



Revista Habanera de Ciencias Médicas

ISSN: 1729-519X

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

González Quintana, Marysol; Vázquez Sánchez, Lídice; Espín Falcón, Julio César
Osteítis de calota por sífilis secundaria. Presentación de caso
Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol. 21, núm. 1, e4638, 2022, Enero-Febrero
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180473621007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

UDEM 

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Osteítis de calota por sífilis secundaria. Presentación de caso

Calvarial osteitis due to secondary syphilis. Case presentation

Marysol González Quintana^{1*}, Lídice Vázquez Sánchez², Julio César Espín Falcón³

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana,
Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana,
Facultad de Ciencias Médicas "Salvador Allende". La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de La Habana,
Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: marysolglez@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo

González Quintana M, Vázquez Sánchez L, Espín Falcón JC. Osteítis de calota por sífilis secundaria. Presentación de caso. Rev haban cienc méd [Internet]. 2022 [citado]; 21(1):e4638. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4638>

Recibido: 14 de Septiembre del año 2021
Aprobado: 12 de Enero del año 2022

RESUMEN

Introducción: La sífilis es una infección de transmisión sexual causante de grandes estragos durante toda la historia de la humanidad, en la actualidad su prevalencia es preocupante. El compromiso óseo en la sífilis secundaria puede preceder o seguir a las lesiones mucocutáneas y en algunos casos ocurrir como única manifestación.

Objetivo: Describir el caso clínico de un paciente con osteítis de calota en el curso de una sífilis secundaria, que permita a los profesionales de la salud asociar estas lesiones con las infecciones de transmisión sexual.

Presentación de caso: Paciente masculino de 33 años de edad, estado civil soltero, con antecedentes patológicos personales de ser portador del Virus del herpes simple oral desde los 24 años, quien asiste a la consulta por presentar cefalea frontal izquierda, opresiva, pulsátil, de inicio leve que se intensifica e irradia al oído homolateral. El examen físico, que incluyó el sistema nervioso, fue negativo. Se indicaron estudios imagenológicos y de laboratorio, los que evidenciaron la presencia de imágenes osteolíticas en región parietal izquierda próxima a la sutura sagital y pruebas serológicas positivas que confirman el diagnóstico de manifestaciones óseas de osteítis de calota por sífilis secundaria.

Conclusiones: Durante la sífilis secundaria el hueso del cráneo es el más afectado, al sufrir osteítis proliferativa. Es responsabilidad del personal de salud el diagnóstico oportuno y precoz de la enfermedad, a fin de evitar su progresión, morbilidad y posibles complicaciones.

Palabras Claves:

Sífilis, sífilis secundaria, osteítis.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a sexually transmitted infection that has caused great havoc throughout the history of mankind; currently, its prevalence is of great concern. Bone involvement in secondary syphilis may precede or follow mucocutaneous lesions and, in some cases, occur as the only manifestation of the disease.

Objective: To describe the clinical case of a patient with calvarial osteitis in the course of secondary syphilis to allow health professionals to associate these lesions with sexually transmitted infections.

Case presentation: Thirty-three-year-old male patient, single, with personal pathological antecedents of being carrier of the oral herpes simplex virus since he was 24 years old who attends the consultation due to left frontal, oppressive, throbbing headache of mild onset that intensifies and radiates to the ipsilateral ear. Physical examination, which included the nervous system, was negative. Imaging and laboratory studies were ordered; the imaging studies showed the presence of osteolytic images in the left parietal region near the sagittal suture, and the positive serological tests confirmed the diagnosis of bone manifestations of calvarial osteitis due to secondary syphilis.

Conclusions: In secondary syphilis, the skull bone is most often affected by proliferative osteitis. Risky sexual practices and self-medication have a negative influence on the expression of the disease. The health personnel is responsible for conducting a timely and early diagnosis of the disease in order to avoid its progression, morbidity, and possible complications.

Keywords:

Syphilis, secondary syphilis, osteitis.



INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS), causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, bacteria espiral frágil de 6-15 micrómetros de largo por 0,25 micrómetros de diámetro.⁽¹⁾

Se le conoce como “la gran simuladora”, pues las manifestaciones sistémicas o locales a lo largo de sus diferentes etapas imitan otras enfermedades.⁽²⁾

Se transmite por relaciones sexuales, vía transplacentaria, por contacto directo y accidental con las lesiones infecciosas y a través de las transfusiones de sangre, cuando el donante está en una fase temprana de la enfermedad.⁽³⁾

Su incidencia se ha reducido de manera considerable desde la introducción de las penicilinas; sin embargo, desde 1980 se experimenta un resurgir atribuible a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y al incremento de la población inmunodeprimida, debido en especial al aumento de las conductas sexuales de riesgo. En la actualidad, se diagnostican más de 5 millones de casos nuevos de sífilis anualmente. La mayoría ocurre en adultos jóvenes.⁽⁴⁾

La sífilis puede ser congénita (precoz o tardía), adquirida precoz (primaria y secundaria) o adquirida tardía (terciaria). La congénita se produce por el contagio de la madre al hijo en la vida intrauterina. 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.⁽³⁾

Por lo general, en los tres meses siguientes a la infección, aparecen síntomas de sífilis secundaria. La manifestación clínica más común es una erupción maculopapular diseminada y el paciente entra en un período latente durante el cual el diagnóstico solo se puede hacer mediante pruebas serológicas. Este período se divide, a su vez, en latente precoz y en latente tardío. La recaída de una sífilis secundaria es más probable en esta fase precoz y se produce como consecuencia de una disfunción inmunológica.⁽¹⁾

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), al presentar alteraciones cardíacas, neurológicas y lesiones características denominadas gomas, que afectan al hueso, entre otros tejidos.^(3,5)

La enfermedad puede afectar cualquier órgano del cuerpo y sin el tratamiento médico adecuado, pueden resultar problemas neurológicos, cardiovasculares y óseos.⁽⁶⁾

El compromiso óseo se observa a predominio de la sífilis terciaria y sífilis congénita; sin embargo, se ha descrito durante la sífilis secundaria. En dichos casos, entre los huesos más afectados está el cráneo, seguido de los huesos largos de las extremidades, esternón y costillas. La forma más frecuente de presentación es la osteítis proliferativa, manifestada por dolor (a predominio nocturno) e inflamación de los tejidos adyacentes. Cuando afecta la calota, la cefalea es habitual y puede ser tan intensa que puede confundirse con un proceso meníngeo. El compromiso craneal se da principalmente en el hueso frontal, parietal y naso-palatino. Las lesiones destructivas de calota se presentan como áreas irregulares, donde la tabla externa se afecta con más frecuencia, a la vez que puede comprometer los tejidos blandos circundantes.⁽⁵⁾

En este sentido, es necesario diagnosticar esta infección en sus estadios iniciales para evitar su progresión a una fase sistémica, con graves repercusiones en todo el organismo, que incluso puede llevar a la muerte. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta todos los elementos clínicos epidemiológicos presentes y vincularlos en la búsqueda de la causalidad de la enfermedad.

El **objetivo** de este trabajo es describir el caso clínico de un paciente con osteítis de calota en el curso de una sífilis secundaria, que permita a los profesionales de la salud asociar estas lesiones con las infecciones de transmisión sexual.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 33 años de edad, piel blanca, trabajador, estado civil soltero y procedencia urbana, con antecedentes patológicos personales de Otitis Media Aguda a repetición, desde la adolescencia, y ser portador del Virus del herpes simple oral desde los 24 años, con última recaída en septiembre de 2020, bebedor social y exfumador, con antecedentes patológicos familiares de madre portadora de cefalea migrañosa. En el momento del interrogatorio no reconoció la práctica de relaciones sexuales de riesgo.

Asiste a la consulta médica por presentar desde varias semanas de evolución, cefalea frontal izquierda, opresiva, pulsátil, de inicio leve que se intensifica e irradia al oído homolateral, y requirió el uso de Tramadol, a razón de una tableta (50 mg) cada seis horas, que en la medida que pasó el tiempo se hizo insuficiente debido al incremento del dolor.

Los elementos positivos al examen físico solo se detectaron en el sistema osteomioarticular, que reveló dolor a la palpación superficial y a la percusión del cráneo, en la región sagital, con lateralización izquierda. El resto de los sistemas sin otras alteraciones.

Se indican estudios de laboratorio, los que evidenciaron:

- Hemoglobina 12,0 g/l (valor de referencia: 13,0-17,5 g/l).
- Velocidad de eritrosedimentación de 100mm/h (valor normal: 0-10 mm/h).
- Elevación de las Enzimas hepáticas: Gamma Glutamyltransferasa en 67 U/L (valor de referencia: 10-45 U/L), Aspartato Aminotransferasa en 50 U/L (valor de referencia: 0-46 U/L), Alanino Aminotransferasa 67 U/L (valor de referencia: 0-49 U/L).

- Cuantificación de Inmunoglobulina A en 0 g/l (valor de referencia 0,85-4,9 g/l).
- Estudios de PCR para Citomegalovirus y Epstein Barr: negativos.
- Marcadores tumorales: negativo.
- Antígeno carcinoembrionario (CEA): negativo.
- Alfa feto proteínas (AFP): negativo.
- Gonadotropina Coriónica Humana (HCG): negativo.

Se indican estudios imagenológicos:

- Ultrasonido (US):

US abdominal: hígado ligeramente aumentado de tamaño a expensas del lóbulo derecho, sin lesión nodular focal ni dilatación de vías biliares; vesícula, páncreas y riñones sin alteración; bazo, vejiga y próstata de aspecto normal. Se reporta la presencia de adenopatías menores de 10 mm en la región axilar e inguinal y a nivel del hipogastrio.

Ultrasonido de la glándula tiroides: negativo.

- Radiografía de tórax: Normal.

- Tomografía Axial Computarizada (TAC) simple de cráneo a cortes de 3 mm, que evidenció:

Imagen osteolítica de 16 mm en región parietal izquierda, próxima a la sutura sagital, que rompe la tabla interna y externa con rarefacción del trabeculado a ese nivel (Figuras 1 y 2).

Lesión similar de 4 mm más lateralizada, que solo rompe la tabla externa, sin lesión subgaleal.

Se investigó hasta el nivel de ambas rodillas y no se observaron lesiones osteolíticas en el resto del sistema óseo.

- Resonancia Magnética (RM) de T1 axial, FLAIR axial, T2 axial, sagital y coronal, donde no se visualizan los cortes a nivel de la lesión descrita en el TAC próxima a sutura sagital, y la de menor tamaño solo se observa ausencia de señales.

El paciente es evaluado con los especialistas de Epidemiología, Dermatología, Imagenología, Medicina Interna, Otorrinolaringología y Neurología.

Durante la entrevista a profundidad, el paciente reveló antecedentes de relaciones sexuales de riesgo, lo que permitió identificar posibles causas de la enfermedad en su estilo de vida, y solicitar exámenes en función de investigar ITS, con énfasis en la serología para descartar sífilis venérea.

Se indica y se obtienen los siguientes resultados:

- Antígeno de superficie: negativo.
- VDRL: reactiva (1:512 dil).
- Prueba reagínica Rapid Plasma Reagin (RPR): positiva.
- Prueba treponémica T *Pallidum* Haemagglutination (TPHA): positiva.
- Serología para HIV: negativo.

Estos resultados permitieron confirmar el diagnóstico sospechado de manifestaciones óseas de osteítis de calota por sífilis secundaria.

Se decidió indicar tratamiento médico con una dosis intramuscular de penicilina G benzatina (2.400.000 UI) y repetir al séptimo día. Se brindan orientaciones generales dirigidas a la educación sexual, con énfasis en las manifestaciones clínicas, modo de transmisión de la enfermedad y en el uso adecuado del preservativo, además de apoyo psicológico.

Una vez cumplido el tratamiento antimicrobiano, el paciente presenta de manera abrupta una reacción de Jarisch-Herxheimer, con escalofríos, mialgias y malestar general; posteriormente, la mejoría de la sintomatología clínica fue inmediata. La disminución de los niveles de VDRL plasmático se cuantificó al mes en (1: 128 dil), y a los dos meses en (1: 64 dil).

Se evalúa la evolución del paciente como favorable y se mantiene seguimiento ambulatorio con los exámenes serológicos correspondientes y reevaluación radiológica.



Figura 1- TAC simple de cráneo. Lesión osteolítica de 16 mm en región parietal izquierda, que rompe tabla interna y externa, con rarefacción del trabeculado a ese nivel

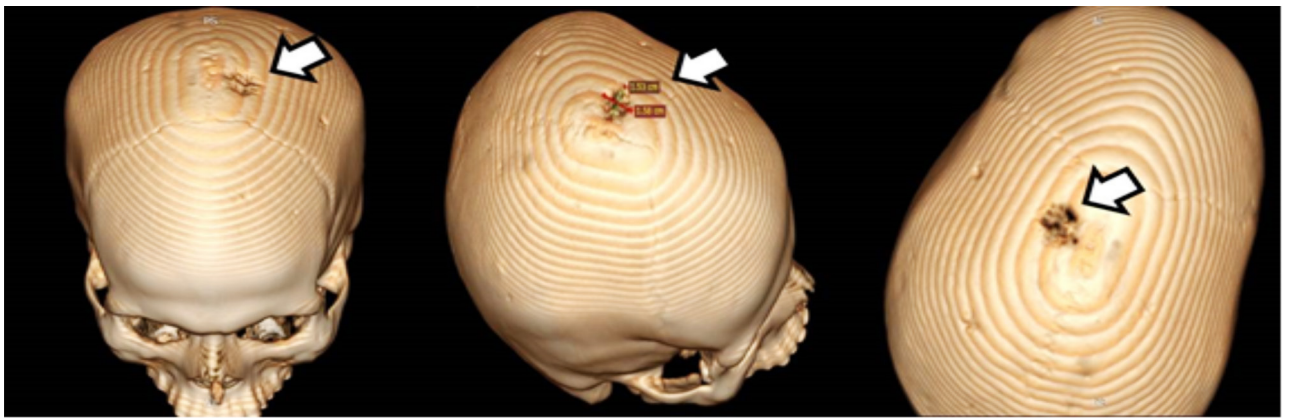


Figura 2- TAC simple de cráneo con reconstrucción tridimensional.
Lesión osteolítica de 16 mm en región parietal izquierda, próxima a la sutura sagital

DISCUSIÓN

La prevalencia de sífilis ha aumentado en los últimos años, especialmente entre hombres homosexuales, y su diagnóstico puede resultar difícil debido a la variedad de manifestaciones que puede adoptar, al ser frecuente la coincidencia con otras ITS, como el VIH y la hepatitis.⁽³⁾

Los síntomas de la sífilis secundaria presentan compromiso sistémico, caracterizados por erupciones cutáneas rojizas pruriginosas, lesiones de mucosa, fiebre, condiloma lata, artromialgias, astenia, pérdida de peso y linfadenopatías generalizada, alopecia irregular, meningitis, inflamación ocular, como también hepatitis y esplenomegalia como manifestación de diseminación hematológica.^(4,7) En este paciente, la enfermedad evoluciona hasta sífilis secundaria, favorecido por los antecedentes patológicos personales de herpes oro labial y otitis media crónica. El chancro sífilítico primario fue interpretado por el paciente como un herpes oro labial, a lo cual no le dio importancia; posteriormente, el germen alcanzó la vía linfática, donde persiste por más tiempo y se disemina a otros órganos como los huesos, con daño del tejido local y afectación de los nervios, con manifestaciones neurálgicas (cefalea frontal izquierda, opresiva, pulsátil), que se intensifica e irradia al oído homolateral; en este momento, el paciente se automedica con antibióticos en dosis irregulares, al interpretar el cuadro como otitis, lo que enmascaró el proceso clínico y retrasó el diagnóstico de la enfermedad. Al prevalecer los síntomas requirió de la prescripción por el neurólogo de Carbamazepina (tabletas de 200 mg), una cada 12 horas, por ser un fármaco empleado en el tratamiento del dolor causado por destrucción o daño de los nervios.

La presentación clínica de la sífilis secundaria torna el diagnóstico diferencial desafiador y amplio, incluye las úlceras traumáticas, infecciones herpéticas, tuberculosis y carcinoma de células escamosas.⁽⁸⁾ Las erupciones cutáneas pueden semejar pitiriasis rosada, rubeola, eritema multiforme, psoriasis, liquen plano, erupciones por fármacos o mononucleosis infecciosa. La placa mucosa puede simular candidiasis bucal.⁽⁹⁾

El compromiso óseo en la sífilis secundaria puede preceder o seguir a las manifestaciones mucocutáneas y en algunos casos, ocurrir como única manifestación. Se plantea el diagnóstico diferencial con otras patologías infecciosas, inflamatorias y neoplásicas, desde benignas a graves. En niños y adolescentes los diagnósticos diferenciales son los hemangiomas, la histiocitosis X, la displasia fibrosa y el Sarcoma de Ewing, mientras que en adultos debe distinguirse de la Enfermedad de Paget, el mieloma múltiple y las metástasis, con predominio de pulmón, mama, riñón y tiroides, entre otros.⁽⁵⁾

De no diagnosticarse la enfermedad en esta fase, las lesiones pueden desaparecer de manera espontánea y los pacientes pueden entrar en una fase latente sin signos de la enfermedad, con duración hasta 30 años, a la vez que puede evolucionar o no a la sífilis terciaria. Aproximadamente, 30 % de los pacientes evolucionan hacia la sífilis terciaria.⁽⁸⁾ En este caso, el diagnóstico de la enfermedad se realizó al tener en cuenta los elementos aportados en la entrevista a profundidad (prácticas sexuales de riesgo), los hallazgos al examen físico y los resultados de las investigaciones complementarias.

Los exámenes serológicos en combinación con un examen clínico completo son fundamentales para el diagnóstico de certeza de la enfermedad.⁽⁶⁾ Las pruebas reagínicas se basan en antígenos compuestos de soluciones alcohólicas y todas ellas miden de manera simultánea inmunoglobulinas IgG e IgM que son producidas en los tejidos dañados por la *Treponema Pallidum* o por otras enfermedades. Puesto que no miden anticuerpos específicos frente a *Treponema Pallidum* su positividad no asegura la enfermedad sífilítica, por lo que es necesario confirmar los resultados de forma conjunta mediante pruebas treponémicas. Estas pruebas son específicas para sífilis y tienen un valor predictivo positivo alto, en especial, cuando se combinan con las reagínicas por lo que se recomienda realizar siempre ambas ante la sospecha de infección.⁽¹⁰⁾

Las lesiones de calota frecuentemente se hallan de manera incidental en estudios craneales por imagen realizados por otros motivos. Tanto la TAC como la RM son técnicas de imagen complementarias que tienen un papel fundamental en la caracterización y diagnóstico diferencial de las lesiones de calota; la TAC por su gran resolución espacial permite una mejor valoración ósea y determina la afectación de ambas tablas y estado

del díptoe, márgenes y presencia de calcificaciones; y la RM en cambio, facilita una mejor caracterización de los tejidos afectados, determina la afectación intra y extracraneal y demuestra la presencia de lesiones intradiploicas antes de que erosionen la cortical.⁽¹¹⁾

El tratamiento empírico de la enfermedad previo al diagnóstico puede dificultar su identificación y promover su diseminación. De no ser diagnosticada en el primer o segundo estadios, el paciente puede estar sometido al riesgo de complicaciones relacionadas con la sífilis terciaria. Estas manifestaciones son una alerta para un diagnóstico adecuado y rápido.⁽⁶⁾

Está recomendado la administración de penicilina G benzatínica (2.400 000 UI) en dosis única como tratamiento de primera línea. En pacientes alérgicos a la penicilina, la doxiciclina es una alternativa, así como el uso de tetraciclinas y claritromicina.⁽⁷⁾

En algunos casos, suele presentarse una reacción inmunológica, en las primeras 24 horas tras el inicio del tratamiento, conocida como Reacción de Jarisch-Herxheimer. Ocurre principalmente durante las etapas de la enfermedad con mayor carga de treponemas (sífilis primaria y secundaria), y provoca un cuadro de inicio abrupto de fiebre, escalofríos, mialgias, taquicardia, cefalea y malestar general. El manejo es sintomático, con medicamentos antipiréticos, debido a que es un cuadro autolimitado.⁽¹²⁾

El tratamiento del compromiso óseo provocado durante la sífilis secundaria es discutido, debido a que no existen revisiones ni guías que permitan establecer estrategias terapéuticas claras; así lo demostraron Lucas y colaboradores⁽⁵⁾ en un estudio de caso clínico, al tratar a su paciente de 19 años de edad, con una lesión osteolítica única de calota debida a una sífilis secundaria, con penicilina G sódica cristalina intravenosa, por presentar compromiso meníngeo y recibir tratamiento previo con penicilina benzatínica, lo que podría haber atenuado los hallazgos clínicos, de laboratorio y de imágenes evidenciados.

Ante esta enfermedad, el papel de la anamnesis es muy importante para el diagnóstico presuntivo, dada la necesidad de indagar sobre la presencia de lesiones previas, como el chancro de inoculación,⁽³⁾ además de los antecedentes sexuales y/o conductas sexuales de riesgo, que los pacientes a menudo no le dan importancia en su visita al médico, y como consecuencia puede enlentecer el diagnóstico definitivo.⁽¹⁰⁾

CONCLUSIONES

Durante la sífilis secundaria, el hueso del cráneo es el más afectado, al sufrir osteítis proliferativa. Es responsabilidad del personal de salud el diagnóstico oportuno y precoz de la enfermedad, a fin de evitar su progresión, morbilidad y posibles complicaciones.

AGRADECIMIENTOS

Al paciente, por su autorización mediante consentimiento, para el uso de la información para publicar el presente artículo; a profesionales por su participación y aporte científico, como son Lic. Sonia Sandoval Granado, Máster en Enfermedades Infecciosas; Dra. Mercedes Yaimy Coto Cuervo, Especialista en Imagenología; Dr. Iván Pírez Puente, Especialista en Medicina Interna; Dr. Alexander Rivero Cera, Especialista en Otorrinolaringología; Dra. Heydée Diago Trasancos, Especialista en Imagenología y Dr. Yosmel Reyes Camejo, Especialista en Neurología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmona M, Porto I, Ríos Y, Lanfranchi H. Lesiones bucales características de la sífilis, encontradas en tres servicios de estomatología de Latinoamérica. Rev Nac Odontol [Internet]. 2018;13(26):[Aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v13i26.1788>
2. Navazo Eguía AI, Rioja Peñaranda E, Echebarria Iturbe C, Terán Muñoz D, Cordero Civantos C, Ibáñez Muñoz C. Manifestaciones orales de la sífilis. Caso clínico. Rev ORL [Internet]. 2017;8(4):[Aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.14201/orl201784.16751>
3. Molina Ávila JJ, Pimentel Sola JM, Giménez Grima L. Lesiones orales de sífilis secundaria limitada a la cavidad oral. Informe de un caso. Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2018 [Citado 12/08/2021];106:[Aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904862/lesiones-orales.pdf>
4. Apoita Sanz M, González Navarro B, Jané Salas E, Marí Roig A, Estrugo Devesa A, López López J. Sífilis: manifestaciones orales, revisión sistemática. Avances en Odontostomatología [Internet]. 2020 [Citado 12/08/2021];36(3):[Aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852020000300005&lng=es
5. Lucas A, Camporro JP, Arakaki N, Orellana N, Mora CA. Lesión osteolítica de calota por sífilis secundaria. Rev Chil Infectol [Internet]. 2016;33(2):[Aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000200015>
6. De Souza BC. Manifestações clínicas orais da sífilis. RFO Passo Fundo [Internet]. 2017 [Citado 13/08/2021];22(1):[Aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v22i1.6981>
7. Campos J, Ernst G, Simionato C, Ferraro M, Vigovich F, Salvado A. Sífilis secundaria con compromiso pulmonar. Rev Medicina [Internet]. 2019 [Citado 14/08/2021];79:415-8. Disponible en: <http://www.medicinabuenaosaires.com/indices-de-2010-a-2019/volumen-79-ano-2019-no-5-indice/sifilis/>
8. Santana dos Santos E, De Oliveira SÁ J, Lamarck R. Manifestações orais da sífilis: revisão sistematizada de literatura. Arch Health Invest [Internet]. 2019;8(8):413-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v8i8.3330>

9. Padrón LM, Díaz G, Ortega LM, Rodríguez MA, Morejón M, Dotres C, *et al.* Afecciones causadas por bacterias. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y Medicina. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.p.1835-70.
10. Gil G, Artal R, Sebastián JM, Lavilla MJ. Presentación faríngea de la sífilis secundaria. A propósito de un caso. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2019 [Citado 14/08/2021];79(1):105-9. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848162019000100105&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162019000100105>
11. Del Cura Allende G, Bermejo Espinosa N, Ingunza Loizaga E, Gorriño Angulo M, Vidales Arechaga L, Vicente Olabarria I. Lesiones de calota en adultos: Diagnóstico por imagen [Internet]. España: Sociedad Española de Radiología Médica; 2018 [Citado 16/08/2021]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/1851>
12. Pereira Rodríguez Y, Pereira Calvo J, Quirós Figueroa L. Sífilis: abordaje clínico y terapéutico en primer nivel de atención. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020;5(8):e559. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i8.559>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Marysol González Quintana: Idea inicial, diseño de la investigación, atención médica, diagnóstico del paciente, aporte de datos clínicos y redacción del artículo científico.

Lídice Vázquez Sánchez: Atención médica, diagnóstico del paciente y aporte de datos clínicos.

Julio César Espín Falcón: Idea inicial, diseño de la investigación, búsqueda de apoyo bibliográfico y redacción del artículo científico.

Todos los autores participamos en el análisis y discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.