

Lesiones orales de sífilis secundaria limitada a la cavidad oral. Informe de un caso

Secondary syphilis' oral lessions restricted to oral cavity. Report of a case

Presentado: 19 de febrero de 2018
Aceptado: 9 de abril de 2018

Ignacio Javier Molina Ávila,^a Juan Martín Pimentel Sola,^a Laura Giménez Grima^b

^aUnidad de Estomatología, Servicio de Odontología, Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina

^bPrograma Infecciosas, Sala de Inmunodeprimidos, Consultorio externo de Infectología e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina

Resumen

Objetivo: Describir un caso clínico de sífilis secundaria localizada en cavidad oral.

Caso clínico: Un paciente masculino de 24 años, proveniente de Joaquín V. González, provincia de Salta, fue derivado a Unidad de Estomatología del Hospital Señor del Milagro, con manifestaciones orales de una semana de evolución. Clínicamente, se observaron lesiones blancas opalinas, indoloras, compatibles con pápulas sífilíticas, en diferentes ubicaciones orales. Se realizaron estudios serológicos que confirmaron el diagnóstico de sífilis secundaria. El paciente

fue derivado al Servicio de Infectología, donde recibió tratamiento con una dosis de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular, con repuesta clínica favorable.

Conclusión: El conocimiento de las manifestaciones orales puede llevar al diagnóstico clínico de la sífilis secundaria por parte del odontólogo, lo cual, junto con su tratamiento oportuno, puede evitar la transmisión de la enfermedad. El diagnóstico precoz es la mejor manera de ayudar al paciente y de prevenir las complicaciones.

Palabras clave: Lúes, pápula, sífilis, sífilis secundaria.

Abstract

Aim: To describe a clinical case of localized secondary syphilis in the oral cavity.

Clinical case: 24 years male patient from Joaquín V. González, Salta Province, who was referred to the unit of stomatology of Señor del Milagro Hospital, having one week old oral manifestations. Clinically, white opaline painless lesions compatible with syphilitic papules were observed, located in different parts of the oral cavity. Serology tests were done proving secondary syphilis diagnosis. The patient was

referred to the Infectology Unit where he was treated with penicillin G benzathine 2400000 UI with favorable clinical results.

Conclusion: Dentist ability to recognize oral manifestations can lead to the clinical diagnosis of Secondary Syphilis in order to timely diagnose and treat it avoiding transmission, as early diagnosis is the best way of helping the patient to avoid further complications.

Key words: Lues, papule, secondary syphilis, syphilis.

Introducción

La sífilis es una treponematosi, es decir, una infección humana producida por el *Treponema pallidum*, descrito por Shaudin-Hoffman en 1905. Los treponemas son microorganismos de biología particular que poseen atributos pertenecientes tanto a las bacterias como a los protozoos.¹

Esta enfermedad infecciosa se transmite por relaciones sexuales, vía transplacentaria, por contacto accidental con las lesiones, por transfusiones de sangre (cuando el donante está en una fase temprana de la enfermedad).² Presenta manifestaciones clínicas muy diversas, por lo que es conocida como “la gran simuladora”.³

La sífilis puede ser congénita (precoz o tardía), adquirida precoz (primaria y secundaria) o adquirida tardía (terciaria).⁴ La congénita es la que se produce por el contagio de la madre al hijo en la vida intrauterina, y puede provocar abortos, muerte del feto después del quinto mes de gestación y manifestaciones en el recién nacido, tales como pseudoparálisis de Parrot, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, tibias en sable, frente olímpica y fisuras periorales.

La sífilis primaria comprende el llamado complejo primario sifilítico, que consta del chancro y de su adenopatía satélite, y aparece en el sitio de inoculación. Dentro de la localización extragenital del chancro primario, la cavidad oral es uno de los lugares más comunes.⁵ El secundarismo sifilítico comienza entre la segunda y la octava semana de infección, con lesiones orales tipo máculas eritematosas, placas opalinas, pápulas, fisuras, condilomas sifilíticos, depilación lingual, queilitis angular y angina sifilítica.^{6,7}

Tras este período, el paciente entra en etapa de latencia, durante la cual el diagnóstico solo puede hacerse mediante pruebas serológicas. Este período se divide, a su vez, en latente precoz y en latente tardío.

La sífilis terciaria consiste en la aparición de manifestaciones clínicas, aparentes o inaparentes, que se desarrollan en más de un tercio de los pacientes no tratados y cuya base patológica son las alteraciones en los *vasa vasorum* (aortitis sifilítica, aneurisma aórtico, estenosis de las coronarias) neurolúes y las lesiones características denominadas gomas.^{8,9}

Para el diagnóstico de la sífilis, tradicionalmente se cuenta con dos grupos de pruebas: directas e indirectas. Las primeras son por visualización del treponema, mediante microscopía en campo oscuro y por fluorescencia directa (IFD). Las indirectas se dividen, a su vez, en pruebas no treponémicas –como VDRL (*venereal disease research laboratory test*) y RPR (*rapid plasma reagin*)– y las pruebas treponémicas –como FTA-ABS (*fluorescent Treponemal antibody absorption*) o MHA-TP (*microhemaglutinación para T. pallidum*)–.^{10,11} El método VDRL es el más recomendado cuando se aplica al líquido cefalorraquídeo o al suero, el más económico y está fácilmente disponible en los laboratorios de las unidades de atención primaria de la salud.⁹

El objetivo de este trabajo es exponer un caso clínico de secundarismo sifilítico restringido a la cavidad oral.

Caso clínico

Se presentó a la consulta un paciente masculino de 24 años, estudiante, procedente de la ciudad de

Joaquín V. González, provincia de Salta. Fue derivado a la Unidad de Estomatología del Hospital Señor del Milagro de Salta por pápulas indoloras, blanquecinas, en mucosa de paladar, de lengua y mucosa yugal, de una semana de evolución, sin antecedentes personales patológicos.

Como antecedente, refirió relaciones sexuales sin protección. Al examen clínico cutáneo, no se observaron lesiones ni presencia de poliadenopatías. El paciente informó antecedentes de lesiones genitales de tres días de duración, que desaparecieron 15 días antes de la consulta.

En la inspección clínica intraoral se observó una pápula de coloración blanco nacarado e indolora a la palpación que se extendía en el paladar duro a nivel de rafe medio en forma de herradura, y lesiones similares en zona de mucosa yugal del tercio posterior izquierdo y en retrocomisura, mucosa labial y cara ventral de lengua (figs. 1-3). No se palparon adenopatías cervicales, occipitales, axiales ni inguinales. El diagnóstico presuntivo fue sífilis secundaria.

Se solicitaron los estudios serológicos VDRL cuantitativo y MHA-TP, y se sugirió test de Elisa para virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), a fin de ampliar el protocolo de infecciones de transmisión sexual (ITS). VDRL arrojó de 1:64 dils y la prueba de MHA-TP fue reactiva. Otras pruebas serológicas realizadas (como Ag HBs, Ac HBc total, anti VHC y VIH) resultaron no reactivas.

El paciente fue derivado al Servicio de Infectología, donde fue medicado con una dosis de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI (IM). Se realizó control clínico a los 21 días de tratamiento, con una notable mejoría (figs. 4-6). El control serológico tuvo lugar a los 3 meses, cuando la titulación bajó a 1:8 dils. Lamentablemente, no fue posible contactar a las parejas sexuales del paciente para efectuar su control y tratamiento.

Discusión

Las lesiones orales de las enfermedades venéreas son muy frecuentes.³ Sin embargo, son subdiagnosticadas debido a la inexperiencia de los profesionales sobre conceptos básicos de medicina oral. Debemos recordar que a esta enfermedad se la conoce como “la gran simuladora”, y que las lesiones orales tienden a confundirse con otro tipo de lesiones, como aftas severas, leucoplasias, muguet y úlceras traumáticas crónicas, entre otras.

El diagnóstico de certeza de cualquier estadio de sífilis se basa en los datos clínicos confirmados por las pruebas de laboratorio. El papel de la anamnesis

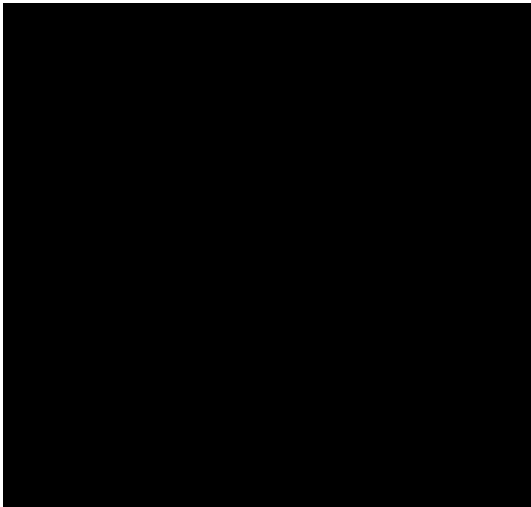


Figura 1. Placa blanca nacarada indolora en forma de herradura que asienta en paladar duro.

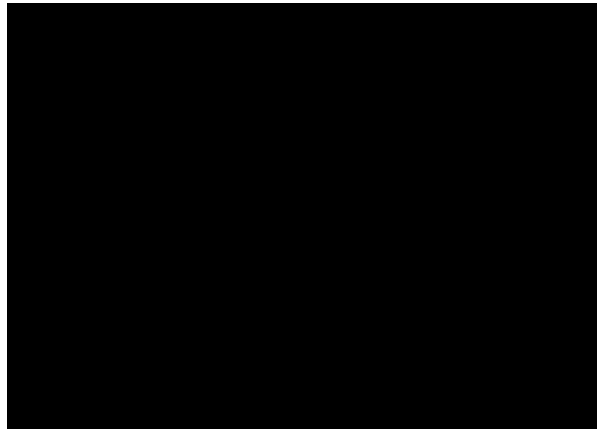


Figura 4. Control a 21 días del tratamiento.



Figura 2. Lesiones erosivas que asientan sobre placa blanca, en sectores anterior y posterior de mucosa yugal izquierda.

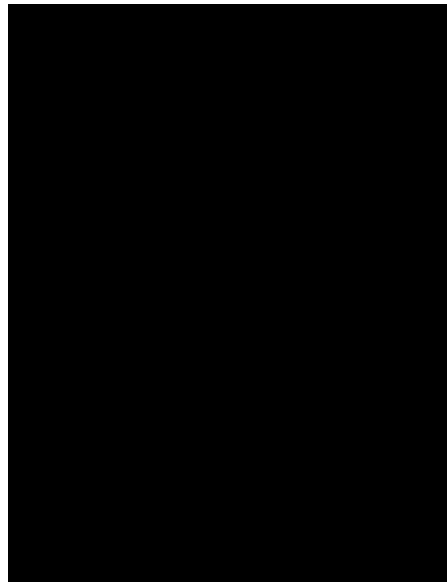


Figura 5. Evolución de lesiones erosivas de carrillo a los 21 días.

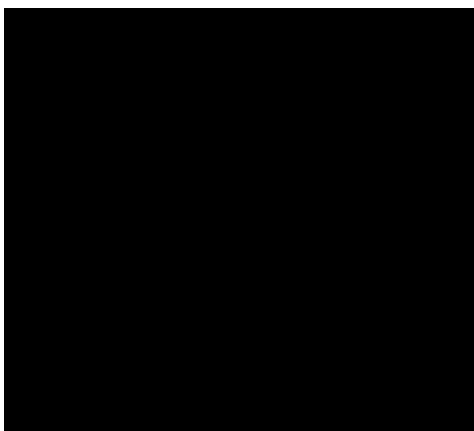


Figura 3. Placas opalinas que se extienden en bordes laterales y punta de lengua.

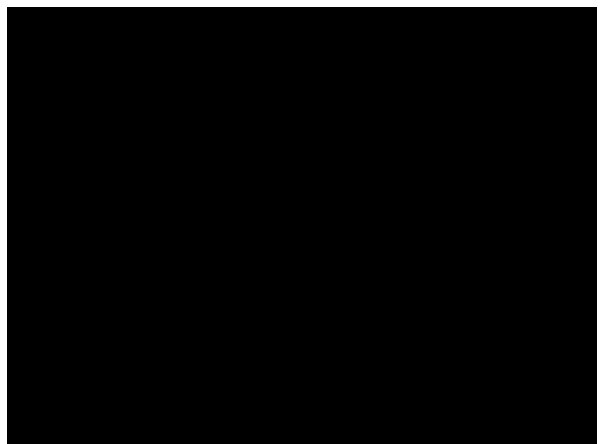


Figura 6. Aspecto de bordes laterales y punta de lengua post-tratamiento.

es muy importante para el diagnóstico presuntivo, dada la necesidad de indagar sobre lesiones previas intra- y extraorales (como chancro de inoculación).

En la etapa secundaria de la sífilis puede haber manifestaciones en áreas de mucosa y piel. Las erupciones cutáneas se desarrollan como máculas simétricas rosadas o rojas que pueden evolucionar hacia la forma papular,¹² o como condilomas planos genitales, alopecia difusa y lesiones palmo-plantares. En el caso clínico presentado, el paciente carecía de lesiones cutáneas, lo cual hizo que fuera mayor el desafío del diagnóstico.

Las manifestaciones orales de la enfermedad son variables. En esta fase es común la aparición de manchas o placas mucosas ligeramente elevadas y cubiertas por pseudomembranas blancas o grisáceas, elevadamente contagiosas,¹³ fisuras, condilomas y áreas eritematosas y atróficas, por lo que un rápido diagnóstico disminuye el riesgo de transmisión.

Los exámenes serológicos en combinación con un examen clínico completo son fundamentales para el diagnóstico de la enfermedad. El tratamiento empírico previo al diagnóstico puede dificultar su identificación y promover su diseminación.¹⁴

El tratamiento de primera línea es con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular (única dosis) en pacientes inmunocompetentes;¹¹ y régimen alternativo de doxiciclina (100 mg cada 12 horas) por 14 días, ceftriaxona intramuscular (1 g cada 24 horas) por 10 a 14 días o azitromicina (2 g por día), que pueden ser utilizados en pacientes alérgicos a la penicilina.¹⁵ En algunos pacientes es necesario recurrir a la desensibilización a la penicilina.¹⁶ Además, los períodos extensos de latencia pueden dar la falsa impresión de tratamiento exitoso. Así, es importante también un seguimiento serológico para la confirmación del éxito del tratamiento, que ocurre cuando el título baja cuatro veces respecto del título de partida.

La incidencia de esta enfermedad, al igual que la de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), ha aumentado debido al VIH: ha sido descripta una prevalencia de hasta el 70% de esta afección en pacientes portadores del VIH.¹⁷ Es por ello que, ante resultados positivos, es preciso sugerirle al paciente que realice otras pruebas serológicas de enfermedades de transmisión sexual (como HIV, hepatitis B y hepatitis C).

El presente trabajo busca alentar a los profesionales odontólogos a enriquecer sus conocimientos de medicina oral, así como a estimular la importancia del trabajo interdisciplinario para el bienestar de los pacientes.

Conclusión

Debido a sus numerosas manifestaciones bucales en sus diferentes estadios, debe considerarse la sífilis en el diagnóstico diferencial de muchas lesiones que asientan en boca. Es responsabilidad de nuestro accionar profesional realizar un diagnóstico oportuno y precoz, a fin de evitar su progresión y diseminación.

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Referencias

- Burstein Z. Sífilis venérea (lúes). *Rev Peru Med Exp salud pública*, 2003;20:174-6.
- Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina. Un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16:209-10.
- Vera I, Fernández P, Leiro V, Bermejo A. Chancros sífilíticos en el nuevo milenio: 217 (casos) razones para pensar en sífilis. *Dermatol Argent* 2012;18:442-51.
- Moreira KC, Pavan V, Huaman Garaicoa F. Sífilis secundaria: lesiones orales como única manifestación. Informe de caso en adolescente. *Rev Asoc Odontol Argent* 2015;103:168-72.
- Estrada S. Las pruebas rápidas en la promoción, prevención y diagnóstico de la sífilis. *Asoc Colom Infect* 2008;12:287-96.
- Ceccotti E, Sforza R. *El diagnóstico en clínica estomatológica*. 1ª ed., Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 2007, pp. 178-84.
- Ziegler B, Booken N. Papulonodular Syphilis. *N Engl J Med* 2013;368:561.
- Díaz M, Carbo E, Guardati M, Reyes M, Weidmann J, Elitte M, et al. Sífilis secundaria en cavidad oral. Reporte de dos casos. *Rev Argent Dermatol* 2008;89:237-41.
- Mejía A, Bautista C, Leal L, Ayala C, Prieto F, De la Hoz F, et al. Syphilis infection among female sex workers in Colombia. *J Immigr Minor Health* 2009;11:92-8.
- Paterman T. The resurgence of syphilis among men who have sex 13 with men. *Curr Opin Infect Dis* 2007;20:54-9.
- Hook E, Behets F, Van Damme K, Ravelomanana N, Leone P. A phase III equivalence trial of azithromycin versus benzathine penicillin for treatment of early syphilis. *J Infect Dis* 2010;201:1729-35.
- Bruce A, Rogers R. Oral manifestations of sexually transmitted diseases. *Clin Dermatol* 2004;22:520-7.
- Ulmer A, Fierlbeck G. Images in clinical medicine. Oral manifestations of secondary syphilis. *N Engl J Med* 2002;347:1677.
- Souza B. Manifestações clínicas orais da sífilis. *RFO UPF* 2017;82-5.
- Carrada Bravo T. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. *Rev Fac Med UNAM* 2003;46:236-42.
- Castro Mora S, Guzmán Pérez D. Manifestaciones bucales por sífilis secundaria. Reporte de un caso clínico. *Rev Cient Odontol Costa Rica* 2015;11:24-9.

17. Blank L, Rompalo A, Erbelding E, Zenilman J, Ghannem K. Treatment of syphilis in HIV-infected subjects. A systematic review of the literature. *Sex Transm Infect* 2011;87:9-16.

Contacto:
IGNACIO MOLINA ÁVILA
i_molinaavila@hotmail.com
Juramento 453 (A4400AFI)
Salta, Argentina