

Chancro sifilítico en la boca: localización poco frecuente. Reporte de un caso

Syphilitic chancre in the mouth: an unusual location. Case report

Grecia Figueroa-Ramos^{1a}, Georgina Rodríguez-Gutiérrez^{1b}, Judith Domínguez-Cherit^{1c}

Resumen

Introducción: la sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, transmitida principalmente por contacto directo con la lesión. La sífilis primaria generalmente se presenta con un chancro en el sitio de la infección, el cual es altamente contagioso y se resuelve sin tratamiento. El objetivo de este trabajo es ilustrar una localización poco común de un chancro sifilítico, ya que conocer la existencia de presentaciones poco frecuentes permitirá favorecer su sospecha al abordar las causas de úlceras orales.

Caso clínico: hombre de 30 años de edad, el cual presenta una dermatosis localizada en la comisura labial izquierda, caracterizada por una úlcera no dolorosa de 1 cm de diámetro de 20 días de evolución. El paciente tiene antecedente de VIH/SIDA. Se realizó una biopsia por sacabocados de la úlcera, con lo que se realiza el diagnóstico de chancro sifilítico. Fue manejado con penicilina G benzatínica, presentando resolución de la dermatosis.

Conclusiones: la sífilis primaria se caracteriza por la aparición del chancro sifilítico, el cual es la primera manifestación de la sífilis hasta en el 60% de los casos. La presentación extragenital es rara, con solo un 12-14% de todos los casos y, de estos, entre un 40-70 % se presentan en la boca, siendo los labios la localización más frecuente. Las manifestaciones orales pueden representar un desafío diagnóstico debido a su amplio espectro de presentaciones clínicas.

Abstract

Background: Syphilis is an infectious disease caused by the spirochete *Treponema pallidum*, transmitted mainly by direct contact with the lesion. Primary syphilis usually presents with a chancre at the site of infection, which is highly contagious and resolves without treatment. The aim of this article is to illustrate an unusual location of a syphilitic chancre, in order to consider this diagnosis within the approach to patients with oral ulcers.

Clinical case: a 30-year-old man who presented a dermatosis located in the left labial commissure, characterized by a painless ulcer of 1 cm in diameter of 20 days of evolution. The patient has a history of HIV/AIDS. A punch biopsy of the ulcer was performed with which the diagnosis of syphilitic chancre was made. The patient was treated with benzathine penicillin G, presenting resolution of the dermatosis.

Conclusions: Primary syphilis is characterized by the development of the syphilitic chancre, which is the first manifestation of syphilis in up to 60% of cases. Extragenital presentation is rare, with only 12-14% of all cases, and of these between 40-70% occur in the mouth, being the lips the most frequent location. Oral manifestations can represent a diagnostic challenge due to its wide spectrum of clinical presentations.

¹Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Departamento de Dermatología. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0003-2068-6911^a, 0000-0002-6193-0450^b, 0000-0003-3542-4615^c

Palabras clave
Sífilis
Chancro
Infecciones por VIH

Keywords
Syphilis
Chancre
HIV Infections

Fecha de recibido: 02/06/2022

Fecha de aceptado: 27/06/2022

Comunicación con:

Grecia Figueroa Ramos

 greciafigueroar@gmail.com

 55 5487 0900, extensión 2435

Cómo citar este artículo: Figueroa-Ramos G, Rodríguez-Gutiérrez G, Domínguez-Cherit J. Chancro sifilítico en la boca: localización poco frecuente. Reporte de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022;60(6):703-7.

Introducción

La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Con excepción de la sífilis congénita, esta se transmite principalmente a través del contacto directo con la lesión y una pequeña proporción por transferencia sanguínea.¹ Sin embargo, hoy en día se describen otras formas de transmisión no sexual, como compartir alimentos de boca a boca,² mediante mordeduras o besos con personas infectadas.^{1,2}

Las espiroquetas penetran directamente en las membranas mucosas o entran a través de abrasiones en la piel de las áreas perianal y perigenital que está menos queratinizada que la piel de otras partes del cuerpo.¹

Los factores de riesgo para la infección por sífilis incluyen: hombres que tienen sexo con hombres, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tener una pareja con sífilis, infección previa por sífilis y comportamiento sexual de alto riesgo (> 4 parejas sexuales en el último año).³

Debido al lento crecimiento del microorganismo, la infección tiene un largo período de incubación, el cual toma alrededor de tres semanas desde el momento de la inoculación hasta la aparición de las lesiones primarias.⁴

La enfermedad suele seguir un curso dividido en etapas: primaria, secundaria, latente y terciaria. Tan pronto como haya penetración del microorganismo en el organismo ocurre una diseminación al torrente sanguíneo y a los ganglios linfáticos.⁵

La sífilis es conocida como “la gran imitadora” debido a sus variadas manifestaciones clínicas. La sífilis primaria representa la infección local temprana, la cual se caracteriza por la formación de una úlcera indolora denominada *chancro sifilítico* en el sitio de la inoculación, el cual se autolimita espontáneamente en aproximadamente 3 a 4 semanas. Semanas o meses después de la resolución del chancro sifilítico, si el paciente no es tratado, aparecen las manifestaciones del secundarismo sifilítico, el cual se caracteriza por un exantema maculopapular que afecta palmas y plantas.⁶

Al igual que en la sífilis primaria, las lesiones del secundarismo sifilítico son altamente contagiosas, por lo que, sin tratamiento, la sífilis secundaria progresará a sífilis latente y posiblemente a sífilis terciaria.⁷

Nuestro propósito es ilustrar una localización poco común de un chancro sifilítico para, de esta manera, considerar la sífilis primaria dentro del abordaje de pacientes con

úlceras orales, ya que un diagnóstico erróneo, o el retraso en el mismo, puede llevar a la progresión de la enfermedad.

Caso clínico

Paciente masculino de 30 años de edad, el cual presenta una dermatosis localizada a la comisura labial izquierda, caracterizada por una úlcera de 1 cm de diámetro, con base cubierta de fibrina y tejido de granulación, bordes irregulares y mal definidos, dolorosa, de 20 días de evolución (figura 1). El paciente tiene antecedente de VIH/SIDA. Refiere haber practicado sexo oral dos semanas previas. Se realizó una biopsia por sacabocados de la úlcera, con lo que se realiza el diagnóstico de chancro sifilítico. Como parte del abordaje se solicitó VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) el cual fue negativo. Ante el diagnóstico de chancro sifilítico extragenital, se inicia manejo con 2,400,000 U de penicilina G benzatínica intramuscular, presentando resolución de la dermatosis.

Discusión

La sífilis primaria se caracteriza por la aparición del chancro sifilítico, y es la primera manifestación de la sífilis hasta en el 60% de los casos. Este aparece en el sitio de inoculación, observándose con más frecuencia en el glande, el surco coronal o el prepucio en los hombres, y en los labios mayores, los labios menores o el perineo en las mujeres.⁸

La lesión comienza típicamente como una pápula única, habitualmente no dolorosa, la cual rápidamente se ulcera dando lugar al clásico chancro de la sífilis primaria, de 1 a 2 cm, de márgenes indurados, con una base limpia y exudado seroso, asociados a linfadenopatía inguinal, los cuales resuelven espontáneamente en 2 a 4 semanas.⁹ La presentación múltiple es infrecuente, aunque ha de sospecharse especialmente en pacientes con VIH.¹⁰

Figura 1 Chancro sifilítico en la comisura labial izquierda



La presentación extragenital es rara, con solo un 12-14% de todos los casos, de los cuales entre un 40-70% se presentan en la boca, siendo los labios la localización más frecuente.¹¹ Asimismo, se describen localizaciones en mucosa bucal, tórax, dedos, pezón, brazos, dedos de los pies, tronco y párpados⁸ (cuadro I).

Los chancros extragenitales pueden diferir de los clásicos en cuanto a localización, cantidad, tamaño, profundidad, base y bordes, por lo que pueden llegar a ser un reto diagnóstico.¹²

Veraldi *et al.* describen una forma aftosa, caracterizada por tres úlceras en la mucosa oral.¹³ Xin Yu *et al.* reportan el caso de una paciente con primo-secundarismo sifilítico que presentó un chancro extragenital en el labio inferior después de besar a una persona infectada.¹⁴ Por otra parte, Dong-Lai *et al.* describen el caso de un paciente con dos chancros en los labios, asociados a un exantema macular en tronco y extremidades.¹⁵

Un exantema macular indoloro que afecta las palmas y las plantas indica progresión a la segunda etapa de la infección y ocurre aproximadamente de 4 a 10 semanas después de la aparición del chancro primario.¹⁶

Streight *et al.*, describen el caso de un chancro extragenital localizado en el paladar duro, el cual resultó un reto diagnóstico debido a la presentación tan atípica, sin embargo la presencia de un exantema maculopapular permitió guiar su diagnóstico.¹⁶

Un caso similar al nuestro, localizado en la comisura labial, es el reportado por Kutsuna *et al.*, en el cual una paciente presentó un chancro en la comisura labial derecha, siendo diagnosticado y manejado en un principio como una infección por herpes simple. Sin embargo, ante la pobre respuesta al tratamiento, se planteó la posibilidad de infección por sífilis,

presentando mejoría posterior al inicio del tratamiento con amoxicilina.¹⁷ Otro caso de un chancro extragenital en la comisura labial es el descrito por Rueda Camino *et al.* en un paciente de 30 años.¹⁸

La sífilis está relacionada con un mayor riesgo de transmisión del VIH y viceversa. Hay una alta tasa de coinfección entre personas que viven con VIH porque los dos patógenos comparten rutas de transmisión comunes y, sobre todo, porque la infección por sífilis, a través de lesiones locales, aumenta el riesgo de adquisición y transmisión del VIH.¹⁹

En pacientes con VIH, la sífilis parece progresar más rápidamente a través de sus etapas clínicas, a menudo con una presentación clínica atípica. Además, la infección por VIH parece alterar la historia natural de la sífilis.¹⁹

El diagnóstico de sífilis se basa en la historia clínica del paciente, examen físico y exámenes de laboratorio, estos incluyen métodos de detección directa, como la microscopía de campo oscuro, anticuerpos fluorescentes directos, amplificación de ácido nucleico y serología.²⁰

La microscopía de campo oscuro es el estándar de oro para el diagnóstico de sífilis primaria. Permite el diagnóstico precoz de la sífilis primaria incluso en pacientes con serologías negativas. No funciona si se han aplicado antibióticos tópicos a las lesiones, ni es útil en la boca, donde los treponemas no patógenos son indistinguibles microscópicamente de *T. pallidum*. Es necesaria una buena toma de muestra y una rápida visualización (< 30 min) por un microscopista experto. Puede emplearse en la sífilis secundaria por lesiones húmedas, como los condilomas planos, pero no en la boca.²¹

Las pruebas no treponémicas no son positivas hasta 1-4 semanas después de la aparición de la lesión primaria, por lo que la biopsia y la inmunohistoquímica son herramientas muy útiles para hacer el diagnóstico diferencial con otras

Cuadro I Casos clínicos similares reportados en la literatura

Referencia	País	Año	Sexo	Edad	Presentación
Calvo <i>et al.</i> ¹¹	España	2020	Hombre	55 años	Chancro sifilítico en el labio inferior
Demir <i>et al.</i> ¹²	Turquía	2016	Mujer	38 años	Chancro sifilítico en labio superior
Xin <i>et al.</i> ¹⁴	China	2016	Mujer	27 años	Chancro sifilítico en el labio inferior
Dong-Lai <i>et al.</i> ¹⁵	China	2013	Hombre	25 años	Dos chancros sifilíticos en los labios superior e inferior
Streight K. <i>et al.</i> ¹⁶	USA	2019	Hombre	59 años	Chancro sifilítico en paladar duro
Kutsuna S. <i>et al.</i> ¹⁷	Japón	2018	Mujer	25 años	Chancro sifilítico en comisura labial derecha
Rueda Camino <i>et al.</i> ¹⁸	España	2019	Hombre	30 años	Chancro sifilítico en la comisura labial derecha
Fregnani <i>et al.</i> ²²	Brazil	2017	Hombre	36 años	Chancro sifilítico en la lengua
Watts PJ <i>et al.</i> ²⁴	USA	2016	Hombre	45 años	Úlcera en la mucosa del labio inferior

lesiones ulcerativas en la boca.²² Además, debemos tener en cuenta las pruebas falsas-negativas, las cuales pueden ocurrir ante el fenómeno de prozona, más frecuentemente en sífilis primaria y secundaria, así como los resultados falsos-positivos observados en el embarazo, otras infecciones concomitantes y los trastornos autoinmunes.²³

En la biopsia se observan infiltrados perivasculares de linfocitos, histiocitos y células plasmáticas, independientemente del estadio de la enfermedad. Los hallazgos clave incluyen afectación vascular con endarteritis y periarteritis. Los treponemas pueden identificarse con inmunohistoquímica y tinciones como la de Warthin-Starry.²⁴

El tratamiento convencional de la sífilis primaria consiste en una dosis única de 2,400,000 U de penicilina G benzatínica intramuscular. Los contactos sexuales en los tres meses previos al diagnóstico de sífilis primaria deben ser tratados.²⁵

El principal objetivo del tratamiento de la sífilis es la curación clínica y serológica. La cura serológica se refiere a la disminución de cuatro veces o más en los títulos no treponémicos de 6 a 12 meses después de la terapia para la sífilis temprana. Alrededor del 20% de los pacientes con sífilis temprana tienen una falta de respuesta serológica a los 6 meses, esta proporción desciende al 11.5% a los

12 meses. Las respuestas serológicas en personas infectadas por el VIH son más lentas.²⁶

Los pacientes deben ser sometidos a seguimiento clínico y analítico cada 3-6 meses durante un año, considerándose como una buena respuesta al tratamiento el descenso de los valores de la prueba no treponémica.²⁵

Conclusiones

La localización extragenital del chancro sifilítico es rara y en particular las manifestaciones orales pueden representar un desafío diagnóstico, debido a su amplio espectro de presentaciones clínicas. En nuestro caso, fue un reto diagnóstico sospechar de chancro sifilítico debido a la localización inusual del mismo, presentación clínica diferente a la clásica y prueba no treponémica negativa; es por ello que debemos tener en cuenta la posibilidad de infección por sífilis entre nuestros diagnósticos diferenciales de úlceras orales, sobre todo ante el contexto de un paciente con VIH/SIDA.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen X-S, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nature Reviews Disease Primers*. 2017; 3(1). DOI: 10.1038/nrdp.2017.73
2. Long F-Q, Wang Q-Q, Jiang J, Zhang J-P, Shang S-X. Acquired Secondary Syphilis in Preschool Children by Nonsexual Close Contact. *Sexually Transmitted Diseases*. 2012;39(8):588-90. DOI: 10.1097/OLQ.0b013e3182515764
3. Eickhoff CA, Decker CF. Syphilis. *Disease-a-Month*. 2016 62(8):280-6. DOI: 10.1016/j.disamonth.2016.03.012.
4. Hook EW. Syphilis. *The Lancet*. 2017;389(10078):1550-7. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32411-4.
5. Thums M, Koth V, Figueiredo M, Cherubini K, Salum F. Oral manifestations of syphilis: an epidemiological study in southern Brazil. *Australian Dental Journal*. 2021;66(3):289-94. DOI: 10.1111/adj.12834
6. Merson JR, Shehu M. Syphilis. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*. 2019;32(5):59-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000554749.77547.b1>
7. Workowski KA. Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clinical Infectious Diseases*. 2015;61(suppl 8):S759-62. DOI: 10.1093/cid/civ771
8. Çakmak SK, Tamer E, Karadağ AS, Waugh M. Syphilis: A great imitator. *Clinics in Dermatology*. 2019;37(3):182-91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738081X19300070>
9. Orgaz-Rosúa MJ, Herruzo-Zúñiga N. Chancro extragenital en paciente homosexual. *Atención Primaria*. 2020;52(2):131-2. DOI: 10.1016/j.aprim.2019.02.010
10. Otero-Rivas MM, Usero-Bárcena T, Rodríguez-Lojo R, López-Álvarez MJ. Chancro luético múltiple. *Medicina Clínica*. 2018;150(2):e3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.03.011>
11. Calvo DF, Cassarino D, Fernandez-Flores A. Syphilitic Chancre of the Lip. *American Journal of Dermatopathology*. 2020; 42(10):e143-6. DOI: 10.1097/DAD.0000000000001659
12. Demir F, Salaeva K, Altunay I, Yalcin O. An extraordinary case of syphilis presenting with a labial ulcer. *Saudi Medical Journal*. 2016;37(11):1261-4. DOI: 10.15537/smj.2016.11.15674
13. Veraldi S, Lunardon L, Persico MC, Francia C, Bottini S. Multiple aphthoid syphilitic chancres of the oral cavity. *International Journal of STD & AIDS*. 2008;19(7):486-7. DOI: 10.1258/ijisa.2007.007262.
14. Yu Xin, Zheng H. Syphilitic Chancre of the Lips Transmitted by Kissing. *Medicine*. 2016;95(14):e3303. DOI: 10.1097/MD.0000000000003303
15. Ma Dong-Lai, Vano-Galvan S. Syphilitic Chancres of the Lips. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(7):e8. DOI: 10.1056/NEJMicm1202329
16. Streight KL, Paranal RM, Musher DM. The oral manifestations of syphilitic disease: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2019;13(1). DOI: 10.1186/s13256-019-2171-z
17. Kutsuna S, Fujiya Y. Primary and Secondary Syphilis as Chancre of the Mouth with Rash. *Internal Medicine*. 2018;57

- (1):155-5. DOI: 10.2169/internalmedicine.8942-17
18. Rueda-Camino JA, Esteban-Garrido E, Martínez-Morán C. Chancro sifilítico oral en varón de 30 años. *Revista Clínica Española*. 2020;220(9):607. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.03.014>
 19. Adawaye C, Souleymane AO, Fouda AA, et al. Syphilis diagnosis and serological response to Benzathine Penicillin G among patients attending HIV clinics in N'Djaména, Chad. *International Journal of Infectious Diseases*. 2021;108:461-4. Disponible en: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(21\)00454-9/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(21)00454-9/fulltext)
 20. WHO Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384904/>
 21. Lejarraga-Cañas C, Ayerdi-Aguirrebengoa O, Menéndez-Prieto B, Tello-Romero E, Rodríguez-Martín C, del Romero-Guerrero J. ¿Sigue siendo útil la microscopia de campo oscuro en el diagnóstico de la sífilis primaria en el siglo XXI? *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2022;40 (1):32-4. DOI: 10.1016/j.eimc.2020.09.005
 22. Fregnani ER, Pérez-de-Oliveira ME, Parahyba CJ, Perez DE da C. Primary syphilis: An uncommon manifestation in the oral cavity. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2017;116(4):326-7. DOI: 10.1016/j.jfma.2016.07.004
 23. Tuddenham S, Katz SS, Ghanem KG. Syphilis Laboratory Guidelines: Performance Characteristics of Nontreponemal Antibody Tests. *Clinical Infectious Diseases*. 2020;71 (Supplement_1):S21-42. Disponible en: https://academic.oup.com/cid/article/71/Supplement_1/S21/5861807
 24. Watts PJ, Greenberg HL, Khachemoune A. Unusual primary syphilis: Presentation of a likely case with a review of the stages of acquired syphilis, its differential diagnoses, management, and current recommendations. *International Journal of Dermatology*. 2016;55(7):714-28. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijd.13206>
 25. Morales-Múnera CE, Fuentes-Finkelstein PA, Vall-Mayans M. Sífilis: actualización en el manejo diagnóstico y terapéutico. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2015;106(1):68-9. DOI: 10.1016/j.ad.2014.06.007
 26. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(9):845-54. DOI: 10.1056/nejmra1901593.