

*Estudio retrospectivo realizado en un hospital Salta*

# Prevalencia de manifestaciones orales de sífilis

Por Ignacio Javier Molina Ávila<sup>1</sup>, Juan Martín Pimentel Sola<sup>2</sup>, Agustina Constanza Ale<sup>3</sup>, Marina Julieta Paz Sosa<sup>3</sup>

1. Unidad de Estomatología, Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina.

2. Centro de Salud N° 45. Salta, Argentina.

3. Servicio de Odontología, Hospital San Bernardo. Salta, Argentina.

Correspondencia: Ignacio Molina Ávila: i\_molinaavila@hotmail.com

**El conocimiento de las lesiones orales de sífilis es importante para odontólogos y médicos, que deben considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de toda lesión que asiente en boca.**

El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de las manifestaciones orales de sífilis en la población que concurrió al Hospital Señor del Milagro de Salta (Argentina) entre 2013 y 2016, discriminando las diferentes lesiones sifilíticas orales e identificando la distribución demográfica.

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo en el período julio 2015-julio 2016. La población estuvo constituida por 577 pacientes que concurrieron a la consulta con lesiones estomatológicas. La fuente de datos obtenidos se extrajo de historias clínicas y se realizó análisis con Epi Info de estadística descriptiva.

La prevalencia de pacientes con lesiones sifilíticas fue de 7,45%, una media de 31,4 años, siendo 69,8% masculinos y 76,7% proveniente de Salta capital. El 90% de las lesiones sifilíticas respondieron a secundarismo, presentándose en paladar como lugar de preferencia y siendo la pápula la lesión más representativa.

## Introducción

La sífilis es una treponematosi humana producida por el *Treponema pallidum* de Shaudin-Hoffman (1905), microorganismos de biología particular que poseen atributos pertenecientes tanto a las bacterias como a los protozoos<sup>1</sup>.

Esta enfermedad se transmite por relaciones sexuales, vía transplacentaria, contacto accidental con las lesiones, transfusión de sangre cuando el donante está en fase temprana de la enfermedad. Tiene manifestaciones clínicas muy diversas, por eso la llaman La Gran Simuladora<sup>2</sup>.

La sífilis se clasifica en: congénita (precoz o tardía), adquirida precoz (primaria y secundaria), adquirida tardía (terciaria)<sup>3</sup>. La congénita se produce por el contagio de la madre a su hijo en la vida intrauterina, pudiendo provocar la muerte del feto y abortos después del quinto mes de gestación. La sífilis primaria comprende el llamado complejo prima-

rio sifilítico que consta del chancro y de su adenopatía satélite. El chancro aparece en el sitio de inoculación. Dentro de la localización extra genital, la cavidad oral es uno de los lugares más comunes<sup>4</sup>. El secundarismo sifilítico comienza entre la segunda y octava semana, con presencia de lesiones orales tipo manchas eritematosas, placas opalinas, pápulas, fisuras, condilomas sifilíticos, depilación lingual, queilitis angular, angina sifilítica<sup>5</sup>.

Tras la sífilis secundaria, el paciente entra en un período latente durante el cual el diagnóstico sólo se puede hacer mediante pruebas serológicas. Este período se divide, a su vez, en latente precoz y latente tardío<sup>6</sup>. La recaída de una sífilis secundaria es

y las lesiones características denominadas gomas<sup>6,7</sup>.

Para el diagnóstico de la sífilis, tradicionalmente, se cuenta con tres grupos de pruebas: por examen directo, mediante microscopía en campo oscuro y por fluorescencia directa; mediante serología y por cultivo en células epiteliales de conejo. Por serología se tienen dos tipos de pruebas, las 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 como MHA-TP (Microhemaglutinación para *T. pallidum*)<sup>10</sup>. El método VDRL es la técnica recomendada cuando se aplica al líquido cefalorraquídeo o el suero, es más económica y está fácilmente disponible en los laboratorios de las unidades de atención primaria de la salud<sup>9</sup>.

Unidad de Estomatología se pudo observar una mayor frecuencia de pacientes con lesiones bucales compatibles con manifestaciones orales de sífilis. Llamando la atención la cantidad de consultas previas que los mismos realizaron a distintos profesionales de la salud, sin advertir la implicancia de las mismas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 9 millones de casos nuevos de sífilis transmitida sexualmente ocurren anualmente en el mundo, distribuidos así: 100.000 casos en Norteamérica, 3 millones en Latinoamérica y el Caribe, 140.000 en Europa del este, 370.000 en África del norte y del medio este, 4 millones en el África subsahariana, 100.000 en el este de Europa y Asia central, 240.000 en el este de Asia y el Pacífico, 4 millones en el sur y sureste asiáticos y 10.000 en Australia y Nueva Zelanda<sup>10,11</sup>.

Aun en regiones como Europa del este, donde se consideraba que la sífilis había sido controlada, se encontró que su incidencia había aumentado, especialmente en el grupo de hombres que tiene sexo con hombres<sup>12</sup>.

En muchos países en desarrollo la sífilis permanece como la principal causa de complicaciones durante el embarazo. En casi todos los países existe una política de ofrecer tamización para sífilis durante la gestación; sin embargo, menos del 30% de las mujeres embarazadas en el África subsahariana son tamizadas<sup>15</sup> y en Bolivia sólo el 17% había sido tamizada para sífilis durante el embarazo<sup>14</sup>.

Según el programa para la atención a las infecciones de transmisión sexual (ITS), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (ITS-SIDA), en la provincia de Salta se reportaron 2392 casos de sífilis desde septiembre de 2012 a septiembre de 2015. Los datos fehacientes de la provincia son difíciles de obtener debido a la coordinación de las distintas fuentes que aportan estos datos y a la protección de identidades que el estado debe garantizar.

Todas estas cifras demuestran claramente el impacto de la sífilis como

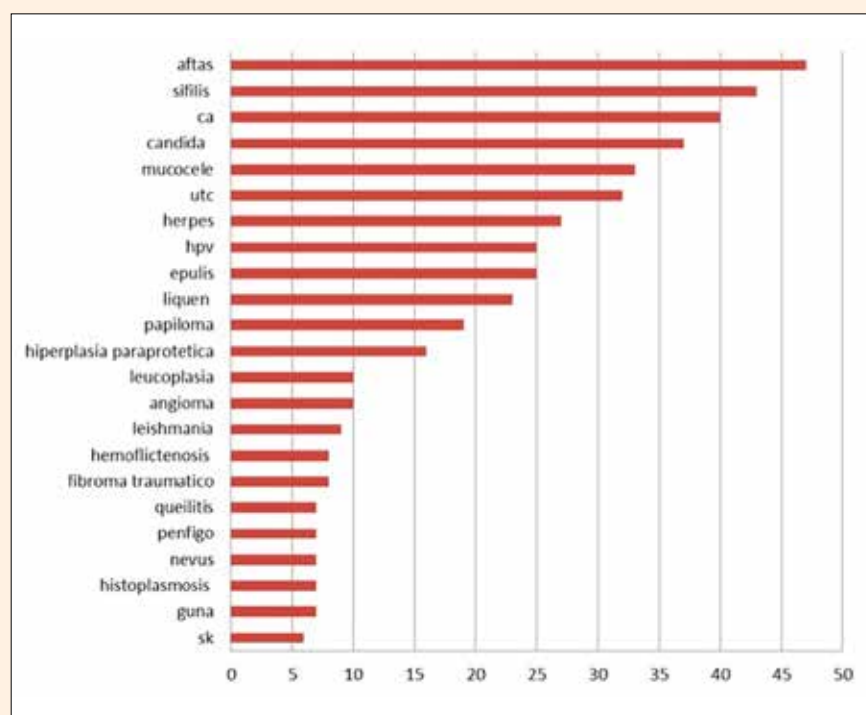


Gráfico 1. Frecuencia de patologías estomatológicas en la Unidad de Estomatología julio 2013-2016 (n=577).

más probable en esta fase precoz y se produce como consecuencia de una disfunción inmunológica. La sífilis tardía se refiere a 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 la vasa vasorum

El tratamiento más utilizado es la dosis única de bencilpenicilina benzatina de 2.4 millones de unidades, por vía intramuscular. En los enfermos alérgicos a la penicilina se ha recomendado aplicar doxiciclina o tetraciclinas, por dos semanas<sup>8</sup>.

Durante este último periodo en la

# Ah-Kim-Pech®

## ORTHODONTICS

### LA DIFERENCIA RADICA EN LOS DETALLES

- Torque en la base para alinear el slot y mejorar el acabado.
- Slot de baja fricción para lograr un mecanismo de deslizamiento de gran calidad.
- Gancho inclinado hacia el eje del diente para un práctico ligado y facilitar la colocación de elásticos y la higiene periodontal.
- Línea central milimétrica para colocar el bracket con mayor precisión.
- Códigos de identificación que permiten la correcta colocación en la cementación.



STYLUS®

PREMIUM QUALITY PRODUCTS

mini 2G®  
ROTH CLASSIC

INNOVACIÓN DE PRINCIPIO A FIN

[www.ahkimpech.com](http://www.ahkimpech.com) [/AhKimPechMX](https://www.facebook.com/AhKimPechMX) [@AhKimPechMX](https://twitter.com/AhKimPechMX)

© Derechos Reservados 2015. "Centro de Distribución Ahkimpech, S.A. de C.V." Queda prohibido copiar, reproducir, distribuir, publicar, transmitir, difundir, o en cualquier modo explotar cualquier parte de este material sin la autorización previa por escrito de "Centro de Distribución Ahkimpech, S.A. de C.V." y/o de sus respectivos autores.



\*Este producto ha sido fabricado bajo los controles establecidos por un Sistema de Gestión de Calidad aprobado por Bsi. Certificación conforme a los requisitos de la norma ISO 13485:2003, certificado de BSI N° FM 621265 e ISO 9001:2008, certificado de BSI N° FM 621266.\*

SOMOS PARTE DE

 LAS MEJORES  
EMPRESAS  
MEXICANAS®

ORGULLOSO GANADOR 2017

una enfermedad vigente y su gran dimensión en todo el mundo<sup>15</sup>.

Debido al resurgimiento de esta patología, es clave para el odontólogo el conocimiento de las manifestaciones clínicas, ya que puede orientar al paciente hacia el diagnóstico y rápido tratamiento.

Teniendo en cuenta las implicancias infecto-contagiosas, consideramos importante esclarecer ¿cuál fue la frecuencia de pacientes con manifestaciones orales de sífilis que asistieron a la Unidad de Estomatología en el periodo 2013-2016. Conocer estos datos contribuiría al sistema de salud a generar diferentes programas para abordar la temática, como por ejemplo programas de capacitación, identificación de áreas demográficas vulnerables, así como extender la declaración de dicha enfermedad al ámbito privado, etc.

En respuesta a diferentes inquietudes se plantearon los siguientes objetivos:

- Determinar la prevalencia de las manifestaciones orales de sífilis en la población que concurrió al Hospital Señor del Milagro período comprendido entre Julio de 2013 y Julio de 2016.
- Identificar la distribución demográfica, edad y sexo de la población en investigación.
- Discriminar las diferentes lesiones sifilíticas en cavidad bucal de la población involucrada.

### Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo. Período Julio 2013-Julio 2016.

La población estudiada estuvo constituida por 577 pacientes mayores de 15 años que concurrieron a la consulta de la Unidad de Estomatología del Hospital Señor del Milagro, ciudad de Salta, Argentina, presentando lesiones orales, según constó en la historia clínica. Se excluyó a todo paciente cuya historia clínica estomatológica no posea lesión de ningún tipo en cavidad oral, y a menores de 15 años.

Se identificaron quienes presentaron lesiones orales compatibles con manifestaciones de sífilis. Cabe aclarar que la confirmación de sífilis fue por MHA-TP (microhemaglutinación para *T. pallidum*) previa VDRL+. O/y Fondo oscuro, según quedó asentado en historia clínica.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, localidad, profesional derivador, consultas previas, tipo de lesión y ubicación de las lesiones.

Los datos fueron relevados en una planilla tipo Excel confeccionada para tal fin, quedando resguardada la confidencialidad y privacidad de los individuos que participaron en el estudio.

Se realizó estadística descriptiva y se efectuó análisis con Epi Info.

El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Señor del Milagro y la Comisión Provincial de Investigación en Ciencias de la Salud de la provincia de Salta.

### Resultados

La población estuvo constituida por un total de 577 pacientes, con una media de 42,7 años. No se registró una diferencia significativa entre ambos sexos. La prevalencia de lesiones orales de sífilis fue de 7,45%. La mayoría de los pacientes fueron de Salta capital. No se encontró dife-

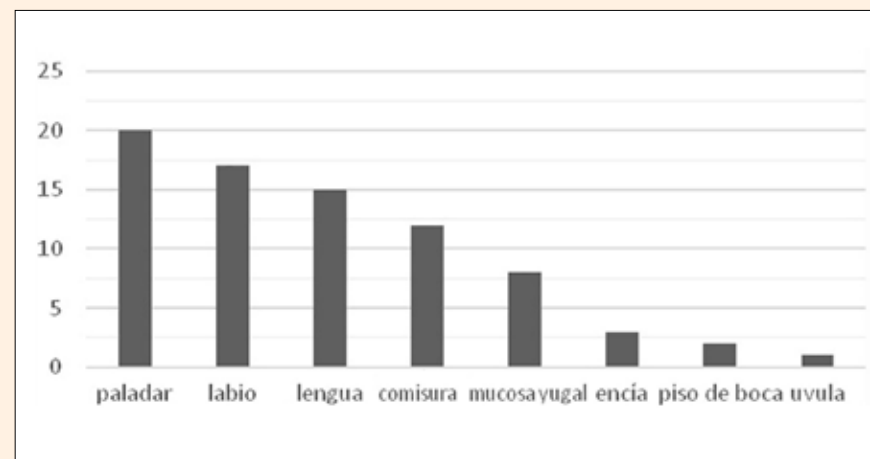


Gráfico 2. Localización de lesiones sifilíticas en cavidad oral (n=43).

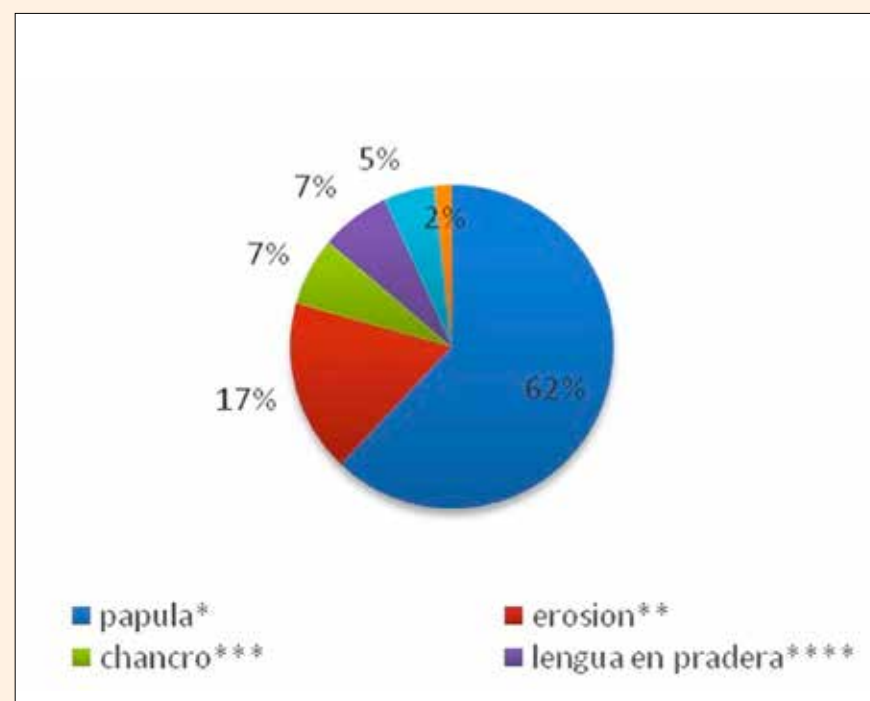


Gráfico 3. Porcentaje de diferentes lesiones sifilíticas (n=43).

rencia significativa entre el número de derivaciones médicas y odontológicas (Tabla 1).

La frecuencia de lesiones de aftas fue la más representativa seguida por lesiones de sífilis (Gráfico 1).

Con respecto a los pacientes con lesiones orales de sífilis, se pudo observar que la media de edad fue 31,46 años (Tabla 2). El 76,74% proveniente de Salta capital, existiendo una diferencia significativa en el género masculino 69,8% ( $p=0.004$ ) (Tabla 3). El 90,7% de las lesiones correspondieron a secundarismo sifilítico, siendo el paladar el lugar de predilección (Gráfico 2).

La lesión sifilítica más representativa fue la pápula en el 62% de los casos (Gráfico 3).

Se observó una mayor tendencia de derivaciones médicas sobre las odontológicas (Tabla 4), siendo 2 el promedio de consultas previas.

### Discusión

A pesar de que la sífilis es una enfermedad de declaración obligatoria, fue un inconveniente hallar publicaciones que relacionen las manifestaciones orales de esta patología con la prevalencia de la enfermedad en la población. El referente más aproximado fue un trabajo que hace referencia a prevalencia e incidencia de

observó una incidencia del 10.9% de nuevos casos reportados de sífilis donde la edad fue de 20 a 29 años para hombres y de 20 a 24 años para mujeres<sup>19</sup>. El 75% de estos nuevos casos fueron hombres<sup>20</sup>; no muy alejado de estos datos, en nuestro estudio se observó que el sexo masculino duplicó al femenino y similares hallazgos se observaron en estudios de Vall Mayans y Leuci<sup>21,22</sup>. Cabe destacar que en la población en general los valores de ambos sexos fueron equivalentes. En contradicción a esta tendencia etaria, en 2013 surgió el reporte de un caso que evidenció el incremento de sífilis en la tercera edad, debido a la llegada del fármaco utilizado para la disfunción eréctil (sildenafil) desde 1998 y cuya popularidad y uso se fue incrementando en todo el mundo, circunstancia que aumenta la dificultad del diagnóstico y revela la importancia de indagar en profundidad durante la anamnesis en la confección de la historia clínica<sup>23</sup>.

La manifestación de sífilis secundaria se observó en un porcentaje mayor respecto de la primaria, donde la lesión más representativa fue la pápula sifilítica concordando con otros estudios<sup>20,24</sup>. La localización más frecuente se registró en el paladar, discrepando del estudio de Leuci y cols., donde el lugar más habitual registrado fue la lengua. En el mismo estudio de Estados Unidos se menciona que, si bien las lesiones orales son menos comunes e incluso menos ruidosas que las de piel, las manifestaciones orales se presentan en todas las etapas de la sífilis, incluso en ocasiones como única lesión y manifestación de la enfermedad, como es el caso publicado<sup>25</sup>. Esto remarca la importancia de reconocer y sostener a la sífilis como un diagnóstico diferencial ante una manifestación oral compatible<sup>25</sup>. La presencia de sífilis secundaria implica un período de latencia variable<sup>8,9,26</sup>, donde el paciente neófito de su condición general es portador y trasmisor de esta enfermedad<sup>27</sup>. Esto sugiere que la lesión primaria no fue percibida por el paciente y/o no diagnosticada por el profesional. Como lesión primaria extra-genital, el chancro en nuestro estudio se presentó en el 7% (n4) de los casos; concordando con la literatura, el labio fue el sitio de predilección y un caso se presentó en paladar<sup>28,29</sup>. Debido a la naturaleza del estudio no se puede precisar si se trata del labio superior o inferior para corroborar la preferencia que manifiesta la bibliografía; labio inferior en mujeres y superior en hombres<sup>20</sup>.

Con respecto al profesional derivador en la población general, se puso en manifiesto una leve tendencia de derivaciones realizadas por odontólogos. Sin embargo, en relación a las lesiones sifilíticas existió una diferencia significativa ( $p=0.005$ ), donde el profesional médico fue el mayor agente derivador. Teniendo en cuenta que la media de consultas previas, más allá del profesional que realizó la derivación, fue similar,

sífilis en distintas poblaciones, con datos obtenidos a partir de la notificación de la enfermedad ya establecida y diagnosticada<sup>16</sup>, difiriendo de los objetivos de este trabajo, donde se busca observar las manifestaciones orales de sífilis como sugerentes al diagnóstico precoz.

Asimismo, se pudo observar que los pacientes con sífilis presentaban un promedio de edad de 31 años, concordando con estudios similares como el de Barboza y Contreras<sup>17,18</sup>, siendo este promedio una década inferior al de la edad de la población total estudiada. La tendencia de esta disminución etaria continúa. En Estados Unidos, durante 2012-2013 se



CROIXTURE

PROFESSIONAL MEDICAL COUTURE



NEW COLLECTION

EXPERIENCE OUR ENTIRE COLLECTION AT [WWW.CROIXTURE.COM](http://WWW.CROIXTURE.COM)

esto conlleva a analizar diferentes interrogantes en relación al agente derivador y/o fundamentar el motivo por el cual realiza la derivación; esto es, si el profesional considera que no pertenece a su especialidad, desconoce la patología o bien ante el reconocimiento considera la derivación a un centro especializado para su diagnóstico de certeza y adecuado tratamiento. En lo que refiere a las manifestaciones orales de sífilis, es menester brindar las armas a los distintos profesionales para su reconocimiento, ya que tanto el profesional médico como odontológico pueden y deben iniciar los análisis correspondientes para el diagnóstico, así como desencadenar una articulación del sistema de salud a fin del que el paciente concrete el diagnóstico y obtenga respuesta y resultado en un corto período de tiempo. El punto de inicio de reconocer la lesión constituye el eje fundamental para que el equipo de salud y el sistema sanitario de control despliegue su accionar.

La problemática de notificación y el abordaje del paciente con sífilis no son exclusivos de nuestra provincia. Tal como se manifiesta en la bibliografía<sup>21</sup>, existe la necesidad de impartir capacitación referente al diagnóstico, epidemiología y tratamiento de todas las enfermedades de transmisión sexual y perfeccionar el sistema de vigilancia epidemiológica con adecuado apoyo logístico y financiero<sup>25</sup>.

La expresión de la prevalencia de sífilis en América Latina marca el piso de las enfermedades de transmisión sexual y las políticas actuales confluyen su atención al VIH<sup>2</sup>. La relación de la sífilis y el VIH viene siendo ampliamente estudiada desde la década del ochenta; la relación entre ambas patologías es compleja y es sabida las probabilidades de co-trasmisión<sup>2,19,30</sup> así como la probabilidad de más de un 70% de padecer sífilis en pacientes con VIH que el resto de la población. También se han descrito falsos positivos y falsos negativos de sífilis a las pruebas serológicas no treponémicas cuando son pacientes con VIH<sup>22</sup>, e incluso en otras circunstancias que trastornen la autoinmunidad, el envejecimiento, el consumo de drogas parenterales, entre otros<sup>21</sup>. Es amplia la bibliografía y discusión respecto al laboratorio más adecuado, e incluso métodos treponémicos han dado falsos positivos cuando han sido utilizados como métodos de pesquisa en una población en general<sup>25</sup>. Ello nos hace reflexionar que, como cualquier patología, los estudios complementarios de laboratorio deben evaluarse conjuntamente con otros signos para determinar el diagnóstico. No es objeto de este estudio confirmar o refutar tales métodos, muy distante de ello este trabajo intenta inducir al clínico en el diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual muy presente a pesar de superar medio siglo de historia.



Figuras A, B, C. Pápula sifilítica. A: presencia de lesiones blancas nacaradas en cara ventral y punta de lengua. B: lesiones blancas con centro eritematoso ubicadas en paladar duro. C: lesión redondeada, indolora, opalina ubicada en paladar blando.



Figura D. Erosión: Lesión roja sangrante en paladar y comisura labial, secundarias a manchas opalinas



Figuras E, F, G. Chancro sifilítico. Lesión única, erosiva, de aproximadamente 0.5 cm. de diámetro, de bordes circunscriptos no despegados, con la superficie cubierta de una secreción serosa indoloro e indurado.



Figura H, I. Lengua en pradera segada. Zonas atróficas en cara dorsal de la lengua con presencia de papilaciones linguales.



Figuras J, Q, K. Angina sifilítica. Eritema activo en ítsmo de las fauces que se extiende hacia la laringe y puede provocar afonía.

VARIABLE	n = 577
Edad en años — m	42,7
Sexo masculino — n (%)	281 (48,7%)
Sexo femenino — n (%)	296 (51,3%)
Prevalencia de lesiones orales de sífilis	43 (7,45%)
Proveniente de Salta capital — n (%)	417 (72,3%)
Proveniente de Interior de Salta — n (%)	148 (25,6%)
Proveniente del resto del país — n (%)	5 (0,9%)
Extranjeros — n (%)	7 (1,2%)
Derivaciones médicas — n	209
Derivaciones odontológicas — n	275

Tabla 1. Datos de pacientes involucrados en estudio (n=577)

VARIABLE	n = 43 sífilis
Edad en años — m	31,46
Género Masculino — n (%)	30 (69,8%)
Género Femenino — n (%)	13 (30,23%)
Sífilis primaria — n (%)	4 (9,30%)
Sífilis secundaria — n (%)	39 (90,7%)
Proveniente de Salta capital — n (%)	33 (76,74%)
Proveniente de Interior de Salta — n (%)	10 (23,25%)

Tabla 2. Características de pacientes con sífilis (n=43)

Sífilis vs no sífilis		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
NO	recuento % dentro de sífilis vs no sífilis	251 47%	283 53%	534 100%
	SI	30 69.8%	13 30.2%	43 100%
Total	recuento % dentro de sífilis vs no sífilis	281 48.7%	296 51.3%	577 100%

Tabla 3. Distribución de pacientes con sífilis vs. sin sífilis por sexo (n=577).

Sífilis vs no sífilis		Agente derivador			
		Nin-guno	Odon-tólogo	Médico	Otros
NO	recuento % dentro de sífilis vs no sífilis	82 15.4%	262 49.1%	183 34.3%	7 1.3%
	SI	3 7%	13 30.2%	26 60.5%	1 2.3%
Total	recuento % dentro de sífilis vs no sífilis	85 14.7%	275 47.7%	209 36.2%	8 1.4%

Tabla 4. Distribución de paciente con sífilis vs sin sífilis según agente derivador (n=577).

Sífilis vs no sífilis		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Edad	No	534	43.618	18.1940	0.7873
	Si	43	31.465	11.6871	1.7823
Consultas previas	No	534	2.081	1.9223	0.0832
	Si	43	2.233	1.1920	0.1818

Tabla 5. Media de paciente sífilis vs no sífilis según edad y profesionales consultados previamente (n= 577).

**Conclusión**

Debido a sus numerosas manifestaciones bucales en sus diferentes estadios, debe considerarse a la sífilis en el diagnóstico diferencial de todas las lesiones que asientan en boca. Es nuestra responsabilidad profesional realizar en un diagnóstico oportuno y precoz que evite complicaciones y diseminación de la enfermedad.

Siendo la sífilis una enfermedad de declaración obligatoria, la información disponible es insuficiente al igual que su control epidemiológico. Este trabajo aporta los primeros datos obtenidos de lesiones estomatológicas compatibles con sífilis en la provincia de Salta y espera contribuir a la política sanitaria y futuras investigaciones en la temática.

**Agradecimientos**

Dr. Néstor Fortuny, Jefe del área de Bacteriología, Hospital Señor del Milagro.

Dr. Emilio Buschiazzo, Médico Reumatólogo, Hospital Señor del Milagro.

Prof. Dr. Eduardo L. Ceccotti, Estomatólogo. Académico de Número de la Academia Nacional de Odontología. DT



**REGISTER FOR AAPD 2018**  
 May 24-27, 2018, Honolulu, Hawaii

**WHY ATTEND?**

- Premiere continuing education
- Over 250 exhibitors
- Content presented by the best in the world of pediatric dentistry
- Opportunity to network with colleagues and friends

Aloha Fest Welcome Reception is not to be missed!

AMERICA'S PEDIATRIC DENTISTS  
**THE BIG AUTHORITY on little teeth®**