

# Sífilis secundaria: lesiones orales como única manifestación. Informe de caso en adolescente

## *Secondary syphilis: oral lesions as the only physical feature. Case report in an adolescent*

Presentado: 7 de mayo de 2015  
Aceptado: 15 de septiembre de 2015

Karla Cruz Moreira,<sup>a,b</sup> Verónica Paván,<sup>a</sup> Fuad Huamán Garaicoa<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Cátedra de Odontología Integral Niños;

<sup>b</sup>Cátedra de Clínica Estomatológica;

Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina

<sup>c</sup>Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

---

### Resumen

**Objetivo:** Comunicar un caso clínico poco frecuente para contribuir al conocimiento de las características clínico-diagnósticas de las manifestaciones bucales de la sífilis y del abordaje terapéutico de esta patología.

**Caso clínico:** Un paciente femenino de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos, fue derivado a la cátedra de Odontología Integral Niños de la Universidad de Buenos Aires por lesiones orales de 30 días de evolución. Clínicamente se observaron rosáceas en filtrum, escamas en semimucosa labial, pápulas y erosiones; además, se hallaron adenopatías submaxilares bilate-

rales y occipitales. Se solicitaron hemograma completo, eritrosedimentación, VDRL cuantitativa y cualitativa, FTA-abs y prueba de Elisa para VIH. Tras los resultados, la paciente fue derivada a un servicio de infectología, con diagnóstico presuntivo de secundarismo sífilítico. Allí recibió tratamiento con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI en dosis única.

**Conclusión:** Un diagnóstico oportuno y un tratamiento precoz evitan las complicaciones serias y la diseminación de la enfermedad.

**Palabras clave:** Adolescencia, enfermedad de lúes, pápula, sífilis secundaria.

---

### Abstract

**Aim:** To report an infrequent clinical case in order to contribute to the knowledge of diagnostic features and therapeutic approach for oral syphilis.

**Case report:** Female patient, 15 years old, without previous pathologies, attended the Department of Comprehensive Dentistry for Children at the University of Buenos Aires after a derivation due to the presence of one-month old oral lesions. Clinically, rosacea in philtrum, scales in lips, papules and erosions were observed. In addition, she had bilateral submandibular and occipital lymphadenopathies. Different tests were

requested, such as: complete blood count, erythrocyte sedimentation rate, quantitative and qualitative VDRL, FTA-abs and Elisa test for HIV. After the results, the patient was derived to an Infectology service with a presumptive diagnosis of secondary syphilis. The treatment was penicillin G benzathine 2.4 millions IU in a single dose.

**Conclusion:** Early diagnosis and treatment prevent serious complications and the spreading of the disease.

**Key words:** Adolescence, lues disease, papule, secondary syphilis.

---

## Introducción

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, de declaración obligatoria, que data del siglo xv. Según la OMS, en Latinoamérica se registran alrededor de tres millones de casos por año.<sup>1</sup> Esta patología es causada por *Treponema pallidum*, una bacteria de tipo espiroqueta. Su forma de transmisión más frecuente es la vía sexual, principalmente por el contacto directo con una úlcera sifilítica, o a través de las mucosas de un paciente en estadio de secundarismo o latencia precoz. Otras formas de contagio menos frecuentes son las transfusiones de sangre contaminada, la vía transplacentaria, y la inoculación accidental directa.<sup>1,2</sup>

Las manifestaciones clínicas son muy diversas: por eso se la llama “la gran simuladora”. La sífilis se clasifica en congénita (precoz o tardía), adquirida precoz (primaria y secundaria) y adquirida tardía (terciaria). La sífilis primaria se caracteriza por la aparición del chancro sifilítico, que es una úlcera de base limpia, indolora, localizada en el sitio de inoculación y asociada con linfadenopatías regionales; el chancro cura espontáneamente entre la tercera y la sexta semana.<sup>2,3</sup> Luego, la infección se vuelve sistémica, lo que caracteriza los estadios secundarios y terciarios. El secundarismo sifilítico comienza entre la segunda y la octava semana, a partir de la aparición del chancro, y en algunos casos persiste durante meses.<sup>4,5</sup> Se caracteriza por lesiones mucocutáneas, estado pseudogripal (cefaleas, mialgias, anorexia) y adenopatías generalizadas. Existen pocos casos publicados de lesiones orales como única manifestación de sífilis secundaria; entre dichas lesiones encontramos manchas eritematosas, placas opalinas, pápulas, fisuras, condilomas sifilíticos, depapilación lingual, queilitis angular, y angina sifilítica.<sup>4,5</sup> Tras la sífilis secundaria, el

paciente entra en un período de latencia durante el cual el diagnóstico se hace sólo mediante pruebas serológicas. Después del período de latencia, que puede durar un año o más, aparece la etapa final de la sífilis,<sup>7</sup> que es conocida como sífilis terciaria, en la que la infección se disemina al sistema nervioso, el corazón, la piel y los huesos.<sup>5,6</sup> La sífilis terciaria se desarrolla en más de un tercio de los pacientes no tratados, y la lesión característica se denomina goma.<sup>6,7</sup>

Para el diagnóstico de la sífilis, tradicionalmente se cuenta con pruebas directas (microscopía de campo oscuro y por fluorescencia directa) e indirectas (serológicas). Además, al alcance del odontólogo están las pruebas serológicas, que consisten en dos tipos de pruebas: las no treponémicas, como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory Test) y PPR (Rapid Plasma Reagin), y las treponémicas, como FTA-abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption) y MHA-TP (Microhemagglutination-Treponema pallidum).<sup>7,8</sup>

## Caso clínico

Un paciente femenino de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos, fue derivado a la cátedra de Odontología Integral Niños de la Universidad de Buenos Aires por el pediatra debido a lesiones orales de un mes de evolución. Durante la anamnesis, la paciente refirió que nunca había tenido relaciones sexuales.

En el examen clínico se observaron rosáceas en filtrum, escamas en semimucosa labial superior e inferior, erosión en encía adherida de pieza 33 (fig. 1), pápulas en mucosa labial inferior, retrocomisura, mucosa yugal posterior y paladar blando (fig. 2). Además, se palparon adenopatías bilaterales submaxilares y occipitales. Se solicitaron exámenes de laboratorio: hemograma com-



Figura 1. Secundarismo sifilítico. A: Rosáceas. B: Erosión.

pleto, eritrosedimentación (ERS), VDRL cuantitativa y cualitativa, y prueba de Elisa para VIH. Luego de una semana, la paciente concurrió con los resultados del hemograma, los que revelaron una anemia normocítica normocrómica; la ERS fue de 100 mm/h; la prueba de Elisa para VIH, no-reactiva; y la VDRL cualitativa, negativa. Sin embargo, teniendo en cuenta la clínica y el efecto prozona, se insistió en la realización del estudio de VDRL cuantitativa y, además, se solicitó FTA-abs. Se realizó otro examen clínico de control en el que se evidenció una nueva pápula en mucosa labial superior, de iguales características que las precedentes, una placa opalina en mucosa yugal posterior (fig. 3), y la evolución de la pápula del paladar blando, que rememoró al denominado condiloma sifilítico (fig. 4). La paciente fue derivada al pediatra para el tratamiento de la anemia.

A los 15 días, acudió con los resultados de los últimos exámenes, que reportan VDRL cuantitativo: positivo 1/256, y FTA-abs: reactivo ++++/4. Se corroboró la sospecha diagnóstica y se le explicó a la paciente la necesidad de comunicar los resultados a sus padres. Tras la noticia, la paciente refirió que efectivamente ha practicado encuentros sexuales, pero sólo de tipo orogenital. No entendía cómo se había contagiado, y manifestó preocupación debido a que sus padres desconocían que había iniciado su vida sexual. Se estableció la comunicación con el padre, a quien se enfatizó la importancia de una

buena contención de la familia para evitar traumas y estigmas en la paciente relacionados con haber contraído una enfermedad de transmisión sexual. Además, se instruyó a la paciente adolescente sobre su error al considerar al sexo oral como seguro, y se le explicaron los métodos para evitar contraer enfermedades.

Posteriormente, fue derivada al Servicio de Infectología por secundarismo sifilítico. El tratamiento consistió en la administración intramuscular de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI en una dosis. Al mes se realizó un nuevo control clínico odontostomatológico que evidenció la remisión total de las lesiones orales.

## Discusión

Si bien esta infección es más frecuente entre los 20 y 30 años de edad, últimamente se han observado casos en poblaciones más jóvenes, debido al incremento de las prácticas sexuales sin protección entre adolescentes.<sup>9</sup>

La inoculación de treponemas puede darse a través de abrasiones en la piel o incluso en mucosas intactas. La sífilis secundaria se manifiesta entre 2 y 8 semanas después de la aparición del chancro. La mucosa genital es el área más comúnmente afectada. Y a raíz del incremento del sexo orogenital, la mucosa oral es el segundo sitio en frecuencia de aparición de las lesiones sifilíticas.<sup>10</sup> En la cavidad oral, las lesiones más frecuentes son placas opa-

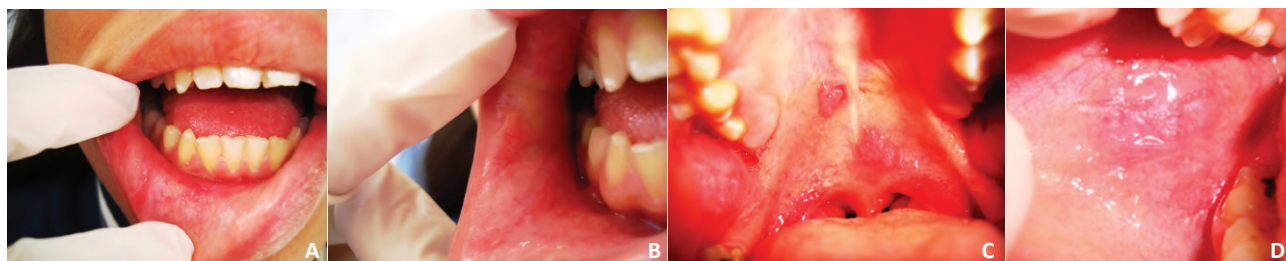


Figura 2. A-D: Secundarismo sifilítico. Lesiones de tipo pápulas.

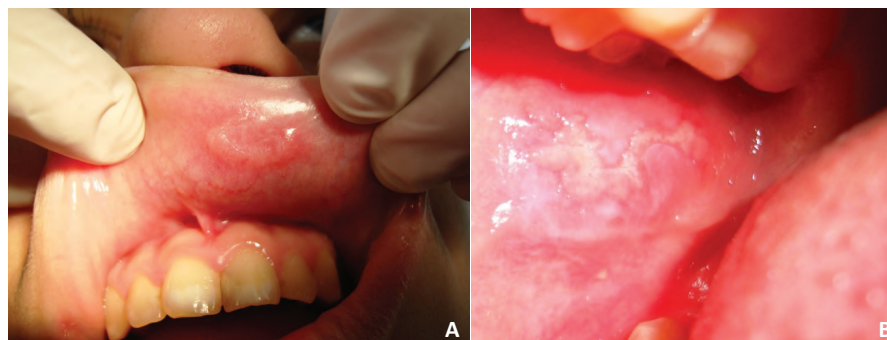


Figura 3. Secundarismo sifilítico. A: Pápula. B: Placa opalina.



Figura 4. Secundarismo sífilítico. Pápula evolucionada.

linas, pápulas, depapilación lingual, erosiones, queilitis angular, etc. En el diagnóstico diferencial se incluyen lengua geográfica, depapilación por avitaminosis, candidiasis aguda o crónica en su variedad atrófica, liquen plano, lupus eritematoso, enfermedades ampollares y enfermedades granulomatosas, entre otras.<sup>10,11</sup>

La anamnesis, la clínica y los exámenes de laboratorio son herramientas útiles para el odontólogo. Si bien durante el interrogatorio de la anamnesis el paciente adolescente puede ocultar la verdad sumado a que, generalmente, los padres también desconocen las prácticas sexuales prematuras de sus hijos, la clínica siempre servirá de apoyo para el diagnóstico y orientará en los exámenes por solicitar.<sup>11,12</sup>

Ante la sospecha de una clínica compatible con sífilis es conveniente cuantificar los títulos antigénicos, por lo cual se recomienda realizar siempre los dos tipos de pruebas (cualitativa y cuantitativa), a fin de evitar que puedan presentarse falsos negativos por un exceso de anticuerpos (fenómeno de prozona), más frecuente en determinados estadios de la infección.<sup>8,10</sup>

El tratamiento para sífilis temprana primaria, secundaria y latencia temprana es la penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular en una dosis; mientras que en casos de latencia tardía, sífilis indeterminada y sífilis terciaria se indican 2.400.000 UI de la misma droga, por semana, en tres dosis.

La labor del odontólogo en este tipo de patologías consiste en realizar el diagnóstico y la derivación a especialistas infectólogos, quienes instaurarán el tratamiento adecuado e investigarán las posibles parejas de contagio, ya que la sífilis es una enfermedad de declaración obligatoria.<sup>6,10,13</sup> El odontopediatra, estomatólogo u odontólogo general tendrá que realizar controles clínicos periódicos incluso después de que el paciente haya

sido tratado por el médico infectólogo, a fin de constatar la remisión de las lesiones.<sup>13</sup>

## Conclusiones

Resulta fundamental centrar los esfuerzos en la educación de la población adolescente para fomentar una sexualidad responsable y erradicar la idea de que el sexo oral es seguro.

Además, es necesario considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de lesiones en la mucosa oral, a fin de facilitar el diagnóstico temprano y la derivación oportuna al especialista. De esta forma, será posible instituir un tratamiento precoz, y evitar la progresión de la sífilis a un estadio terciario, el contagio a otros individuos y una eventual descendencia con sífilis congénita.

Es preciso que el paciente diagnosticado tenga la contención de su familia. En los casos en los que exista una sospecha de abuso sexual, es indispensable la intervención del asistente social, para poder efectuar la correspondiente denuncia formal.<sup>11,12,14</sup>

El presente caso es de interés para el odontólogo, ya que a veces las lesiones en la cavidad oral pueden constituir la única manifestación de la enfermedad. Por eso se recomienda realizar siempre los dos tipos de pruebas VDRL (cualitativa y cuantitativa) para evitar los falsos negativos, y la FTA-abs para confirmar el diagnóstico de sífilis. Y en los casos en los que se sospeche de enfermedades de transmisión sexual, se deberá instruir al paciente y/o a sus familiares acerca de la necesidad de solicitar, de manera simultánea, la prueba de Elisa para VIH.

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

## Referencias

- Galban E, Benzaken A. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. *J Bras Doenças Sex Transm* 2007;19:166-72.
- Vera I, Fernández P, Leiro V, Bermejo A. Chancro sífilítico en el nuevo milenio: 217 (casos) razones para pensar en sífilis. *Dermatol Argent* 2012;18:442-51.
- Staines K, Sloan P. Syphilitic Chancre of the Tongue. *N Engl J Med* 2011;365:11.
- Ziegler B, Bookin N. Papulonodular Syphilis. *N Engl J Med* 2013;368:561.
- Díaz MG, Carbó E, Guardati MV, Reyes MA, Weidmann J, Eletti M, et al. Sífilis secundaria en cavidad oral. Reporte de dos casos. *Rev Argent Dermatol* 2008;89:237-41.
- Torrell G, Masferrer E. Sífilis, a propósito de un caso. *AMF-semfyc* 2010;6:330-37.
- Contretas E, Zaluaga S, Ocampo V. Sífilis la gran simuladora. *Asoc Colomb Infect* 2008;12:340-7.



8. Quattordio LE, Milani PL, Milani HL. Diagnóstico serológico de sífilis. Correlación de resultados según técnicas disponibles en el laboratorio. *Acta Bioquím Clín Latinoam* 2004; 38:301-6.
9. Ríos B, Yera ML, Guerrero M. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro. *Arch Méd de Camagüey* 2009;13:1-12.
10. Dylewshi J, Duong M. The rash of secondary syphilis. *CMAJ* 2007;176:33-5
11. Baudo J, Micinquevich S, Distefano C, Casariego Z. Secundarismo sífilítico y el resultado del test de VIH no retirado por el mismo paciente, un problema de salud pública: A propósito de un caso. *Av Odontoestomatol* 2005;21:89-93.
12. Rodríguez MI, Insaurralde A, Páez M, Mendoza L, Castro A, Giménez G. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sífilis materna: adolescentes embarazadas. Hospitales de referencia en Paraguay, 2008. *Mem Inst Investig Cienc Salud* 2012;10:76-84.
13. Morales CE, Fuentes PA, Vall M. Update on the Diagnosis and treatment of syphilis. *Actas Dermosifiliogr* 2015;106:68-9.
14. Chacón T, Corrales D, Garbanzo D, Gutiérrez J, Hernández A, Lobo A. ITS Y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. *Med Leg Costa Rica* 2009;26:79-98.

Contacto:

**KARLA CRUZ MOREIRA**

*karla.cruz.m@gmail.com*

Alborada 9.<sup>na</sup> Etapa, Mz 939, Villa 8  
(593) Guayaquil, Ecuador