

La adenopatía como clave diagnóstica para la sífilis primaria. Informe de casos

Adenopathy as diagnostic key for primary syphilis. Case reports

Presentado: 5 de abril de 2022
Aceptado: 12 de agosto de 2022
Publicado: 28 de agosto de 2022

Laura González Roma^{ab},  Laura C. Werner^{acd} 

^a Cátedra de Clínica Estomatológica, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

^b Cátedra de Clínica Estomatológica III, Escuela de Odontología USAL/AOA, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

^c Cátedra de Clínica Estomatológica II, Escuela de Odontología USAL/AOA, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

^d Servicio de Estomatología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Objetivo: Describir tres situaciones clínicas en las que se presentan distintas manifestaciones bucales para una misma entidad patológica. En los tres casos la sospecha diagnóstica de sífilis primaria se basó en la presencia de una adenopatía. Los estudios de laboratorio permitieron confirmar el diagnóstico de sífilis. Por su polimorfismo y variabilidad clínica en sus diferentes etapas evolutivas, la sífilis es descripta clásicamente como “la gran simuladora”. Este artículo propone que la presencia de adenomegalias características puede ser una clave para orientar el diagnós-

tico de la patología, lo cual no ha sido aún reportado en la literatura.

Casos clínicos: Se presentan tres casos clínicos de pacientes que acudieron a una consulta estomatológica privada y al Servicio de Estomatología del Hospital Alemán de Buenos Aires. Los tres acuden con signos y síntomas diferentes, pero compartiendo la presencia de adenopatías múltiples, en las que se destaca un elemento ganglionar más voluminoso.

Palabras clave: Chancro sífilítico, diagnóstico diferencial, estomatología, sífilis.

Abstract

Aim: To describe three clinical cases that present different oral manifestations for the same pathological entity. In all three cases, the suspected diagnosis of primary syphilis was based on the presence of an adenopathy. Laboratory studies confirmed the diagnosis of syphilis. Due to its polymorphism and clinical variability in the different evolutionary stages, syphilis is classically described as “the great simulator”. This article proposes that the presence of characteristic adenomegalias can be a key to guide the di-

agnosis, which has not yet been reported in the literature.

Clinical reports: Three clinical cases of patients who attended a private stomatology consultation and the Stomatology Service of the Hospital Alemán de Buenos Aires are presented. The three patients showed different signs and symptoms but shared the presence of multiple adenopathies with a more voluminous ganglial element.

Key words: Differential diagnosis, stomatology, syphilitic chancre, syphilis.

Introducción

A nivel mundial, la sífilis es en la actualidad una de las patologías infecciosas más frecuentes y su diagnóstico suele ser un gran desafío debido al habitual polimorfismo de su presentación.¹ Se trata de

una enfermedad bacteriana causada por el *Treponema pallidum* en su subespecie *pallidum*. La principal vía de transmisión es la sexual, por lo que el sitio de inoculación es usualmente el área genital, pero

también puede darse en localizaciones extragenitales como la cavidad bucal.

Esta enfermedad infecciosa atraviesa diferentes etapas. En el lapso de algo más de un año, los pacientes con esta patología pasan de ser altamente infectantes a transformarse en portadores latentes de la enfermedad. Esta evolución, si bien tiene patrones establecidos de presentación, puede ser clínicamente muy diferente de acuerdo al paciente¹. En relación al tiempo transcurrido desde la infección al diagnóstico, se la clasifica como sífilis precoz o tardía. El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades² establece que se trata de sífilis precoz cuando la infección se ha producido en el último año; esta categoría comprende la sífilis primaria, la sífilis secundaria y la sífilis latente precoz (cuando se presentan serologías positivas en pacientes asintomáticos). Según la Organización Mundial de la Salud³, este período es de 2 años. La sífilis tardía es la que se ha adquirido con una antigüedad mayor a un año, y comprende la sífilis latente tardía y la sífilis terciaria.⁴

El período primario se caracteriza por la aparición del chancro en el sitio de inoculación. La mayor parte de los chancros extragenitales, entre el 40 y el 75%, se localizan en la cavidad bucal.⁵ Las principales localizaciones bucales son en los labios, la lengua, el paladar, las amígdalas y las encías. Recurriendo a su descripción clásica, el chancro es una lesión única, indolora, de color rojo o “carne cruda”⁶ que se erosiona rápidamente, dejando una lesión de base limpia, bordes firmes y sobreelevados, con un tamaño que varía desde los 0.3 a los 3 cm y que luego involuciona sin dejar cicatriz.^{4,5} Sin embargo, el aspecto varía según la localización, y en algunos casos es posible encontrar más de una lesión. El chancro se asocia a linfadenopatía regional en más del 80% de los casos, que aparece aproximadamente una semana después.^{5,7} Las adenopatías son generalmente voluminosas, múltiples, sin periadenitis, indoloras, de consistencia elástica y se distinguen por presentar un ganglio de mayor tamaño denominado “perfecto”.⁶ Pueden ser homolaterales o bilaterales y normalmente no se adhieren entre sí ni a la piel. El chancro involuciona espontáneamente luego de un período de entre 2 y 8 semanas sin dejar lesión residual, y habitualmente la adenopatía persiste un tiempo más.⁴

El objetivo de este informe es presentar tres situaciones clínicas donde se describen distintas manifestaciones bucales de una misma entidad patológica, que podría ser erróneamente diagnosticada. En los tres casos, la sospecha diagnóstica de sífilis primaria

se basó en la presencia de una adenomegalia de características particulares. Los estudios de laboratorio permitieron confirmar los diagnósticos presuntivos de chancro sífilítico.

Casos clínicos

En los tres casos que se presentan a continuación, los pacientes firmaron el consentimiento informado.

Caso clínico 1

Un hombre de 42 años, residente de la Ciudad de Buenos Aires, asiste a una consulta estomatológica privada por una lesión labial de diez días de evolución. La lesión había sido diagnosticada como herpes recurrente y tratada con aciclovir en crema sin presentar mejorías clínicas. No se registraron antecedentes médicos personales ni familiares relevantes. El paciente no fuma ni bebe alcohol.

La inspección bucal evidenció una erosión de forma oval de 1 cm (diámetro mayor) con un fondo de color blanco amarillento en la mucosa del labio superior, a nivel de la línea media. Se descartó que se tratara de un techo de ampolla porque no pudo pinzarse ni se modificó el relieve al insuflar aire utilizando la jeringa triple. Sobre esta erosión, en el borde bermellón (semimucosa labial) se observaba una delgada costra serosa. El paciente no refirió dolor durante la palpación de la lesión (fig. 1).



Figura 1. Imagen clínica del primer caso. Costra en la semimucosa y erosión de fondo blanco en la mucosa en el labio superior.

El resto de la cavidad bucal no presentó evidencias de ninguna patología. Durante la palpación de las adenopatías cervicofaciales se identificaron adenomegalias occipitales y submaxilares bilaterales. Se identificó también un elemento ganglionar más voluminoso, de consistencia elástica, localizado en la región submaxilar derecha visible a la inspección. (fig. 2).



Figura 2. Imagen clínica del primer caso. Adenopatía submaxilar derecha voluminosa.

Se realizó el diagnóstico presuntivo de sífilis primaria. El diagnóstico fue confirmado a través de un análisis de laboratorio que incluyó la prueba treponémica FTA-ABS (prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes), cuyo resultado fue positivo, y la prueba no treponémica VDRL, (*Venereal Diseases Research Laboratory*) reactiva a 8 diluciones. Luego de la confirmación serológica, se derivó al paciente a infectología. La figura 3 muestra la evolución del paciente luego de una semana de la administración de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI IM.



Figura 3. Imagen clínica del primer caso. Control clínico post-tratamiento antibiótico.

Caso clínico 2

Un hombre de 65 años, residente de la Provincia de Buenos Aires, asiste a una consulta estomatológica privada por una lesión labial de siete días de evolución. Como parte de los antecedentes médicos se registró una hipertensión arterial controlada. El paciente no fuma y bebe una copa de vino tinto al día.

En el paladar duro, se observó una ulceración cubierta por una necrosis que podría asemejarse al

techo de una ampolla pues pudo ser tomada por una pinza para algodón. El borde bermellón del lado izquierdo presentaba una ulceración cubierta por una costra hemorrágica y melicérica. Durante el interrogatorio, el paciente relató que la lesión en el paladar era producto de una quemadura (con un alimento muy caliente), pero no pudo vincular la lesión labial con causas traumáticas o irritativas (figs. 4 y 5).



Figura 4. Imagen clínica del segundo caso. Ulceración labial y pérdida de sustancia en paladar duro cubierta parcialmente con necrosis.



Figura 5. Imagen clínica del segundo caso. Ulceración labial con mayor detalle.

A través de la palpación de adenopatías se encontró una adenomegalia submaxilar voluminosa homolateral de consistencia firme y no dolorosa. No se constataron otras adenopatías cervicofaciales. La figura 6 muestra el aspecto clínico de la lesión labial a la semana de la primera consulta, momento en el cual

el paciente aportó los análisis de laboratorio donde se confirmaba la positividad de las pruebas FTA-ABS y VDRL positivo a 16 diluciones.



Figura 6. Imagen clínica del segundo caso. Evolución de las lesiones luego de una semana.

Caso clínico 3

Un hombre de 53 años concurre a la consulta con un diagnóstico dermatológico de “afta” de un mes de evolución. El paciente no refiere antecedentes médicos relevantes, a excepción de aftosis recurrente desde la niñez, es homosexual y relata que tiene un grupo cerrado de compañeros sexuales.

La inspección intraoral reveló una lesión indolora de 1,3 por 1 cm en la cara ventral de lengua tercio anterior lado izquierdo. Su polo superior era de color blanco opalino y presentaba una depresión eritematosa central (fig. 7). El resto de la cavidad bucal no presentó lesiones. No se registraron lesiones en la piel ni en otras mucosas, pero se observó una adenopatía submaxilar izquierda móvil, no dolorosa de dureza leñosa, de aproximadamente 2,5 cm. Contralateralmente, se palparon adenopatías submaxilares que eran móviles y no dolorosas. El diagnóstico de sífilis se confirmó con la positividad de las pruebas FTA-ABS y VDRL positiva en 32 diluciones. La figura 8 muestra el control clínico de la evolución del paciente postratamiento antibiótico.

Confirmado el diagnóstico de sífilis, a los tres pacientes se le solicitó el test de ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) para HIV, que en los tres casos resultó negativo. Asimismo, se los orientó sobre los riesgos de contagio de la patología. Todos fueron derivados a infectología, donde se completaron los estudios de laboratorio para enfermedades de

transmisión sexual (ETS). Los tres pacientes recibieron una dosis única de penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI IM.



Figura 7. Imagen clínica del tercer caso. Pápula en la cara ventral de la lengua (lesión solitaria).



Figura 8. Imagen clínica del tercer caso. Control clínico postratamiento antibiótico.

Discusión

La sífilis constituye una ETS causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* (*T.pallidum*). El período primario comienza con la aparición del chancro (sitio de inoculación). Si bien el chancro sífilítico tiene una localización mayoritariamente genital, al menos un 5% tiene asiento extragenital, siendo la boca el sitio preferencial.⁸ Dentro de la boca, es posible encontrarlo en el labio, el paladar blando, la lengua y las encías. La descripción clásica refiere al chancro como único, erosivo, indoloro y de dureza casi fibrosa; pero pueden encontrarse otras variantes clínicas (múltiples, ulcerados, dolorosos y no indurados).⁶

Dada la variabilidad en la presentación del chancro, su involución espontánea y su naturaleza indolora, muchas veces este no es diagnosticado o se lo diagnostica como una ulceración o erosión inespecífica.

Estos diagnósticos diferenciales varían en función de su localización: cuando el chancro se asienta en la semimucosa de labio, muchas veces es diagnosticado como un herpes recurrente; en la lengua se asocia a lesiones traumáticas y aftosis recurrente; mientras que en paladar puede ser diagnosticado como una enfermedad ampollar (a pesar de que esta difícilmente se cursa con lesiones solitarias) o como aftoides.

En el tercer caso clínico se encontró una lesión en la cara ventral de la lengua, con características que podrían confundirse con una manifestación del período secundario de la sífilis precoz, ya que la presencia de pápulas en la cara ventral de la lengua es patognomónica del secundarismo. Sin embargo, este período de la enfermedad no se caracteriza por la forma clínica que se observó en el paciente (una lesión solitaria y adenopatías tan voluminosas y duras a la palpación). Además, autores como Ficarra y Román⁵ consideran que la pápula puede ser una posible manifestación inicial de un chancro.

Existen dos tipos de pruebas serológicas usadas para el diagnóstico de sífilis, cuyos resultados son la guía de su tratamiento: las no treponémicas y las treponémicas. El diagnóstico presuntivo de sífilis requiere por lo general un resultado positivo en ambos tipos de pruebas. Las pruebas no treponémicas miden los anticuerpos IgG e IgM formados por el huésped en respuesta a la infección. Puesto que estos anticuerpos son inespecíficos, pueden producirse resultados falsos positivos en determinadas situaciones (cuando el paciente padece infecciones virales febriles agudas o con ciertas enfermedades autoinmunitarias crónicas). Las pruebas no treponémicas más usadas en la práctica actual son la prueba VDRL y la RPR (reagina plasmática rápida). Aun cuando las pruebas no treponémicas tienden a ser sumamente sensibles, lo ideal es confirmar los resultados positivos de tamizaje con pruebas treponémicas, debido al riesgo de resultados falsos positivos.

Algunas pruebas treponémicas de anticuerpos usan como antígeno la bacteria completa, mientras que otras utilizan solo algunos de sus componentes específicos. Las más frecuentemente utilizadas son: TPPA (ensayo de aglutinación de partículas de *T. pallidum*), TPHA (prueba de hemaglutinación de partículas de *T. pallidum*), FTA-ABS y MHA-TP (técnica de microhemaglutinación para *T. pallidum*).⁹

El diagnóstico de sífilis primaria resulta un desafío para la práctica clínica. La solicitud de pruebas

específicas se realiza solamente ante la sospecha de la entidad. En este sentido, un signo clínico como la adenopatía resulta de gran valor para encausar el diagnóstico. En los tres casos presentados se pudo constatar una adenopatía cervical voluminosa asociada al chancro y fue su presencia la que sugirió el diagnóstico, que luego se confirmó por medio de pruebas serológicas.

El rápido reconocimiento y correcto tratamiento de la sífilis primaria constituyen en la actualidad las principales herramientas para evitar la diseminación. Se calcula que entre el 16 y el 30% de los individuos que tengan algún tipo de contacto sexual con enfermos con lesiones habitadas (en el período primario o secundario de la enfermedad), la adquirirá dentro de los 30 días posteriores al contacto.¹ Por todo lo mencionado, resulta importante destacar el valor de la semiología ganglionar en la práctica odontológica diaria.


Declaración de conflicto de intereses


Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este artículo científico.

Fuentes de financiamiento

Este estudio fue financiado exclusivamente por los autores.

Identificadores ORCID

LGR  0000-0003-4830-3302

LCW  0000-0002-3826-4672

Referencias

1. Bermejo A, Leiro V. Sífilis. El desafío permanente. *Dermatol Argent* 2011[citado el 3 de marzo de 2022];17:156-59. Disponible en: <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/581/401>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. Annual epidemiological report for 2018. 2020[citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-annual-epidemiological-report-2018
3. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance. 2018[citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1170799/retrieve>
4. Lasagabaster MA, Guerra LO. Sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2019;37:398-404. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.12.009>

5. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. *Head Neck Pathol* 2009; 3:195-206. <https://doi.org/10.1007/s12105-009-0127-0>
6. Grinspan D. *Enfermedades de la Boca. Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal*, 2^{da} ed., Buenos Aires, Mundi, 1977, pp. 1025-30.
7. Streight KL, Paranal RM, Musher DM. The oral manifestations of syphilitic disease: a case report. *J Med Case Rep* 2019;13:227. <https://doi.org/10.1186/s13256-019-2171-z>
8. Ramoni S, Cusini M, Gaiani F, Crosti C. Syphilitic chancres of the mouth: three cases. *Acta Derm Venereol* 2009;89:648-49. <https://doi.org/10.2340/00015555-0709>
9. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Organización Panamericana de la Salud. Prácticas con respecto a las pruebas de diagnóstico de la sífilis en la Región de las Américas: resultados de la encuesta realizada

en el 2014. 2016[citado el 12 de junio de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34107>

Cómo citar este artículo

González Roma L, Werner LC. La adenopatía como clave diagnóstica para la sífilis primaria. Informe de casos. *Rev Asoc Odontol Argent* 2022;110:e1100833. <http://doi.org/10.52979/raoa.1100833.1193>

Contacto:

LAURA GONZÁLEZ ROMA
lbgonzroma@intramed.net