



MEDISAN

ISSN: 1029-3019

Centro Provincial de Ciencias Médicas

Cabrera Escobar, Deyanira; González Valdés, Luis
Manifestaciones bucales de la sífilis secundaria en una paciente adulta
MEDISAN, vol. 22, núm. 8, 2018, Septiembre-Octubre, pp. 778-788
Centro Provincial de Ciencias Médicas

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368457320010>

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



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

Manifestaciones bucales de la sífilis secundaria en una paciente adulta

Oral manifestations of secondary syphilis in an adult female patient

Dra. Deyanira Cabrera Escobar¹

Dr. Luis González Valdés^{2*}

¹Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Ciudad de la Habana, Cuba.

²Policlínico Universitario Cuatro Caminos. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad "Dr. Miguel Enríquez". Ciudad de la Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo Electrónico: luisgv@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente de 38 años de edad, quien fue atendida en la consulta estomatológica del Policlínico Cuatro Caminos, por presentar múltiples lesiones indoloras en casi toda la mucosa bucal. Teniendo en cuenta estos síntomas se le diagnosticó una estomatitis aftosa recurrente, pero el tratamiento indicado no resultó satisfactorio. Luego se interconsultó con el especialista en Medicina Interna, quien le indicó exámenes complementarios y, según los criterios clínicos y de laboratorio, se confirmó la presencia de sífilis secundaria. Se efectuó el control de foco y se logró la remisión de la enfermedad.

Palabras clave: sífilis secundaria; lesión bucal; manifestación bucal; consulta estomatológica; atención primaria de salud.

ABSTRACT

The case report of a 38 year-old patient who was assisted in the stomatological department of "Cuatro caminos" polyclinic is described due to multiple painless lesions in almost all the oral mucous. Keeping in mind these symptoms a recurrent aphthous stomatitis was diagnosed, but the prescribed treatment was not satisfactory. Then a consultation with the specialist in Internal Medicine was carried out, who indicated her complementary exams and, according to the clinical and laboratory criteria, the presence of secondary syphilis was confirmed. The focus control was carried out and the remission of the disease was achieved.

Key words: secondary syphilis; oral lesion; oral manifestation; estomatological visit; primary health care.

Recibido: 17/07/2018

Aprobado: 30/08/2018

Introducción

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa sistémica causada por una espiroqueta llamada *Treponema pallidum* (Tp). Fue descrita como una afección que se enciende y apaga de forma alternada. Su evolución se divide en 3 estadios distintos desde el punto de vista clínico (periodos primario, secundario y terciario) y 2 estadios epidemiológicos asintomáticos (periodos de latencia temprana y tardía).⁽¹⁾

- Primer periodo: sífilis primaria: aparece una úlcera llamada chancro, indolora, de color ajamonado, brillante –como barnizada–; de bordes elevados como cortados en forma de pico, únicas y de localización genital, aunque pueden ser múltiples y extragenitales.⁽²⁾
- Segundo periodo: sífilis secundaria, constituida por 4 síndromes:

1. Síndrome cutáneo: dado por máculas y pápulas⁽²⁾

- Máculas: eritematosas en la piel del tronco y extremidades, redondeadas, de pocos milímetros a pocos centímetros de diámetro; es la llamada roséola sifilítica.⁽²⁾
- Pápulas: situadas en el tronco y las extremidades, del color de la piel o eritematosas, de pocos milímetros de diámetro, que a veces se acompañan de una fina descamación en su superficie o como un halo fino que rodea la pápula. En ocasiones se localizan solamente en palmas y plantas, que constituyen la forma palmo-plantar. Es privativa del color de la piel negro, tiene una forma con pápulas hiperpigmentadas, de crecimiento excéntrico y con depresión central e hiperpigmentación, se llama sífilis elegante.⁽²⁾
- 2. Síndrome mucoso: lesiones opalinas, erosivas e hipertróficas. Las opalinas son manchas blanco nacaradas definidas. Las erosivas son exulceraciones mucosas que recuerdan las aftas virales o de otras causas, pero las sifilíticas son asintomáticas. Hipertróficas o condilomas planos, constituyen las pápulas de las mucosas en forma de pápulas o vegetaciones del color de la mucosa o eritematogrisáceas.⁽²⁾
- 3. Síndrome de los anejos: alopecias en zonas temporoparietales de bordes más o menos definidos, la falta del pelo es “en claros”, no total, llamada corte de aprendiz de barbero. También puede presentarse como alopecia difusa de cejas y pestañas o de cualquier parte del cuerpo.⁽²⁾
- 4. Síndrome general: malestar general, fiebre, faringitis, cefalea, faringoamigdalitis, dolores en diferentes articulaciones, micropoliadenopatías generalizadas y en ocasiones hepatitis.⁽²⁾
- Tercer periodo:
 - Sífilis terciaria: se caracteriza por nódulos y gomas en la piel, huesos y vísceras, destructivos localmente, que dejan marcadas cicatrices. Puede presentar manifestaciones también cardiovasculares y en el sistema nervioso central. La penicilina es el medicamento de elección para su tratamiento.⁽²⁾

Entre las pruebas serológicas empleadas en el diagnóstico de la sífilis figuran: no treponémicas (VDRL y RPR), aquellas que afirman la presencia de la treponema, (FTA-ABS y TPHA) y las que detectan las inmunoglobulinas IgG e IgM.⁽³⁾ En la actualidad se desarrollan otras técnicas de avanzada, tales como sistemas ELISA IgM, PCR y prueba de aglutinación con partículas de látex. La serología del laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (VDRL, por sus siglas en inglés) es la prueba más usada en el país y a escala mundial.⁽⁴⁾ La TPHA resulta positiva a las 3 o 4 semanas de la infección; es altamente específica y muy reproducible. Su principio es la detección de anticuerpos específicos frente al treponema en el suero o en líquido cefalorraquídeo. Tiene la ventaja que puede ser utilizada para el diagnóstico de infecciones sifilíticas en todos los estadios posibles.^(3,4)

Frecuentemente, durante el examen intrabucal, se exploran lesiones en la mucosa que pudieran ser atribuidas a la sífilis; sin embargo, muchas veces son incorrectamente diagnosticadas, la ausencia de su sospecha clínica por el desconocimiento de las manifestaciones bucales y el amplio espectro clínico de la enfermedad en su estadio secundario origina que fácilmente pueda ser confundida con otras afecciones. Al respecto, no se encontraron estudios precedentes en Cuba. Con el objetivo de compartir la experiencia, se consideró pertinente la presentación de este caso, a fin de profundizar en el conocimiento de esta infección de transmisión sexual (ITS), que constituye la clave para su impresión diagnóstica desde el punto de vista estomatológico.

Caso clínico

Se describe el caso clínico de una paciente de 38 años de edad y color de la piel blanco, trabajadora, con antecedentes de salud, quien asiste a la consulta estomatológica de su área de salud por presentar múltiples lesiones indoloras en casi toda la mucosa bucal con más de un mes de evolución. Fue evaluada en 2 ocasiones y se le diagnosticó una estomatitis aftosa recurrente (EAR). En el primer momento se le

indicaron aplicaciones de sábila 3 veces al día durante una semana; en el segundo, Oleozon® tópico, pero no hubo respuesta clínica satisfactoria.

La paciente refiere además, que anteriormente a este cuadro clínico tuvo una lesión, igualmente indolora, pero de grandes dimensiones en el labio inferior, que comenzó siendo una vesícula y luego se ulceró; aunque tardó en curarse, sanó de forma espontánea, razón por la cual no le dio importancia. Unas semanas después aparecieron de forma súbita las lesiones que presenta en la actualidad.

Manifiesta los síntomas generales siguientes: fiebre de 38,5°C, malestar general, cefalea, anorexia, mialgia y artralgia generalizadas.

Explica que se encuentra muy angustiada, puesto que presenta lesiones bucales visibles y que por su persistencia le dificultan las relaciones interpersonales, de igual forma, le preocupa su estado de salud.

Luego del interrogatorio y del examen bucal la paciente se interconsultó con los especialistas en Periodoncia, Cirugía Maxilofacial y Medicina Interna, pero los 2 primeros formularon nuevamente la impresión diagnóstica de EAR; sin embargo, el especialista en Medicina Interna, después de realizar la anamnesis y la exploración física le orientó exámenes complementarios por sospecha clínica de sífilis secundaria.

- Examen extrabucal

En la comisura labial derecha se observan pápulas ovaladas, erosionadas superficialmente, de aproximadamente 0,5 cm de diámetro (fig 1).

- Examen intrabucal

- Vesículas de aproximadamente 0,5 cm de diámetro, cubiertas por una membrana blanca grisácea, con bordes hiperémicos en la punta de la lengua y en la región derecha del labio inferior, muy próxima a la comisura labial derecha; también se observó una úlcera en la comisura labial izquierda (fig 1).



Fig. 1. Comisura labial derecha: pápulas ovaladas, erosionadas superficialmente; vesículas en la punta de la lengua y en la región derecha del labio inferior, así como úlcera en la comisura labial izquierda

- Lesiones vesiculosas, confluentes en placas blanquecino-grisáceas, ligeramente elevadas, con bordes hiperémicos en la región superior central e inferior del carrillo derecho (fig 2), en la mucosa interna del labio superior izquierdo y en el fondo del surco vestibular derecho que abarca la región canino, primera y segunda bicúspide (fig 3). Se palpa adenopatía mandibular bilateral.



Fig. 2. Placas blanquecino-grisáceas en la mucosa del carrillo derecho



Fig. 3. Placas en el fondo del surco vestibular derecho

- Examen físico general

Presenta máculas eritematosas de aspecto escamoso de 0,3 a 0,5 cm de diámetro, localizadas en las palmas de las manos, plantas de los pies, flancos derecho e izquierdo

y espalda, estado asintomático. A la palpación se detecta una linfadenopatía generalizada.

- Exámenes complementarios
- Hemoglobina: 12,5 g/L
- Eritrosedimentación: 46 mm/h
- Glucemia: 4,1 mmol/L
- Transaminasa glutámico-pirúvica: 23 U/L
- Transaminasa glutámico-oxalacética: 20 U/L
- Creatinina: 90mmol/L
- Colesterol: 4,7 mmol/L
- Triglicéridos: 0,8 mmol/L
- Ácido úrico: 232 mmol/L
- Serología (VDRL): reactiva dil 1:32, TPHA reactivo
- VIH: no reactivo
- Antígeno de superficie: negativo
- Anticuerpos contra hepatitis C: negativo

Según los criterios clínicos (máculas eritematosas en palma de las manos, planta de los pies, flancos derecho e izquierdo, espalda y lesiones bucales, asintomáticos, además, de las manifestaciones sistémicas) y de laboratorio (serología reactiva dil 1:32, TPHA reactivo) se confirmó el diagnóstico de sífilis secundaria.

La enfermera encuestadora del área de salud de la paciente realiza el control de foco y obtiene el siguiente resultado: esposo: niega síntomas y signos relacionados con la sífilis. Al examen físico se observan de 5 a 8 máculas eritematosas en las palmas de ambas manos y plantas de los pies, VDRL dil1:32; por tanto, se diagnostica sífilis secundaria.

Control de foco: asociado (contacto de la paciente). Al interrogatorio refiere que hace unos meses atrás tuvo una lesión en el pene durante mucho tiempo. Se le realiza el examen físico y se observan máculas eritematosas en los brazos, a ambos lados del tórax y en los pies, VDRL dil1:64, por lo que también se diagnostica sífilis secundaria.

El tratamiento indicado a los 3 pacientes fue penicilina G benzatínica, 2 400,000 U por vía intramuscular en 2 inyecciones de 1 200 000 U como dosis única. Luego de realizado el tratamiento se logró la remisión de la enfermedad en todos los pacientes.

Comentarios

Resulta importante señalar que, el diagnóstico diferencial de las manifestaciones bucales de la sífilis secundaria incluye numerosas enfermedades: EAR, herpes simple de tipo I, candidiasis bucal, carcinoma espinocelular bucal, leucoplasia, liquen plano, lupus eritematoso sistémico, afecciones granulomatosas, eritema multiforme, lesiones bucales asociadas al VIH y pénfigo vulgar.⁽⁵⁾

A esta fémina se le diagnosticó sífilis en estadio secundario. Con relación a la incidencia de la enfermedad, Cutié⁽⁶⁾ señala que el sexo femenino participa casi de igual forma que el masculino, cuando ambos son sexualmente activos. También, en la bibliografía médica se plantea que las relaciones de pareja desorganizadas y las prácticas sexuales desprotegidas aumentan el riesgo de adquirir ITS; esta paciente presentó dichas conductas de riesgo.⁽⁵⁾

Ahora bien, los 2 controles de foco se notificaron como sífilis en etapa secundaria y fueron tratados como casos nuevos al igual que esta paciente. En los 3 afectados, la curva serológica mostró una evolución satisfactoria hacia la negativización durante un año; por tanto, se les dio el alta desde el punto de vista clinicoepidemiológico.

Según Pérez *et al*,⁽⁷⁾ el periodo primario donde aparece una lesión denominada chancro se presenta en el lugar del primer contacto con la infección, siendo la mucosa genital la zona de localización más frecuente, seguida por la cavidad bucal. Este chancro permanece en la boca alrededor de 3 semanas y luego desaparece sin secuelas; de igual manera le sucedió a la paciente de este caso, por lo cual es razonable asumir que probablemente la lesión que presentó en la cavidad bucal correspondió a la etapa primaria de la enfermedad.

El Tp puede penetrar a través de las mucosas normales y también de abrasiones de poca importancia de las superficies epiteliales. La sífilis, con excepción de la congénita,

se adquiere casi exclusivamente por contacto íntimo con lesiones infecciosas de esta enfermedad en sus fases primaria o secundaria, las cuales son altamente contagiosas.⁽⁸⁾ En consonancia, el estomatólogo debe sospechar la enfermedad y siempre extremar las medidas de protección universal al examinar lesiones de este tipo.

Garlatti *et al*⁽⁵⁾ comunican en su publicación, que al inicio las lesiones en la mucosa bucal fueron erróneamente diagnosticadas y más tarde se confirmó el diagnóstico de sífilis secundaria. Estas lesiones constituyeron el rasgo característico de la enfermedad. Por su parte, Minicucci *et al*,⁽⁹⁾ exponen que aunque sus pacientes presentaron erupciones en la piel y síntomas constitucionales, las manifestaciones en la mucosa bucal fueron el motivo de consulta, como ocurrió en el caso que se presenta. La sífilis secundaria es el periodo más florido de la enfermedad y resulta de la multiplicación y diseminación de las espiroquetas prácticamente en todos los tejidos; debido a esto se muestran múltiples formas de presentación y manifestaciones clínicas en esta etapa.^(1,10) Las lesiones bucales se encuentran asociadas principalmente a este periodo. López *et al*⁽¹⁾ y Mosquera *et al*,⁽⁸⁾ la definen como “la gran imitadora”, en este caso, desde el punto de vista bucal, el cuadro clínico fue diagnosticado como una EAR; lo que distingue esta presentación es que la similitud con la morfología de estas lesiones pudo haber dificultado la orientación diagnóstica. De hecho, los autores de esta publicación consideran que los estomatólogos adolecen del conocimiento sobre el componente bucal de esta ITS, de ello resulta menester el establecimiento de un diagnóstico diferencial adecuado, que incluya las manifestaciones bucales de la sífilis en estadio secundario, el cual debe fundamentarse en el cuidadoso análisis semiológico de las lesiones encontradas.

Diversas enfermedades cursan frecuentemente con manifestaciones bucales que forman parte de su cuadro clínico y están comprendidas dentro de los criterios diagnósticos de muchas de ellas. Asimismo, pueden aparecer en la mucosa bucal diversas lesiones polimorfas que simulan otras afecciones. El conocimiento de las manifestaciones bucales de la sífilis secundaria permite al estomatólogo realizar el diagnóstico diferencial y sospechar clínicamente la enfermedad; la remisión al médico de la familia para el diagnóstico precoz y su control terapéutico adecuado impide el

desarrollo de la infección por cada uno de sus periodos, así como previene, además, su transmisión ulterior.

Referencias bibliográficas

1. López S, Delgado ME, Gómez B, Lorenz AM. Sífilis secundaria de recidiva: A propósito de un caso. Rev. argent. dermatol. 2011 [citado 17/05/2017]; 92(4): 46-55. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2011000400005&lng=es
2. Álvarez Mesa M, de la Torre Navarro L, Domínguez Gómez J. Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 [citado 31/05/2017]; 30(3): 343-353. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300008&lng=es
3. Castro Isaac M, Cruz Arencibia J, Pérez Llerena CR. Evaluación de las características funcionales del juego de reactivos VDRL Plus. Rev Cubana Med Trop. 2013 [citado 11/05/2017]; 65(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602013000200010
4. Rodríguez González I, Echevarría Pérez E, Noda Ramos AA, Rivero Caballero M, Hernández Louhau CM, Machado Villa L, et al. Hemaglutinación de *Treponema pallidum* para la confirmación de sífilis en Cuba. Rev Cubana Med Trop. 2013 [citado 09/05/2017]; 65(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602013000200014
5. Garlatti MI, Romano MS, De los Ríos R, Cartagena N, Saadi ME, Espíndola A. Úlceras en mucosa yugal. Arch. Argent. Dermatol. 2014; 64(2): 77-8.
6. Cutié León E. Infecciones de transmisión sexual. En: Rigol Ricardo O, Santiesteban Alba SR, Cutié León E, Cabezas Cruz E, Farnot Cardoso U, Vázquez Cabrera J, et al. Obstetricia y Ginecología. 3 ed. La Habana: ECIMED; 2014.

7. Pérez Caffarena M, Cosetti Olivera L, García Corti S, Crestanello Nese JP. Lesiones cromáticas de la cavidad bucal: lesiones blancas, rojas y pigmentadas. Tercera parte: Lesiones blancas. Actas Odontológicas. 2006; 3(2): 66-73.
8. Mosquera G, Cuéllar I, Tamayo M, Charry L. Secundarismo sífilítico en infección por VIH, con fenómeno de Prozona. Acta Med Colomb. 2014 [citado 31/05/2017]; 39(1): 69-71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482014000100014&lng=en
9. Minicucci EM, Vieira RA, Oliveira DT, Marques SA. Oral manifestations of secondary syphilis in the elderly – a timely reminder for dentists. Aust Dent J. 2013; 58(3): 368–70.
10. Castro Mora S, Guzmán Pérez D. Manifestaciones bucales por Sífilis secundaria. Reporte de un caso clínico. Rev. Cient. Odontol. 2015; 11 (1): 24-9.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).