

Lesiones blanquecinas orales

Gianina M. Alcalá Cepeda, Gabriela Scalia, Paula Enz y Ricardo L. Galimberti

Se presentan dos casos de pacientes que fueron atendidos en el sector de Estomatología del Servicio de Dermatología del Hospital Italiano, por presentar lesiones en la cavidad oral y sin otras lesiones en el resto del tegumento.

Caso 1: Paciente de sexo femenino de 70 años, con antecedente de hipertensión arterial, tratada con enalapril 10 mg/día, quien consultó al Servicio de Dermatología por un cuadro caracterizado por placas redondeadas blanquecinas de límites definidos, de entre 2 y 8 mm, algunas agminadas formando lesiones de mayor tamaño, levemente infiltradas, indoloras, de 1 mes de evolución, localizadas en cara ventral y lateral izquierda de la lengua (Figs. 1 y 2).

Se realizó hisopado para virus herpes simple 1 y 2 y virus varicela zóster que fue negativo, Elisa para HIV negativo, y se solicitó VDRL, que fue reactiva 256 dils. Con la clínica y el laboratorio se arriba al diagnóstico de sífilis secundaria.

Se indicó tratamiento a la paciente y a su contacto epidemiológico con penicilina G benzatínica 2 400 000 UI

intramuscular (IM) por semana, 3 dosis, con mejoría de las lesiones y descenso gradual de los valores de la VDRL en los controles posteriores (64, 32, 8 y 4 dils).

Caso 2: Paciente de sexo masculino de 50 años, con antecedente de HIV positivo diagnosticado en 2007, medicado con lamivudina/zidovudina y nevirapina; extabquista. Consultó por presentar placas blanquecinas localizadas en bordes libre y ventrales de la lengua (Fig. 3), ovaladas, de entre 2 y 7 mm, edematosas, asintomáticas, de un mes de evolución. Además presentaba adenopatías móviles e indoloras en región cervical y submaxilar. Había realizado tratamiento con nistatina sin mejoría.

Se le realizó examen micológico y bacteriológico de las lesiones, que resultó negativo. En el laboratorio se destacaron una VDRL reactiva 256 dils y una FTABs positiva. El dosaje de CD4 fue de 350/mm³ y se le realizó una punción lumbar que arrojó un líquido normal con VDRL negativa.

Se realizó diagnóstico de sífilis secundaria y se le indicó tratamiento con penicilina G benzatínica 2 400 000 UI IM por semana durante 4 semanas, pesquisa y tratamiento de los contactos epidemiológicos. La evolución fue favorable, con disminución de los valores de la VDRL (8 dils).



Figura 1. Placas redondeadas blanquecinas, levemente infiltradas, localizadas en cara ventral de la lengua.



Figura 2. Placas blanquecinas agminadas, indoloras, localizadas en cara lateral izquierda de la lengua.

Entregado: 9/10/2012

Aceptado: 18/10/2012



Figura 3. Placas blanquecinas ovaladas, edematosas, asintomáticas, localizadas en bordes libre y ventrales de la lengua.

COMENTARIO

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por el *Treponema pallidum*, una espiroqueta que tiene tropismo por diferentes órganos y tejidos del cuerpo y ocasiona distintas manifestaciones clínicas.¹

Durante los últimos años se ha visto un incremento de la enfermedad en varios países. Más del 50-60% de los nuevos casos de sífilis ocurren en hombres que tienen sexo con hombres y está fuertemente asociado a coinfección con HIV y conductas sexuales de alto riesgo.^{2,3}

La enfermedad se divide en las etapas evolutivas temprana (que incluye la sífilis primaria, la sífilis secundaria y la sífilis latente precoz) y tardía (abarca la sífilis latente tardía y la sífilis terciaria), encontrándose convencionalmente el límite entre ellas en un año. Esta división tiene importancia epidemiológica por la posibilidad de transmisión de la enfermedad. Las lesiones mucocutáneas de las formas tempranas son contagiosas; en cambio, las manifestaciones de las formas tardías no lo son.¹

Aunque las manifestaciones orales de la sífilis se presentan con mayor frecuencia en la enfermedad secundaria, se pueden observar en todos los estadios de la infección.² En la sífilis primaria, la lesión característica es el chancro sífilítico; la manifestación clínica de los chancros genitales y extragenitales es similar.² Estas lesiones son úlceras induradas asintomáticas, asociadas con adenopatías cervicales y submandibulares, usualmente únicas, y curan espontáneamente sin cicatriz.^{2,3}

Los chancros orales se observan en cerca del 4-12% de los pacientes con sífilis primaria y aparecen en el sitio de penetración del microorganismo en la mucosa. Los lugares

afectados con más frecuencia son la lengua, la mucosa gingival, el paladar blando y los labios.

En la sífilis secundaria, las manifestaciones orales son variables.

Las más características y reconocidas son múltiples placas mucosas ligeramente elevadas, cubiertas por pseudomembranas blancogrisáceas, con halo eritematoso. Los sitios típicos son el paladar blando y pilares, la lengua y la mucosa vestibular. Los ganglios linfáticos están usualmente agrandados y tumefactos. Las lesiones orales son dolorosas y pueden ulcerarse al confluir formando múltiples placas. A menudo se asocian faringitis, amigdalitis y laringitis inespecíficas.^{2,3}

Otras formas clínicas incluyen sífilides maculares y papulares, localizadas en la mucosa oral o las comisuras.²

En la cavidad oral, la sífilis terciaria se manifiesta como gomas localizadas principalmente en el paladar duro. Otros sitios pueden ser la lengua, los labios y el paladar blando. Los gomas son nódulos que se inician como pequeñas úlceras que se agrandan y pueden comprometer estructuras adyacentes.³

En pacientes con HIV, las lesiones son más floridas, con múltiples lesiones ulceronodulares orales, periorales y cutáneas.³

Para realizar el diagnóstico es necesario tener una alta sospecha clínica y realizar procedimientos diagnósticos, tales como la treponemoscopia (campo oscuro o inmunofluorescencia directa, esta última más sensible para lesiones orales) y las pruebas no treponémicas (VDRL) y treponémicas (FTabs).⁴

La evolución natural de la enfermedad sigue un curso variable según el paciente; un tercio de los infectados evoluciona espontáneamente hacia la recuperación total sin tratamiento; un tercio permanece en etapas latentes de la enfermedad, que se evidencian solamente con pruebas serológicas reactivas, y, en el tercio restante, la enfermedad evoluciona hacia la etapa destructiva (sífilis terciaria).¹

El resurgimiento de casos de sífilis en la última década motiva esta publicación. Su variada presentación y su frecuente manifestación oral requieren que los médicos consideremos la sífilis como diagnóstico diferencial dentro de ciertas afecciones, sobre todo las mucocutáneas.^{3,5}

El diagnóstico y seguimiento de esta patología demanda considerar la historia sexual, el examen físico y la integración de los hallazgos serológicos y microbiológicos.⁵ La penicilina es hoy, como lo viene siendo desde hace 65 años, el tratamiento más eficaz. Las fallas del tratamiento son raras, pero las reinfecciones, frecuentes.⁵

La interacción de la sífilis y el HIV resulta compleja, pero la terapéutica es curativa, y la punción lumbar raramente es necesaria.

Los chequeos regulares de personas de alto riesgo, la búsqueda de contactos, el tratamiento empírico y los controles serológicos son componentes importantes de control de la sífilis.^{2,5}

REFERENCIAS

1. Fich F. Diagnóstico y tratamiento de la sífilis. *Dermatol Argent*. 2008;14(3): 182 -90.
2. Leão JC, Gueiros LA, Porter SR. Oral manifestations of syphilis. *Clinics (São Paulo)*. 2006;61(2):161-6.
3. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. *Head Neck Pathol*. 2009;3(3):195-206.
4. Sociedad Argentina de Dermatología. Infecciones de transmisión sexual: pautas de tratamiento – actualización [Internet]. [Buenos Aires]: la Sociedad; 2008 [consulta: 17/10/2012]. Disponible en: <http://www.sad.org.ar/revista/pdf/transex.pdf>.
5. Read PJ, Donovan B. Clinical aspects of adult syphilis. *Intern Med J*. 2012;42(6):614-20.