

Chancro sífilítico en el labio: una localización poco frecuente

Syphilitic chancre on the lip: An unusual location

Sr. Editor:

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por espiroquetas (*Treponema pallidum*). A principios del siglo xx, la sífilis ya se consideraba un importante problema de salud pública a nivel mundial; sin embargo, la sensibilización del público y el descubrimiento de la penicilina hizo a la enfermedad relativamente poco común a mediados de la década de 1950. Pero con el advenimiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en 1985, se produjo un resurgimiento epidémico de la sífilis¹. La información epidemiológica sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) en España, con excepción del VIH, es muy limitada debido, entre otras razones, a la escasez de recursos destinados a estas infecciones y a la infradeclaración de estas enfermedades². A partir de 2002 comienzan a publicarse trabajos que llaman la atención sobre un probable incremento de la incidencia de la sífilis en España y se destaca, al igual que en otros países europeos, el papel de los inmigrantes y los varones con relaciones homosexuales³. La transmisión de la enfermedad es más común tras el contacto con lesiones infectivas en los genitales y la región anogenital, aunque también es posible el contagio orogenital. Los chancros extragenitales son infrecuentes. Por lo menos un 12–14% de los chancros se localiza en zonas distintas a los genitales, más comúnmente en la boca, mucosa perioral y ano. Otros sitios menos comunes incluyen: barbilla, oído, cuello, brazos y pezón mamario⁴. Presentamos el caso de un paciente joven de sexo masculino, que consulta por un nódulo en el labio, que posteriormente se identifica como chancro sífilítico.

Varón de 25 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias por presentar desde hacía 2 meses una lesión indolora en el ángulo izquierdo del labio superior y que progresivamente había aumentado de tamaño. En la anamnesis orientada a descartar enfermedades de transmisión sexual, el paciente reconoció prácticas homosexuales orales de riesgo. El examen físico reveló un nódulo de consistencia dura de 1 cm de diámetro con superficie erosionada cubierta de costra serosa, localizado en el labio superior adyacente a la comisura bucal (fig. 1A). A la palpación cervical se objetivó una linfadenopatía submaxilar unilateral, móvil y no dolorosa. Con la sospecha clínica de sífilis se solicitaron analítica y serología para *Treponemas* y se realizó una biopsia cutánea para descartar otras causas de lesiones nodulares en esa localización, como granuloma piogénico, carcinoma escamoso, etc. En la histología se observaron numerosas células plasmáticas y la presencia de treponemas en la lesión mediante técnicas inmunohistoquímicas (fig. 1B). El test reagínico *rapid plasma reagin (RPR)* fue positivo con título de 1/32. El test treponémico *Treponema pallidum haemagglutination assay (TPHA)* fue positivo con título de 1/1.280, por lo que se confirmó el diagnóstico de sífilis primaria.

Se administró tratamiento con penicilina G benzatínica intramuscular (2.400.000 U), única dosis, con curación completa de la lesión 4 semanas después y buena respuesta serológica tras 6 meses. Se remitió al paciente a la sección de Enfermedades de Transmisión Sexual para descartar enfermedad asociada; se realizó cultivo para *Chlamydia*, *Ureaplasma* y *Neisseria gonorrhoeae*, además de serologías para el VIH a los 0, 3 y 6 meses; resultaron todas ellas negativas. Se realizó, asimismo, un estudio de contactos y se diagnosticó de sífilis a la pareja sexual actual.

La sífilis primaria se produce a consecuencia del contacto directo con una lesión activa. La localización extragenital más común de sífilis primaria es el labio, y puede ser la única manifestación de la enfermedad. Los chancros orales, general-

mente, se manifiestan sin dolor, y algunas veces con necrosis y úlceras asociadas con linfadenopatías regionales^{5–7}. La falsa sensación de seguridad en cuanto a las relaciones de sexo oral en la población de varones homosexuales induce a prácticas de riesgo sin preservativo, por lo que se tiene mayor riesgo de aparición de chancros sífilíticos y otras manifestaciones de enfermedades de transmisión sexual en esta localización⁸.

El diagnóstico diferencial de sífilis primaria en la cavidad oral no sólo incluye infecciones herpéticas, sino, además, infecciones orales, carcinoma epidermoide, candidiasis, leucoplaquia, úlceras aftosas, tuberculosis cutánea, mononucleosis infecciosa, enfermedad por arañazo de gato y tularemia⁹.

Debido a la alta infectividad, el modo de transmisión y la morbilidad asociada, la sífilis primaria sigue siendo un importante examen en el diagnóstico diferencial de las úlceras orales. Las úlceras orales deben tener un alto índice de sospecha, en particular en determinados grupos de riesgo, como homosexuales; cuando no existe historia previa de úlcera oral, la

A



B

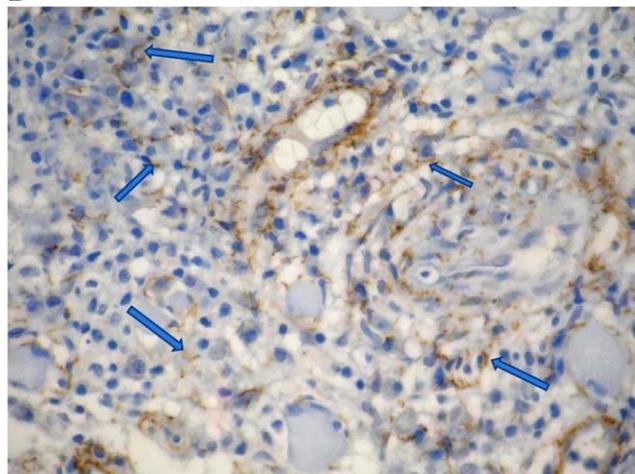


Figura 1. A) Lesión nodular con superficie erosionada cubierta de costra serosa, localizada en el labio superior adyacente a la comisura bucal. B) Inmunohistoquímica (técnica con impregnación argéntica). Se demuestra una gran cantidad de espiroquetas (señaladas con flechas).

presentación clínica es atípica con induración periférica, llamativa falta de dolor para el tamaño de la úlcera, linfadenopatía indolora asociada con o sin fiebre, etc⁸.

Este alto índice de sospecha es importante, teniendo en cuenta que la sífilis está aumentando en el mundo occidental, que las úlceras se curan espontáneamente y pueden pasar desapercibidas, y que, sin embargo, el paciente puede seguir presentando capacidad infectiva. Debe propiciarse, además, el estudio de los contactos sexuales¹⁰ para intentar, de esta manera, localizar casos de sífilis que podrían pasar inadvertidos.

Bibliografía

- Centers for Disease Control. Primary, secondary syphilis—United States, 1981–1990. *J Am Med Assoc.* 1991;265:2949.
- Vázquez F, Otero L, Ordás J, Junquera ML, Varela JA. Actualización en infecciones de transmisión sexual: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22:392–411.
- Fonseca Capdevila E, Mazaira Fernández M. El resurgimiento de la sífilis: un problema de salud pública actual en España. *Piel.* 2007;22:370–3.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillo-facial pathology. Philadelphia: WB Saunders Company; 1995. p. 146–9.
- Chapel TA. Physician recognition of the signs and symptoms of secondary syphilis. *J Am Med Assoc.* 1981;246:250–1.
- Fiumara NJ. Venereal disease of the oral cavity. *J Oral Med.* 1976;31:36–40.
- Scott CM, Flint SR. Oral syphilis—re-emergence of an old disease with oral manifestations. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34:58–63.
- Garnett GP, Aral SO, Hoyle DV, Cates W, Anderson RM. The natural history of syphilis. Implications for the transmission dynamics and control of infection. *JAMA.* 1997;24:185–200.
- Siegel M. Syphilis and gonorrhoea. *Dent Clin North Am.* 1996;40:369–83.
- Duarte EC, Da Silva LM, Naves MD, Do Carmo MA, De Aguiar MC. Primary syphilis of oral mucosa: Case report of an unusual manifestation. *Quintessence Int.* 2004;35:728–30.

Ingrid Aguayo-Leiva^{a,*}, Sergio Vano-Galván^a, Pedro Jaén-Olasolo^a y Carmen Moreno^b

^a*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España*

^b*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ingridaguayo77@hotmail.com (I. Aguayo-Leiva)