

Sífilis e suas manifestações na cavidade bucal

Luiz Carlos Guimarães — C. D. *

Sinonímia — Mal Francês, Doença da Gallia, Mal Napolitano
Doença das pústulas. (8)

A sífilis, segundo alguns autores, teve sua origem na França e Inglaterra, países que formavam a antiga região denominada Gallia, daí o termo “engalicado”, empregado para designar um paciente portador desta doença. (6)

Entretanto, como pode-se ver pela sinonímia citada isso não traduz a realidade, pois a encontramos também chamada Mal Napolitano como se fosse oriunda da Itália.

Na verdade, a sífilis não tem pátria, como bem atesta sua disseminação pelo mundo afora, apresentando os quadros mais variados, conseqüências as mais desastrosas, de diagnóstico muito difícil, tal o mascaramento de suas apresentações, fazendo com que OSLER e denominasse de “a grande imitadora” tal a variedade de suas manifestações.

Em BURKET, encontramos a seguinte afirmativa, que bem traduz a importância desta doença venérea: “Tem-se dito que se alguém conhece tôdas as formas clínicas da sífilis conhece tôda a medicina. Em menor escala isto também é certo no campo da estomatologia”.

Esta moléstia, assim como outras infecções granulomatosas específicas, se caracteriza pela sua grande cronicidade, salvo em ocasiões em que o germe invade a corrente circulatória. (1)

* Livre-Docente e Catedrático Interino de Clínica Odontológica da Escola de Odontologia da Universidade do Rio Grande do Sul.

E' seu agente o *TREPONEMA PALLIDUM*, germe de muito baixa resistência, pois sucumbe logo ao sair do meio humoral.

A maneira mais comum de contágio é através de relações sexuais com pessoa infectada.

A propósito, diz BURKET, "fosse a sífilis transmitida por um meio de disseminação mais extensa, como a água potável, já teria sido dominada a muito tempo".

O homem, na maioria das vezes, é sem o saber, seu agente disseminador, pois a doença apresenta um período de incubação que é uma de suas características, e através de relações íntimas com o sexo oposto transmite tão contagiante enfermidade.

Em sua forma extragenital o mal é transmitido por contacto da lesão com um tecido onde se encontre uma solução de continuidade.

A melhor maneira de evitar o contágio, é a educacional.

E' necessário que os povos estejam a par deste problema e suas consequências a fim de, procurar os recursos logo aos primeiros sintomas, concorrendo assim para um tratamento mais rápido, eficiente e não, como antigamente, quando havia vergonha de se apresentar ao médico com uma doença venérea.

Quando nos visitou FOURNIER, disse que "o Brasil antes de 50 anos estará completamente livre deste flagelo, pois verificou não haver aqui o "falso pudor", tão em voga em outros países

Apesar de muito contagiante em suas mais variadas formas, sua profilaxia é muito fácil de ser realizada e isto por três fatores:

1. O espiroqueta tem muito baixa resistência.
2. E' necessário o contacto direto.
3. E' indispensável presença de lesão nos tecidos.

Medida de real valor, em relação a profilaxia da sífilis, seria a obrigatoriedade dos exames pré-nupciais, para ambos os conjuges, a exemplo de alguns lugares nos Estados Unidos da América do Norte, onde a licença para a realização de casamentos, só é fornecida mediante a apresentação do respectivo exame. (1)

A sífilis apresenta-se em duas formas: genital e extragenital.

Sendo muito comum a extra-genital, em suas manifestações bucais, para alguns autores (1) o cancro chega atingir 80% destas apresentações.

Por êste motivo cabe, um papel muito importante, ao cirurgião-dentista conhecer perfeitamente as manifestações bucais, pontos preferenciais de localização, se capacitando, assim em diagnosticá-la em suas primeiras exteriorizações a fim de se proteger, beneficiar seus pacientes e contribuir para o bem estar social. (1)

Até bem pouco tempo era a sífilis estudada em suas formas clássicas: Primária, Secundária e Terciária.

BURKET é quem a classifica, sob o ponto de vista da contagiosidade, diagnóstico e tratamento, em:

Sífilis aguda
Sífilis crônica

A sífilis aguda reuniria as formas primária e secundária, representadas pelo cancro sífilítico e placas mucosas (lesões maculosas e papulosas) e no quadro da crônica estaria a forma terciária com as lesões ósseas e do sistema nervoso.

O cancro, como foi dito acima, tem um período de incubação que o caracteriza, cuja duração vai de 14 a 21 dias.

As erosões neste período passam despercebidas, dias mais tarde instala-se a lesão primitiva.

Logo a seguir surge claramente o cancro com a seguinte sintomatologia:

- a) base endurecida
- b) bordos cortados a pique
- c) exsudato amarelo que recobre o fundo.

Após, desaparece a lesão, sem deixar vestígios de sua passagem, em um período que medeia entre três semanas a dois meses.

O diagnóstico do cancro sífilítico é feito com exatidão pelo exame em campo escuro.

Ainda na forma aguda encontramos as placas mucosas, que se manifestam de 6 a 8 semanas após o desaparecimento da lesão primária (cancro), mas em alguns casos pode esta apresentação se fazer sentir alguns anos depois, sendo os exântemas generalizados, uma de suas características.

Nesta fase é ainda possível o exame em campo escuro, em alguns casos, entretanto as reações serológicas oferecem maior garantia.

Para o cancro teríamos como sintomatologia, farta reação ganglionar, geralmente bilateral e quase indolor; os ganglios se apresentariam infartados, móveis, pois não aderem aos tecidos, tornando possível sua palpação em todos os sentidos.

As placas mucosas apresentariam sintomas gerais como: febre, cefaléia, dor nos membros, doenças reumatóides (1-5) e nevralgias secundárias. (3)

Observa-se ainda a concomitância entre os exântemas e os enântemas, distribuídos pela mucosa bucal, faringe e laringe.

Para a forma crônica, isto é, goma e sífilis nervosa, teríamos manifestações que se traduziriam por perfuração da abobada palatina, véo do paladar, quanto a goma; e alterações da personalidade, astênia, perda de memória, marcha ataxica, para a sífilis nervosa.

Esta última, forma crônica, geralmente se manifesta entre três a seis anos após a fase aguda (cancro e placas mucosas).

Em relação ao contágio, diríamos que, das duas formas estudadas por BURKET, é a aguda a que mais perigo oferece, e assim mesmo através das placas mucosas, sendo a menos contagiosa a forma crônica, isto é, a terciária segundo Mathis-Winkler.

SÍFILIS AGUDA E SUAS MANIFESTAÇÕES BUCAIS.

Encontramos para a sífilis, neste período, um grau elevado de contagiosidade, sendo esta uma das razões da atual classificação de BURKET, pois é nesta fase que são encontrados as maiores quantidades de espiroquetas.

Sua localização na cavidade bucal é preferencial aos lábios, mucosa bucal, língua, abóbada palatina e regiões faringeias e amigdalianas, sendo muito rara sua apresentação nas gengívas.

Para o cancro nos lábios, segundo Wilie e HOLMAN, citados por MATHIS-WINKLER, é de 57%.

O aspecto do cancro da cavidade bucal, tem como o genital, os mesmos bordos cortados a pique, mas não apresenta, como aquele, a crosta característica de côr castanha escura, mas sim uma coloração branca-acinzentada, modificação esta, na dependência da saliva que constantemente banha a cavidade bucal e que não permite a formação sêca da costra.

Os traumatismos, ocasionando lesões secundárias, em muito concorrem para modificações em sua exteriorização clássica.

São geralmente indolores, sintomatologia esta, que, nos permite perfeitamente diferenciá-los do HERPES LABIAL, que é de apresentação dolorosa e não apresenta reação ganglionar.

O diagnóstico diferencial com o HERPES também é possível de ser feito através da coloração que ambos apresentam em sua capa crostosa, pois enquanto para o HERPES teríamos uma de côr amarelo intensa, para o cancro extra-bucal teríamos uma de côr castanho escuro.

Por último, ainda diremos que o interrogatório, poderá fornecer dados de real valor, visto que a lesão sífilítica têm uma evolução muito mais lenta do que outras, também específicas, como a tuberculose e actinomicose.

Resumindo diríamos, que o cancro da cavidade bucal apresenta como sintomatologia:

1. Período de incubação entre 14 a 21 dias.
2. Duração do período primário de 50 a 60 dias.
3. Reação ganglionar intensa, bilateral e geralmente não dolorosa.
4. Lesão com bordos a pique, não apresentando dor.
5. Cancro intra-bucal, escara branca-acinzentada.
6. Cancro extra-bucal, crosta castanha-escura.
7. Exame em campo escuro, fornece diagnóstico exato.
8. Reações serológicas negativas.
9. Grau de contágio regular.

Como segunda e última manifestação da sífilis nesta fase, teríamos as placas mucosas e que geralmente surgem após a lesão primária (cancro).

As vesículas estão disseminadas pela mucosa da língua, gengivas, bochechas, lábios, amígdalas, faringe e úvula.

São as lesões mais contagiosas da sífilis aguda; sua apresentação é em um branco-acinzentado, com grande tendência a confluência.

Sua união forma verdadeiros sulcos, geralmente profundos, sinuosos, com bordos elevados, como que verdadeiros muros, guardando em seu interior um exsudato purulento ou sanguinolento e que recobre tôda a sua superfície.

Esta modificação na qualidade do exsudato está na dependência da existência ou não de traumatismos, pois mesmo o de menor intensidade, desencadea hemorragia abundante, bem como

reação dolorosa intensa. Esta última é bem mais acentuada quando a placa está situada em tecidos móveis e sujeita, portanto, a grande movimentação, como na comissura labial:

Apresenta assim como o cancro, reação ganglionar intensa e com as mesmas características já citadas.

O diagnóstico diferencial com o HERPES é feita pela coloração da capa que na placa é de côr cinza-brilhante.

Segundo MATHIS-WINKLER, as placas mucosas estão rodeadas por uma auréola inflamatória que as delimita com precisão e têm ainda o nome de placas opalinas devido ao exântema, que como sabemos é de uma côr nacarada.

Além dêstes sinais locais, teríamos para as placas sintomatologia geral bem acentuada, pois no seu decurso é possível observar, pequeno aumento de temperatura, cefaléia, dôr nos membros, dando a sensação típica de um estado gripal.

Como sinal local concomitante, encontraríamos, exântemas característicos, ficando a salvo a cabeça.

O diagnóstico correto seria dado pelas reações serológicas. (Wassermann, Khan, etc.)

Em síntese para as placas temos:

1. Exteriorização 30 ou 40 dias após a lesão primária.
2. Grau de contágio muito elevado.
3. Reação ganglionar intensa, bilateral e geralmente não dolorosa.
4. Seu aspecto inicial é de vesículas, com tendência a confluência.
5. Placas ulceradas apresentam dor.
6. Placas não ulceradas, quase indolores.
7. Úlceras profundas guardam em seu interior uma serosidade de composição variável.
8. Sintomatologia geral de febre, cefaléia, "estado gripal".
9. O diagnóstico preciso seria dado pelas reações serológicas.

SÍFILIS CRÔNICA — SUAS MANIFESTAÇÕES.

Na sífilis crônica, segundo BURKET, vamos encontrar a goma e sífilis do sistema nervoso.

A goma se manifesta principalmente, no paladar duro e mole, mais rara na língua e como exceção nos lábios e região jugal (7).

No arcabouço ósseo palatino a goma se manifesta geralmente na linha média, provoca sua destruição ocasionando a comunicação da cavidade bucal com as fossas nasais.

As úlceras tem côr amarelada em seu fundo, apresentando bordos bem delimitados.

Na língua vamos encontrar pequenos nódulos, cicatrizes, havendo perda das papilas e sendo ela assim chamada língua lisa ou luética (7).

O diagnóstico nesta forma pode ser feito, algumas vezes pela reação serológica, mas na maioria dos casos se recorre a biópsia, para um resultado mais positivo.

Segundo BURKET, encontraríamos para a sífilis nervosa as seguintes manifestações: “dores nevrálgicas violentas, na cabeça e pescoço”; WINKELMANN publicou vários casos de nevrálgia do trigêmio produzida pela sífilis e afirma que no tabes dorsal é frequente a degeneração da parte sensitiva do quinto par craneano.

MAHE', em seu estudo sobre a nevrálgia secundária, coloca a sífilis nervosa como uma de suas causas.

Segundo KRON e PENTZ, citados por BURKET, em pacientes tabéticos foi possível a realização de avulsões dentárias sem o emprêgo de anestesia.

Estes experimentadores observaram, também, necrose expon-tânea da polpa dentária nesta forma crônica.

Ainda para o tabes dorsal, teríamos a pupila de ARGYLL ROBERTSON, que pode ser diagnosticada pelo dentista, pois a pupila não reage a luz, mas sim há acomodação e, finalmente, a irregularidade no caminhar evidenciada pela marcha atáxica.

O grau de contágio nesta forma crônica é bem menor do que na anterior, ou aguda.

Para a forma crônica temos portanto o resumo seguinte:

1. Goma sífilítica predileção por ossos de origem membranosa.
2. Falta de manifestações gerais.
3. Possibilidade de contágio bastante diminuída.
4. Diagnóstico pela reação serológica e em muitos casos, só se obtém resultado positivo pela biópsia.
5. A sífilis nervosa apresenta farta sintomatologia geral.
6. A pupila de ARGYLL ROBERTSON, facilmente verificada pelo cirurgião-dentista.
7. Parestesia dos lábios e língua.
8. Contagiosidade muito pequena em relação a forma aguda.



Figura 1

A sífilis congênita que, apesar de estudada por grande número de autores e desde muitos anos, é a que apresenta ainda as maiores controvérsias em suas manifestações.

Era chamada de hereditária, hoje entretanto, é denominada de congênita, isto porque em realidade o feto a contrae no útero materno durante o seu desenvolvimento (1).

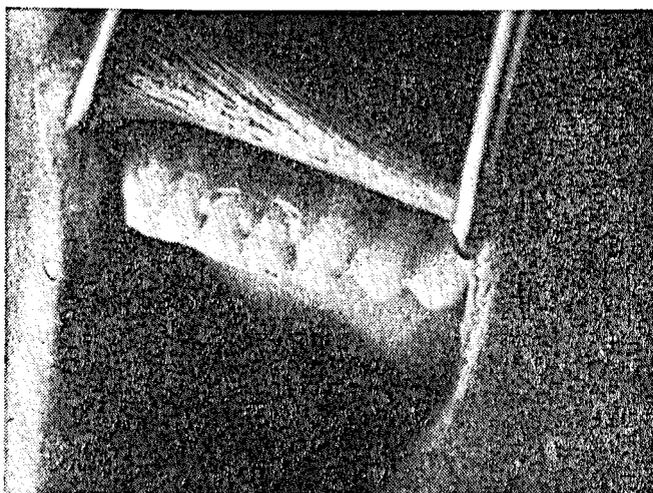


Figura 2

Nela não se observa a lesão primária, pois manifestando-se a enfermidade já em período secundário, vamos apenas verificar suas exteriorizações clássicas com a roséola típica, coriza permanente, surdez uni ou bilateral, queratite intersticial, perda de pêso, pênfigo plantar e palmar e para o lado do órgão dentário as tão conhecidas Hipoplasias. (fig. 1-2-3-4).

Em relação a esta última manifestação é interessante notar que não só a sífilis pode ocasioná-la, pois tôda a toxi-infecção durante o período embrionário pode determiná-la.



Figura 3

E' necessário portanto saber que as modificações estruturais dos dentes por toxi-infecções crônicas não sífilíticas, produzem modificações no esmalte, sem entretanto modificar o tamanho normal do dente.

Segundo STOKES e SCHOUR, pelo exame radiográfico do primeiro molar permanente, pode-se observar suas modificações morfológicas, pois suas raízes também apresentam diminuição em seu tamanho.

Assim teríamos o "dente de HUTCHINSON", para os incisivos centrais e o dente de "MOZER" para os primeiros molares permanentes.

Para comprovarmos, perfeitamente a sífilis congênita teríamos que associar a esta manifestação ainda a queratite intersticial e a surdez unilateral, formando assim a chamada tríade de HUTCHINSON.



Figura 4

A sífilis congênita em suas manifestações apresenta:

1. Ausência de lesão primária.
2. Modificação estrutural e morfológica dos dentes.
3. Associação a fenômenos gerais, como surdez uni lateral, queratite intersticial e penfigos plantar e palmar.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BURKET — Dr. Lester W. — MEDICINA BUCAL — 1954 — Trad. Fernando Bello e J. Sanz Astolfi.
- 2 — COLYER, J. F. — Tradução Dr. Vila. Torrent — 1930.
- 3 — BERCHER, FARGIN - FAYOLLE — Pathologie Dentaire — 1935 — Masson et Cie.
- 4 — EURASQUIN, R. — Anatomia Patologica Buco-Dental — 1942
- 5 — H. Mathis-Winkler — Odontologia y Medicina Interna — 1945 — Labor
- 6 — MELLO, Claudio — Apontamentos de conferencias — 1953
- 7 — PORT - HEULLER — Tratado de Odontologia — 1943 Labor
- 8 — CARDENAL, L. — Dicionario Terminologico de Ciencias Medicas — SALVAT.