A. B. *et al.* A boca como órgão de práticas sexuais e alvo de DST/AIDS. *DST-J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, v. 14, n. 2, p. 37-53, 2002.
12. NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. *et al.* *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
13. ORTEGA, K. L., REZENDE, N. P. M., WATANUKI, F. *et al.* Sífilis secundária em um paciente VIH positivo. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.*, v. 9, n. 1, p. 33-38, 2004.
14. RIEDNER, G., HOFFMANN, O., RUSIZOKA, M. *et al.* Decline in sexually transmitted infection prevalence and HIV incidence in female barworkes attending prevention and care services in Mbeya Region, Tanzania. *AIDS*, v. 20, n. 4, p. 609-615, 2006.
15. SCOTT, C. M., FLINT, S. R. Oral syphilis – re-emergence of an old disease with oral manifestations. *Int. J. of Oral Maxillofac. Surg.*, v. 34, n. 1, p. 58-63, 2005.
16. WHEELER, H. L., AGARWAL, S., GOH, B. T. Dark ground microscopy and treponemal serological tests in the diagnosis of early syphilis. *Sex. Transm. Infect.*, v. 80, p. 411-414, 2004.
17. INTERNET. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 19/11/2007.

Recebido em: 15/06/2007
Aprovado em: 24/01/2008

Mônica Israel
Rua Crundiúba, 555/301 – Jardim Carioca – Ilha do Governador
Rio de Janeiro/RJ – CEP: 21931-500
E-mail: monicisrael@yahoo.com.br