

# Crónica de una epidemia a la sombra de la pandemia Comunicación de caso clínico

***Chronicle of an epidemic in the shadow of the pandemic.  
Clinical case communication***

## AUTORES

### **OD. NAOMY ECHEVERRIA**

Ayudante diplomado catedra de Patología y Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Plata.

### **OD. MARTINA KRAUSE**

Ayudante diplomado catedra de Patología y Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Plata.

### **OD. FEDERICO ULIBARRIE**

Ayudante diplomado catedra de Patología y Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Plata.

### **OD. PABLO CIMATTI**

Ayudante diplomado catedra de Patología y Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Plata.

### **OD. GEORDINA ALAMO**

Ayudante diplomado catedra de Patología y Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Plata.

### **OD. CAROLINA COLOMBO**

Ayudante diplomado catedra de Patología y Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Plata.

## ASESORES

### **DRA. JUDITH BAUDO**

Doctora en Odontología. Profesora Adjunta Cátedra de Patología y Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Plata.

### **PROF. PABLO DORATI**

Profesor Adjunto Cátedra de Patología y Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Plata.

### **DR. GABRIEL LAZO**

Doctor en Odontología. Profesor Titular Cátedra de Patología y Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Plata.

## RESUMEN

La sífilis es una enfermedad causada por la espiroqueta de *Treponema pallidum* que muestra un amplio espectro clínico. Sus manifestaciones clínicas principalmente se observan en la piel y las mucosas; sin embargo, su mimetismo con otras enfermedades complica a menudo su diagnóstico y retrasa su tratamiento. Este artículo ilustra las lesiones observadas en un paciente con sífilis secundaria, con la finalidad de difundir su aspecto clínico que

## ABSTRACT

*Syphilis is a disease caused by Treponema pallidum spirocheta that shows a broad clinical spectrum. Its clinical manifestations are mainly observed in the skin and mucous membranes; however, his mimicry with other diseases often complicates his diagnosis and delays his treatment. This article illustrates the lesions observed in a patient with secondary syphilis, in order to spread their clinical appearance that allows easy diagnostic suspicion,*

## Crónica de una epidemia a la sombra de la pandemia. Comunicación de caso clínico

Naomy Echeverría; Martina Krause; Federico Ulibarrie; Pablo Cimatti; Geordina Alamo; Carolina Colombo. Asesores: Judith Baudo; Pablo Dorati; Gabriel Lazo

permita una fácil sospecha diagnóstica, así como mostrar la mejor forma para corroborar los diagnósticos.

Palabras claves: Sífilis - Secundarismo - Lesiones bucales - Serología

*as well as show the best way to corroborate diagnoses.*

*Keywords: Syphilis - Secundarism - Oral Injuries - Serology*

### INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* de las subespecies *pallidum*. Esta afección continúa siendo un importante problema de salud de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud; América Latina y el Caribe tienen la mayor incidencia de sífilis en el mundo, concentran 3 de los 12 millones de nuevas infecciones (1).

En 2016, en Argentina, se notificaron 545 casos totales y 212 confirmados de sífilis congénita.

Correspondieron, en su gran mayoría, a la zona Centro del país (Ciudad Autónoma de Buenos Aires –CABA–, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe) (2).

Según informes del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), entre 2011 y 2017, pasaron de 3875 casos reportados a 11 709, sin considerarse los casos no notificados o no diagnosticados, ya sea por la falta de consulta por parte de la población o por la falta de sospecha y confirmación diagnóstica. Este aumento de incidencia se describe en adolescentes y en adultos, sin modificaciones por clase social, según el Boletín Integrado de Vigilancia Epidemiológica del MSAL. (3)

De las notificaciones de sífilis en consultas clínicas durante el año 2018 se encontró que el 44% pertenece a hombres (tasa de incidencia 45,2  $\text{c}/100.000$  habitantes) y el 56% a mujeres (tasa de incidencia 55,9 personas  $\text{c}/100.000$  habitantes). Esta distribución probablemente sea atribuible a la mayor accesibilidad de las mujeres a los servicios de salud, más que a la

distribución de la enfermedad en la población. (4)

### ANTECEDENTES

La sífilis se considera “la gran imitadora” debido a su extrema heterogeneidad en la manifestación clínica y a su mimetismo con otras alteraciones; afecta principalmente la piel y las mucosas. La mucosa bucal se afecta frecuentemente en 30% de los pacientes con secundarismo sifilítico, incluso puede verse involucrada en ausencia de hallazgos cutáneos; estos pacientes plantearán un desafío diagnóstico. (5) Las lesiones de la mucosa bucal pueden ocurrir en cualquiera de las tres etapas principales de la sífilis. La boca es el sitio extragenital más común de la sífilis primaria. El chancro se hará presente en el sitio de inoculación, que puede ser en los labios, la lengua, la mucosa bucal, las amígdalas o la orofaringe. El chancro es una erosión generalmente única, indolora, con base endurecida y fondo limpio, siendo rico en *treponemas*, se acompaña de linfadenopatía local o regional. El período de incubación tiene una duración entre 10 y 90 días (media de tres semanas). Esta etapa puede durar entre dos y ocho semanas y desaparecer de forma espontánea, independientemente del tratamiento. (6) El período secundario se caracteriza por presentar manifestaciones cutáneas y/o generales. Las manifestaciones cutáneo-mucosas son las más frecuentes. El 25% de los pacientes no tratados desarrollará síntomas entre las 4 a 10 semanas posteriores a la aparición del chancro. Las manifestaciones cutáneas del secundarismo sifilítico son: eritematosas (roséola sifilítica) papulosas y pigmentarias. Las manifestaciones muco-

sas se localizan en boca, laringe, faringe y mucosa anogenital son lesiones eritematosas, pápulas, placas opalinas, lengua en pradera segada, condilomas planos. Puede haber alopecia, onixis y perionixis sifilítica. (7). En el estadio latente temprano la persona se encuentra asintomática. La respuesta inmunológica ha controlado la infección lo suficiente como para eliminar los síntomas, pero no ha erradicado al *Treponema pallidum* completamente. La enfermedad se pone en evidencia por la positividad de las pruebas de laboratorio. Este período transcurre en el primer año desde que se adquiere la infección. La sífilis terciaria en la mucosa bucal puede manifestarse como goma o glositis atrófica. El goma es una lesión granulomatosa destructiva, generalmente asintomática, que afecta cualquier parte de la boca, que puede extenderse a los tejidos adyacentes. La glositis atrófica se presenta en la cara dorsal, asume un aspecto suave y brillante debido a la atrofia de papilas filiformes y fungiformes. (8)

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 57 años de edad que concurre a la consulta de patología y clínica estomatológica derivado por su odontóloga particular para consulta por “llagas” en la boca. Como antecedentes personales refiere ser diabético insulino dependiente, ex fumador de 1 atado y medio por día (30 cigarrillos diarios) – entre los 20 y 52 años / total de cigarrillos fumados: 345.600 cigarrillos. Hábito sexual: heterosexual con pareja estable (declarada como única pareja en el último año) – tipo de práctica sexual: sexo genital. No utiliza métodos de barrera (preservativo).

## Crónica de una epidemia a la sombra de la pandemia. Comunicación de caso clínico

Naomy Echeverría; Martina Krause; Federico Ulibarrie; Pablo Cimatti; Geordina Alamo; Carolina Colombo. Asesores: Judith Baudó; Pablo Dorati; Gabriel Lazo



**Figura 1:** Lesiones en mucosa bucal superior.



**Figura 2:** Lesiones en mucosa yugal derecha.



**Figura 3:** Lesiones papulovegetantes del dorso lingual.



**Figura 5:** Lesiones en cara ventral de la lengua.



**Figura 6:** Lesiones en paladar duro y reborde residual superior.



**Figura 4:** Puntillado rojizo por la ubicación coriónica de las pápulas.

### Antecedentes de la enfermedad actual

El paciente relata que la enfermedad se inició hace aproximadamente 3 semanas, oportunidad en que aparecieron "llagas" muy dolorosas que lo llevaron a consultar a su odontólogo. Al salir esas llagas dejó de utilizar las prótesis pensando que podría existir mejoría, sin embargo, las

mismas persistieron, salieron nuevas y el dolor se hizo más intenso.

Comenta también que había tenido lesiones en la boca anteriores a las actuales, al igual que en el pene y en los dedos de los pies. Al consultar a un médico este lo derivó a un especialista en dermatología quien indicó una crema antimicótica y las lesiones curaron.

### Estado actual

Paciente ambulatorio, lúcido, ubicado en tiempo y espacio, afebril. Desdentado total maxilar superior, portador de prótesis completa desadaptada y contaminada. Maxilar inferior parcialmente dentado, no utiliza prótesis inferior. Piezas dentarias remanentes en malposición, con presencia de cálculo dental, placa bacteriana evidente y bolsas periodontales activas. Presenta lesiones en mucosa labial y surco vestibular superior (fondo de surco). Mucosa yugal derecha e izquierda en su tercio anterior. Lengua: dorso, cara ventral y bordes linguales. Paladar duro, y pilar anterior del velo del paladar del lado izquierdo. Se palpan polimicroadenopatías submaxilares y submentales, simétricas, móviles, no dolorosas.

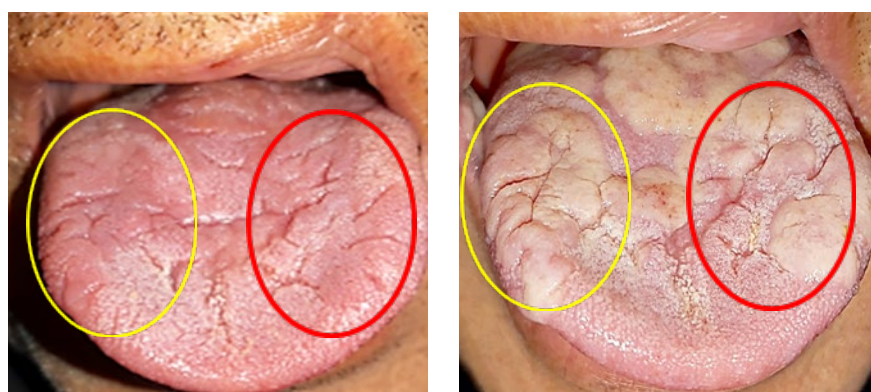
No existen, al momento de la consulta, lesiones palmoplantares ni en faneras. Todas las lesiones mucosas presentan un marcado polimorfismo clínico. Se observan extensas lesiones papulares de aspecto húmedo, color opalinas y contornos arciformes, infiltradas a la palpación.

## Crónica de una epidemia a la sombra de la pandemia. Comunicación de caso clínico

Naomy Echeverría; Martina Krause; Federico Ulibarrie; Pablo Cimatti; Geordina Alamo; Carolina Colombo. Asesores: Judith Baudo; Pablo Dorati; Gabriel Lazo



**Figura 7:** Iconografía posterior a la segunda dosis.



**Figura 8:** Los surcos ya existentes por lengua escrotal.

**Mucosa labial superior** (lado izquierdo): Extensa Pápula de contornos arciformes y superficie blanco opalina, húmeda, infiltrada a la palpación. Presenta una fisura profunda en su polo anterior. En mucosa labial adyacente a comisura izquierda pápula erosionada. Las lesiones presentan intenso dolor al examen. (Fig. 1)

**Mucosa yugal derecha** (tercio anterior): Pápulas coriónicas polimorfas de contornos arciformes, aspecto húmedo, opalinas, atravesadas por fisuras. La superior por una fisura de fondo rojiza no sangrante. infiltradas a la palpación. Muy dolorosas. (Fig. 2)

**Dorso de la lengua:** Se observan elementos papulovegetantes de aspecto cerebriforme, formados por la infiltración de los bordes de surcos linguales de la lengua escrotal del paciente. Tienen un aspecto pulido, edematoso. Son firmes a la palpación y no dolorosas. (Fig. 3)

Algunas pápulas (sobre todo las centrales) presentan un puntillado de origen vascular, de acuerdo con la ubicación coriónica de las pápulas. (Fig. 4).

**Cara ventral:** Pápula infiltrada recorrida

por un surco que nace en su polo posterior. (Fig 5)

**Paladar duro y reborde residual superior:** Manchas rojas y lesiones finamente vegetantes de superficie lobulada opalinas, que sobre el rafe medio cruzan la línea del postdaming extendiéndose a velo del paladar. (Fig. 6)

**Pilar anterior del velo del paladar** (lado izquierdo): Extensa pápula infiltrada a la palpación. (Fig. 6)

#### Diagnóstico presuntivo

Secundarismo Sifilítico

#### Estudios complementarios

- Registro iconográfico
- Estudios serológicos: VDRL – FTA abs – VDRL cuantitativa REACTIVA 1/256 dils – AC TREPONEMA PALLIDUM (FTA) 22.68 RP. Serología VIH: NO REACTIVO
- La pareja realizó estudios serológicos

similares arrojando los siguientes resultados: VDRL 1/32 dils – Sífilis TP 18.69 / HIV: NO REACTIVO

#### Diagnóstico de certeza

Secundarismo Sifilítico

#### Tratamiento

Se realizó la derivación al especialista en enfermedades infecciosas para iniciar el tratamiento que consistió en la aplicación Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI intramuscular con un esquema de tres dosis.

25/10/2019: Se realiza la aplicación de la primera dosis de penicilina benzatínica 2.400.000. El paciente refiere mejoría con disminución de la intensidad del dolor al segundo día de la aplicación, resultándole más fácil ingerir líquidos y sólidos.

1/11/2019: Segunda aplicación dosis de penicilina benzatínica 2.400.000. Clínica-

## Crónica de una epidemia a la sombra de la pandemia. Comunicación de caso clínico

Naomy Echeverría; Martina Krause; Federico Ulibarrie; Pablo Cimatti; Geordina Alamo; Carolina Colombo. Asesores: Judith Baudó; Pablo Dorati; Gabriel Lazo

mente libre de lesiones y dolor. Se realiza iconografía. (Fig. 7 y 8)

8/11/2019: Tercera y última dosis de penicilina benzatínica 2.400.000. Queda pendiente la prueba de VDRL

### DISCUSIÓN

El diagnóstico de la sífilis puede establecerse mediante la combinación de métodos de laboratorio simples y de bajo costo. Sin embargo, su retraso diagnóstico es frecuente y el tratamiento empírico recomendado es complejo. (9) En la actualidad, varias pruebas rápidas, simples y económicas están disponibles en todo el mundo para la detección de la

sífilis y representan la oportunidad para establecer su diagnóstico, sobre todo en poblaciones remotas con menores probabilidades de seguimiento de estos pacientes. Se ha descrito que en pruebas rápidas no treponémicas, como la reagin plasmática rápida (RPR) o en VDRL, la especificidad de cada prueba es > 95% en ambas, con sensibilidad que varía de 64 a 100%. (10) Sin embargo, se ha descrito que el fenómeno de prozona en el contexto de la sífilis puede ser prevalente (11) debido a que en el paciente con sífilis y VIH el comportamiento anómalo de las células B puede conducir a hipereactividad a la estimulación antigénica,

lo que lleva a la producción excesiva de anticuerpos. (12)

### CONCLUSIONES

Es preciso mantener nuestra atención sobre el problema preventivo asistencia que constituye aún la sífilis. Debe tratarse de elevar el índice de sospecha actual del odontólogo ya que tiene un lugar de privilegio para el diagnóstico de esta infección con alta prevalencia de lesiones bucales. El tratamiento debe ser: precoz, suficiente y adecuado. Debe hacerse observación posterior de los casos, durante 1 año por lo menos en sífilis reciente, y 3 años en tardía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. GALLO-VAULET L, MORANDO N, CASCO R, MELGAR A, NACHER S, RODRÍGUEZ FERMEPIN M. *Evaluation of the utility of a rapid test for syphilis at a sexually transmitted disease clinic in Buenos Aires, Argentina. Sci Rep* 2018; 8:7542.
2. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Sífilis congénita. Boletín Integrado de Vigilancia*. 2017;356(SE16):81. [Acceso: 9 de junio de 2018]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin\\_integrado\\_vigilancia\\_N356-SE16.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N356-SE16.pdf)
3. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Sífilis congénita. Boletín Integrado de Vigilancia*. 2017;356(SE16):81. [Acceso: 9 de junio de 2018]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin\\_integrado\\_vigilancia\\_N356-SE16.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N356-SE16.pdf)
4. BOLETÍN SOBRE EL VIH, SIDA E ITS EN LA ARGENTINA N° 36. Año XXII. Diciembre 2019
5. 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; 58:368-370. doi: 10.1111/adj.12085
6. SCOTT CM, FLINT SR. *Oral syphilis—re-emergence of an old disease with oral manifestations. Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34:58-63. DOI: 10.1016/j.ijom.2004.01.029
7. RAMÍREZ-AMADOR V, ANAYA-SAAVEDRA G, CRABTREE-RAMÍREZ B, ESQUIVEL-PEDRAZA L, SAEB-LIMA M, SIERRA-MADERO J. *Clinical spectrum of oral secondary syphilis in HIV-infected patients. J Sex Transm Dis* 2013; 2013:892427. doi: 10.1155/2013/892427
8. FURTADO J, ARANTES T, NASCIMENTO H, VASCONCELOS-SANTOS D, NOGUEIRA N, PINHO QUEIROZ R, BRANDÃO L, BASTOS T, MARTINELLI R, SANTANA R. *Clinical manifestations and ophthalmic outcomes of ocular syphilis at a time of re-emergence of the systemic infection. SCIENTIFIC REPORTS*, 2018, 8:12071
9. MORGADO D, ALSINA M, BOSCH J, ÁLVAREZ M, BLANCO JL, FUERTES I. *Sexually transmitted diseases of the anus and rectum: Causal agents, coinfections, HIV infection and high-risk sexual behaviour. Med Clin (Barc)* 2018; pii: S0025-7753 (18) 30153-2. doi: 10.1016/j.medcli.2018.02.014
10. MABEY D, PEELING RW, BALLARD R, BENZAKEN AS, GALBÁN E, CHANGALUCHA J, ET AL. *Prospective, multi-centre clinicbased evaluation of four rapid diagnostic tests for syphilis. Sex Transm Infect* 2006; 82:v13-16. DOI: 10.1136/sti.2006.022467
11. MUSER DM, HAMILL RJ, BAUGHN RE. *Effect of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the course of syphilis and on the response to treatment. Ann Intern Med* 1990; 113:872-881. DOI: 10.7326/0003-4819-113-11-872
12. LANE HC, MASUR H, EDGAR LC, WHALEN G, ROOK AH, FAUCI AS. *Abnormalities of B-cell activation and immunoregulation in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. N Engl J Med* 1983; 309:453-458. DOI: 10.1056/NEJM198308253090803