

SÍFILIS SECUNDARIA EN CAVIDAD ORAL. REPORTE DE DOS CASOS. ORAL SECONDARY SYPHILIS. TWO CASES REPORT.

M G DÍAZ *, E CARBÓ *, M V GUARDATI **, M A REYES ***,
 J WEIDMANN ****, M ELETTI ***** y J L IRIBAS *****

SUMMARY Syphilis is a human infectious disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*. The disease is transmitted by direct contact with a lesion during the primary or secondary stages, in utero by the transplacental route, or during delivery as the baby passes through an infected canal. The bacterium may infect any organ, causing an infinite number of clinical presentations.

Secondary syphilis is characterized by mucocutaneous lesions, a flulike syndrome, and generalized adenopathy. Hepatosplenomegaly may be present. The oral mucosa is the second most frequent site of luetic lesions; the genital areas are the most frequent. In the oral cavity, the most characteristic lesion is a whitish mucosal patch, normally located on the lips, tongue, or palate, which is extremely contagious.

The differential diagnosis of this lesion may include oral squamous carcinoma, leukoplakia, candidosis, lichen planus, and hairy oral leukoplakia.

Definitive diagnosis is based on clinical information and completed by laboratory examinations even the biopsy can help us. With the diagnosis of secondary syphilis treatment with penicillin G benzathine must be started.

We present two cases of secondary syphilis with oral lesions only; the first one, a man with macule covered with a whitish membrane on palate mucosa and a lateral neck adenopathy. The lesion had been present for three months. The second one, a woman with painful whitish mucosal patch since two weeks ago. No fever or flulike syndrome. Luetic serologic tests were positive in both cases and in the first one the biopsy showed a chronic inflammatory infiltrate.

The drug of choice in the treatment of our patients was benzathine penicillin G.

KEY WORDS: secondary syphilis, opalines syphilides, oral pathology.

Rev Argent Dermatol 2008; 89: 237-241.

- * Médicos Concurrentes.
- ** Médica Concurrente. Jefe Trabajos Prácticos Dermatología. Universidad Adventista del Plata.
- *** Médica Dermatóloga. Instructora de Concurrentes. Jefa Trabajos Prácticos Dermatología. Universidad Adventista del Plata.
- **** Médica. Instructora de Concurrentes. Jefe Trabajos Prácticos Dermatología. Universidad Adventista del Plata.
- ***** Médica Anatomopatóloga.
- ***** Médico Dermatólogo. Médico de Planta Servicio de Dermatología. Titular de la Cátedra de Dermatología. Universidad Adventista del Plata.

Servicio de Dermatología.
 Hospital "Dr. José María Cullen".
 Av. Freyre 2150. Santa Fe. Argentina.

Facultad de Ciencias de la Salud.
 Universidad Adventista del Plata Lib. San Martín.
 Entre Ríos. Argentina.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Treponema pallidum*, caracterizada por la aparición de una úlcera indolora o chancro en el sitio de inoculación, asociado con linfadenopatías regionales. Luego de un período variable la infección se torna sistémica caracterizando a los estadios secundarios y terciarios. La lúes secundaria se caracteriza por lesiones mucocutáneas, estado pseudogripal (cefaleas, mialgias, meningismo y anorexia), adenopatías generalizadas y eventualmente hepatoesplenomegalia.

Existen pocos casos publicados de lesiones orales aisladas como manifestación de sífilis secundaria; dichas lesiones



Fig 1: lesión redondeada de lecho blanquecino y bordes eritematosos e indurados que abarca paladar duro, blando y ambos pilares.

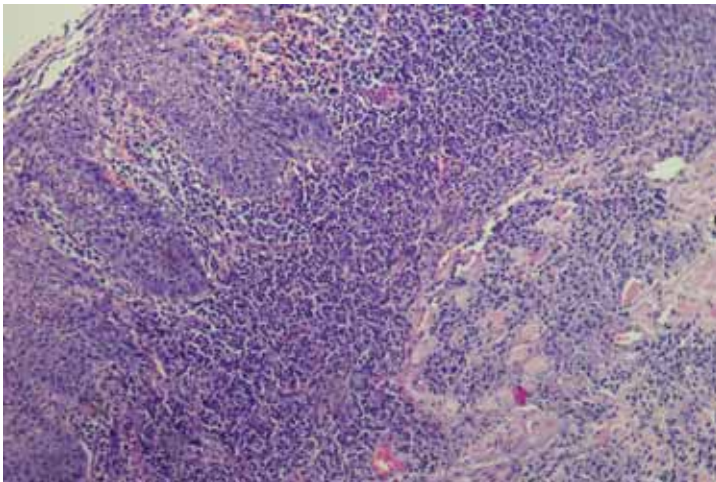


Fig 2: hiperplasia pseudoepiteliomatosa con focos erosivos e intensa exocitosis de polimorfonucleares (10 X).

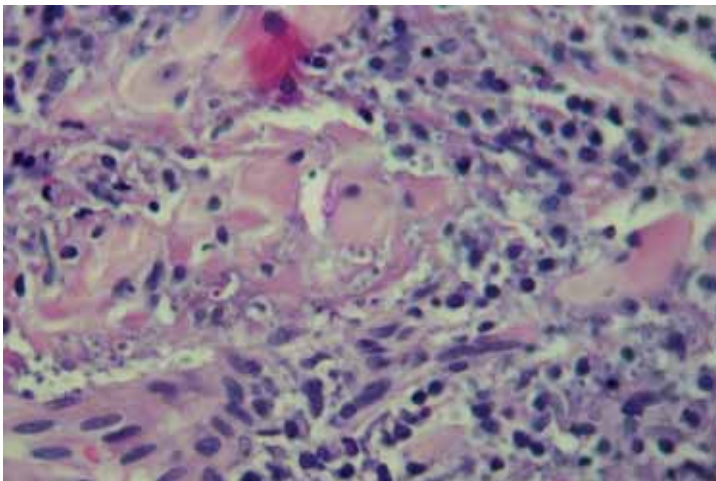


Fig 3: el corión contiene intenso y difuso infiltrado de linfocitos, plasmocitos e histiocitos (40 X).



Fig 4: lesiones papulosas, confluentes en placas, blanquecinas, en el tercio anterior de la mucosa yugal, bilateral.



Fig 5: lesiones papulosas, confluentes en placas, blanquecinas, en el tercio anterior de la mucosa yugal, bilateral.

nes ocupan el segundo lugar en frecuencia dentro de la patología mucosa de la enfermedad ².

Reportamos el caso clínico de dos pacientes que consultaron con afectación exclusiva de la mucosa oral.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: motivo de consulta: refiere sensación de cuerpo extraño en boca de un año de evolución, por el que fue medicado con Nistatina.

Enfermedad actual: paciente de 36 años que refiere antecedentes de urticaria; aparente sífilis hace tres años, realizó tratamiento con penicilina benzatínica, IM semanales, cuatro dosis; es derivado por el Servicio de Odontología por lesiones en paladar de tres meses de evolución. Examen físico: lesión redondeada de lecho blanquecino, bordes eritematosos e indurados que abarca paladar duro, blando y ambos pilares. Adenopatía látero cervical izquierda (Fig 1).

Exámenes complementarios: laboratorio dentro de parámetros normales

VDRL + > 256 dils. FTA- abs: positivo.

Biopsia: los cortes estudiados presentan hiperplasia pseudoepiteliomatosa con focos erosivos e intensa exocitosis de polimorfonucleares. El corion contiene difuso e intenso infiltrado de linfocitos, plasmocitos e histiocitos.

Ausencia de fenómenos de vasculitis y/o endotelitis.

El infiltrado comprende al músculo estriado subyacente (Figs 2 y 3).

Cultivo para bacterias y hongos: negativo.

Caso 2: motivo de consulta: lesiones en cavidad bucal.

Enfermedad actual: paciente de 23 años, sin antecedentes tóxicos, con broncoespasmos en la infancia, consulta por lesiones blanquecinas en mucosa yugal, de dos semanas de evolución, dolorosas, no se acompaña de equivalentes febriles ni compromiso del estado general.

Examen físico: lesiones papulosas, confluentes en placas, blanquecinas, en el tercio anterior de la mucosa yugal, bilateral, sangrado al roce. Adenopatías submaxilares. Lengua con áreas de depapilación (Figs 4 y 5).

Exámenes complementarios: laboratorio general dentro de parámetros normales.

VDRL 128 dils.

COMENTARIO

La infección es más frecuente entre los 20 y 30 años, predominando en el sexo masculino¹.

La inoculación de treponema puede darse a través de abrasiones en la piel o mucosas intactas. La combinación de la respuesta inmune humoral y celular impide la infección, eliminando las espiroquetas. Durante la sífilis secundaria la inmunidad humoral se intensifica en respuesta al gran número de microorganismos, pero al mismo tiempo la inmunidad mediada por células se vuelve deficiente, por lo que permite una mayor proliferación de los mismos³.

La sífilis secundaria se manifiesta entre los dos y seis meses luego de la primoinfección¹.

La mucosa oral es el segundo sitio en frecuencia de las lesiones luéticas, típicamente múltiples y dolorosas; la mucosa genital es el área más comúnmente afectada⁷. En la cavidad oral, las lesiones más características son erosiones recubiertas por una pseudomembrana blanquecina (sífilides opalinas)⁹, normalmente localizada en los labios, lengua o paladar, las cuales son extremadamente contagiosas. Otra presentación frecuente de las manifestaciones luéticas son pápulas eritematosas o úlceras⁸. Se han descrito casos de sífilis secundaria en forma de máculas rojo vinosas en la mucosa palatina o en el área gustativa del dorso de la lengua. Otras lesiones descriptas incluyen máculas cubiertas de una membrana blanquecina simulando una dermatitis liquenoide, leucoplasia, pápulas color carne en la zona anterior de la lengua y macroglosia².

Los diagnósticos diferenciales de las lesiones incluirían carcinoma espinocelular oral, leucoplasia, eritoleucoplasia, candidiasis, liquen plano, afecciones granulomatosas, leucoplasia oral vellosa, lupus eritematoso y eritema multiforme^{5,11}.

El estudio histopatológico puede ser una herramienta útil si existe la sospecha clínica. La presencia de infiltrados plasmocitarios, hiperplasia epitelial granulomatosa, endarteritis y neuritis pueden sugerir el diagnóstico de la enfermedad en su estadio secundario^{6,10}, aunque la serología disponible lo confirma¹.

El tratamiento continúa siendo la Penicilina G Benzatínica, dependiendo la dosis y duración del mismo del estadio de la enfermedad y las manifestaciones clínicas¹.

Nuestros pacientes presentaron como única manifestación de su enfermedad lesiones en cavidad oral, lo cual es poco frecuente.

Es importante considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de lesiones mucosas orales, para realizar un diagnóstico temprano, tratamiento precoz y evitar el contagio, así como descartar la asociación con HIV¹⁰.

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad infecciosa humana causada por una bacteria: el *Treponema pallidum*. La enfermedad es transmitida por contacto directo a través de lesiones durante el estadio primario y secundario, por vía transplacentaria intrauterina o a través del canal uterino; puede afectar cualquier órgano de la economía causando un número infinito de presentaciones clínicas.

La sífilis secundaria cursa con manifestaciones mucocutáneas características y eventual sintomatología general.

La presentación clínica de nuestros dos pacientes es singular ya que solo poseían lesiones en la cavidad oral.

La respuesta al tratamiento instaurado fue buena.

PALABRAS CLAVE

Sífilis secundaria, sífilides opalinas, patología oral.

REFERENCIAS

1) Sánchez MR. Capítulo 228. Sección 31. En Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ,

Wolf K, Austen KF, Goldsmith y Katz. Dermatología en Medicina General. Sexta edición. Editorial Panamericana 2003; 2445-2473.

- 2) Dalmau J, Alegre M, Sambeat M, Roe E, Peraquinel L y Alomar A. J Am Acad Dermatol 2005; 54: 59-60.
- 3) Córdoba Rincón C. Médicas Uis 2003; 17:150-153.
- 4) Anquilina C, Viraben R y Denis P. Secondary syphilis simulating oral hairy leukoplakia. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 749-751.
- 5) López Ortega K, Pepe Medeiros de Rezende N, Watanuki F, Soares de Araujo N, H.C.G y Magalhaes M. Sífilis secundaria en un paciente VIH positivo. Med Oral 2004; 9: 33-38.
- 6) Trevejo-Nuñez G y Daskalakis D. HIV and Syphilis - Diagnostic and Therapeutic Approach. Int J Dermatol 1999; 38: 53-55.
- 7) Habif TP. Clinical Dermatology. Cuarta edición. Editorial Mosby 2004; 318-320.
- 8) Minerva Scott J, Ethundandan M y Flood T. BMJ 2007; 334: 908.
- 9) Mazzini MA. Dermatología Clínica. Editorial López Libreros Editores. Buenos Aires. Argentina. 1977; 1114-1126.
- 10) Barrett AW, Villarroel Dorrego M, Hodgson TA, Porter SR, Hopper C, Argiriadou AS y Speight PM. 2004; 33: 286-291.
- 11) Ramírez-Amador V, Madero JG, Pedraza LE, de la Rosa García E, Guevara MG, Gutiérrez ER y Reyes-Terán G. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996; 81: 652-654.