



Sífilis, la gran simuladora. Reporte de un caso

Nicolás Leonardi,* René Luis Panico,[§] Ricardo Caciva[¶]

* Odontólogo. Profesor JTP Cátedra Clínica Estomatológica Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud.

[§] Doctor en Odontología. Profesor Titular de la Cátedra de Estomatología «A» de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Estomatológica, Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud.

[¶] Doctor en Odontología. Profesor adjunto Cátedra Clínica Estomatológica, Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud. Profesor Asistente de la Cátedra de Estomatología «A» de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Objetivo: Presentar un caso clínico de sífilis secundaria de localización bucal. **Caso clínico:** Hombre de 62 años, residente de la ciudad de Córdoba, Argentina, derivado al Servicio de Estomatología de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, con lesiones orales de tres semanas de evolución y supuesto diagnóstico de estomatitis aftosa. Clínicamente se observaron múltiples lesiones en la cavidad bucal localizadas en mucosa labial inferior, zona retrocomisural, cara ventral de lengua, tercio posterior de paladar blando y amígdalas, placas blancas de aspecto opalino compatibles con pápulas sífilíticas, dolorosas con adenopatías submaxilares y occipitales bilaterales positivas e indoloras. El diagnóstico presuntivo fue de sífilis secundaria. Se solicitaron estudios serológicos confirmando la presunción diagnóstica. El paciente fue derivado al Servicio de Infectología del Hospital Rawson donde recibió el tratamiento correspondiente. **Conclusiones:** Las lesiones bucales de las enfermedades venéreas son muy frecuentes. Sin embargo, son subdiagnosticadas debido a la inexperiencia de los profesionales sobre conceptos básicos de medicina bucal. Es importante recordar que a esta patología se la conoce como «la gran simuladora», y que las lesiones bucales tienden a confundirse con otro tipo de lesiones. El diagnóstico precoz en conjunto de un tratamiento oportuno puede evitar la transmisión de la enfermedad y así prevenir sus complicaciones.

Palabras clave: Sífilis, *Treponema pallidum*, cavidad oral.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Su

aparición en la cavidad bucal va a depender de dos factores: la virulencia de la bacteria y la respuesta inmune sistémica del huésped. En su estadio inicial, puede manifestarse a nivel de la mucosa oral, lesiones ulcerativas como consecuencia del contacto directo con pacientes infectados.¹

Esta enfermedad se transmite por relaciones sexuales, vía transplacentaria, por contacto accidental con lesiones abiertas en boca, transfusión sanguínea teniendo en cuenta que el donante se encuentra en una fase temprana de la enfermedad y también por la falta de normas básicas de bioseguridad por parte del profesional en la atención de pacientes.² Presenta manifestaciones clínicas muy variadas que imitan otras enfermedades, lo que dificulta y retrasa el diagnóstico y tratamiento correcto, por lo que es conocida como «la gran simuladora».³

La sífilis progresa a través de diferentes etapas, puede ser congénita (precoz o tardía), adquirida precoz (primaria y secundaria) o adquirida tardía (terciaria). 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/o acompañado de 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 y ragadias sífilíticas.^{2,4}

La sífilis primaria comprende el llamado complejo primario sífilítico, 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 bucal es uno de los lugares más frecuentes.⁵ El secundarismo sífilítico comienza entre la segunda y la octava semana de infección, con lesiones orales tipo máculas eritematosas, placas opa-

Recibido: Septiembre 2019. Aceptado: Enero 2020.

Citar como: Leonardi N, Panico RL, Caciva R. Sífilis, la gran simuladora. Reporte de un caso. Rev Odont Mex. 2020; 24 (1): 59-65

© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, [Facultad de Odontología]. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam

linas, pápulas, fisuras, condilomas sífilíticos, de papilación lingual, queilitis angular y disfonía.^{6,7} Tras este periodo, el paciente entra en etapa de latencia, durante la cual el diagnóstico sólo puede hacerse mediante pruebas serológicas. Este periodo se divide, a su vez, en latente precoz y latente tardío.

La sífilis terciaria consiste en la aparición de manifestaciones clínicas, 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 sífilítica, 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*). 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.^{10,11}

La piel y las mucosas son activos participantes desde el inicio de la enfermedad. Su rápido reconocimiento y correcto tratamiento constituyen en la actualidad las principales herramientas para evitar la diseminación, ya que se calcula que entre el 16 y 30% de los individuos que tengan algún tipo de contacto sexual



Figura 2: Pápula sífilítica en zona retrocomisural de mucosa yugal.

Syphilitic papule in the retrocommissural area of the jugal mucosa.

con enfermos con lesiones activas durante los periodos primario o secundario de la enfermedad (periodos infectantes), la adquirirán dentro de los 30 días posteriores al contacto.^{12,13}

Por otro lado, el momento de aparición del periodo secundario va a depender de dos factores: la virulencia del *Treponema* y la respuesta sistémica del huésped. Desde el punto de vista patológico, los signos cutáneo-mucosos de la sífilis secundaria podrían interpretarse como la reacción local de tejidos muy susceptibles a la acumulación masiva de treponemas llegados por vía hemática.¹⁴

CASO CLÍNICO

Hombre de 62 años, residente de la ciudad de Córdoba Capital, Argentina. Derivado al Servicio de Estomatología por la presencia de «llagas» en la boca con diagnóstico presuntivo de estomatitis aftosa según colega. Respecto a los antecedentes personales patológicos, los datos de relevancia son intervención quirúrgica ocular por cataratas en el año 1967, exposición a fuentes de calor debido a su oficio de gasista, fumador activo desde los 18 años hasta la actualidad con una cantidad de 20 cigarrillos por día, dando un total de 321,200 cigarrillos fumados, consume alcohol diariamente (vino tinto) todas las noches al cenar, ocasionalmente consume mate y otras infusiones a temperatura caliente.

Al examen clínico se pueden observar múltiples lesiones en la cavidad bucal ubicadas en mucosa labial inferior, zona retrocomisural, cara ventral de lengua y tercio posterior de paladar blando y amígdalas, placas



Figura 1: Placa blanca de aspecto opalino, indolora que asienta en mucosa labial inferior.

Painless white opalescent plaque on lower lip mucosa.

blancas de aspecto opalino compatible con pápulas sifilíticas de tres semanas de evolución, dolorosas, con adenopatías submaxilares y occipitales bilaterales positivas e indoloras (*Figuras 1 a 4*). El diagnóstico presuntivo fue de sífilis secundaria.

Se solicitaron estudios serológicos complementarios de diagnóstico VDRL cuantitativo en diluciones (dils) y prueba treponémica específica (quimioluminiscencia), también se solicitó hepatitis B, C y VIH a fin de ampliar el protocolo de infecciones de transmisión sexual (ITS). VDRL arrojó un valor de 512 dils y la quimioluminiscencia de 20,92 considerando que a partir de uno ya es positiva, mientras que las demás pruebas serológicas resultaron no reactivas. A su pareja también se le solicitaron los respectivos estudios serológicos, dando como resultado una VDRL 1/1 dils y las demás pruebas negativas, no presentaba clínicamente lesiones al examen estomatológico y recibió también el tratamiento correspondiente.

Se realizó la correspondiente derivación del paciente al Servicio de Infectología del Hospital Rawson para recibir el tratamiento adecuado, donde fue medicado con una dosis de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular. A los 14 días postratamiento se controló al paciente observando una notable mejoría de las lesiones y prácticamente remisión de éstas. En la actualidad, el paciente debe asistir a control serológico a los tres meses de comenzado el tratamiento.

DISCUSIÓN

Las lesiones bucales de las enfermedades venéreas son muy frecuentes. Sin embargo, son subdiag-



Figura 3: Múltiples lesiones blancas nacaradas, elevadas y circunscriptas ubicadas en cara ventral de lengua.

Multiple raised, circumscribed white opalescent lesions on the ventral surface of the tongue.



Figura 4: Placas blancas afectando ambas amígdalas.

White plaques affecting both tonsils.

nosticadas debido a la inexperiencia de los profesionales sobre conceptos básicos de medicina bucal. Es importante recordar que a esta patología se le conoce como «la gran simuladora», y que las lesiones bucales tienden a confundirnos con otro tipo de lesiones, como aftas, leucoplasias, candidiasis, lesiones asociadas a irritación mecánica crónica oral, entre otras. El diagnóstico de certeza de la sífilis se basa en los datos clínicos confirmados por las pruebas de laboratorio. El papel de la anamnesis es fundamental para el diagnóstico presuntivo, dada la necesidad de indagar sobre lesiones previas intra- y extraorales (como chancro de inoculación).¹⁵

En el estadio secundario 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, o como condilomas planos genitales, alopecia difusa y lesiones palmoplantares. Las manifestaciones orales de la enfermedad son variables. En esta fase es común la aparición de manchas o placas ligeramente elevadas y cubiertas por pseudomembranas blancas o grisáceas, altamente contagiosas, 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 enmascarar o dificultar su diagnóstico y favorecer su diseminación. El tratamiento de primera línea es con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular a dosis única en pacientes inmunocompetentes y como 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. En algunos pacientes es necesaria la desensibilización a la penicilina. Además, los periodos extensos de latencia pueden dar la falsa expectativa de tratamiento exitoso, por este motivo es importante también un seguimiento serológico para la confirmación del éxito del tratamiento, que ocurre cuando el título baja cuatro veces respecto del título inicial.¹⁶

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

CONCLUSIÓN

Las lesiones bucales de las enfermedades venéreas son muy frecuentes. Sin embargo, son subdiagnosticadas debido a la inexperiencia de los profesionales sobre conceptos básicos de medicina bucal. Es importante recordar que a esta patología se la conoce como «la gran simuladora», y que las lesiones bucales tienden a confundirnos con otro tipo de lesiones. El diagnóstico precoz, en conjunto con un tratamiento oportuno, puede evitar la transmisión de la enfermedad y así prevenir sus complicaciones.

En la actualidad, es una enfermedad que está en un incremento exponencial, se le considera una emergencia epidemiológica, de la cual cada vez estamos viendo más casos, cuando se creía anteriormente que era una patología erradicada. Necesitamos fundamentalmente concientizar a la población y educar respecto a los diferentes métodos de protección en las relaciones sexuales.

También creemos que es importante la capacitación de los colegas profesionales de la salud en conocimientos de medicina oral y estimular el trabajo interdisciplinario.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Clinical case

Syphilis: the great simulator. A clinical case report

Nicolás Leonardi,* René Luis Panico,[§]
Ricardo Caciva[¶]

* Dentist. JTP Professor of Stomatology, Dentistry College, Faculty of Health Sciences.

§ Doctor of Dentistry, Professor of Stomatology «A» of the Faculty of Dentistry, National University of Cordoba, Argentina. Professor of Stomatology, Dentistry College, Faculty of Health Sciences.

¶ Doctor of Dentistry. Assistant Professor of Stomatology, Dentistry College, Faculty of Health Sciences. Assistant Professor of Stomatology «A» of the Faculty of Dentistry, National University of Cordoba, Argentina.

Catholic University of Cordoba, Argentina.

ABSTRACT

Objective: In this report we describe a clinical case of secondary syphilis located in the oral cavity. **Case report:** A 62-year-old male patient, resident of the city of Cordoba, Argentina, was referred to the Stomatology Service of the Faculty of Dentistry, at the National University of Cordoba, with oral lesions of three weeks of evolution and presumed diagnosis of aphthous stomatitis. Clinically, multiple lesions were observed in the mouth in the lower labial mucosa, the retro-commissural area, the ventral surface of tongue, and the posterior third of the soft palate and tonsils. The lesions were painful and looked like white plaques of opalescent appearance compatible with syphilitic papules. The patient also showed bilateral positive submandibular and occipital adenopathy, which was painless. The presumptive diagnosis was secondary syphilis. Serological studies were requested confirming the diagnosis. The patient was referred to the Infection Service at Rawson Hospital, where he received the appropriate treatment. **Conclusions:** Oral lesions due to venereal diseases are frequent but are underdiagnosed because of the inexperience of professionals on basic concepts of oral medicine. Syphilis is known as «the great simulator», so oral lesions caused by this pathology are often confused with other types of lesions. Early diagnosis and timely treatment can prevent the transmission of the disease and hence its complications.

Keywords: Syphilis, *treponema pallidum*, mouth.

BACKGROUND

Syphilis is a sexually transmitted disease caused by the spirochaete bacterium *Treponema pallidum*. Its occurrence in the oral cavity will depend on two factors, namely the virulence of the bacterium and the systemic immune response of the host. At its initial stage, it may appear at the level of the oral mucosa with ulcerative lesions as a result of direct contact with infected patients.¹

Syphilis is transmitted by sexual intercourse, across the placenta, by accidental contact with open mouth injuries, by blood transfusion when the donor is at an early stage of the disease, and also by the lack of basic biosecurity standards on the part of the professional in the care of patients.² The pathology shows varied clinical manifestations that mimic other diseases,