



Sífilis, la gran simuladora. Reporte de un caso

Nicolás Leonardi,* René Luis Panico,§ Ricardo Caciva¶

* Odontólogo. Profesor JTP Cátedra Clínica Estomatológica Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud.

§ Doctor en Odontología. Profesor Titular de la Cátedra de Estomatología «A» de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Estomatológica, Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud.

¶ Doctor en Odontología. Profesor adjunto Cátedra Clínica Estomatológica, Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud. Profesor Asistente de la Cátedra de Estomatología «A» de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Objetivo: Presentar un caso clínico de sífilis secundaria de localización bucal. **Caso clínico:** Hombre de 62 años, residente de la ciudad de Córdoba, Argentina, derivado al Servicio de Estomatología de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, con lesiones orales de tres semanas de evolución y supuesto diagnóstico de estomatitis aftosa. Clínicamente se observaron múltiples lesiones en la cavidad bucal localizadas en mucosa labial inferior, zona retrocomisural, cara ventral de lengua, tercio posterior de paladar blando y amígdalas, placas blancas de aspecto opalino compatibles con pápulas sífilíticas, dolorosas con adenopatías submaxilares y occipitales bilaterales positivas e indoloras. El diagnóstico presuntivo fue de sífilis secundaria. Se solicitaron estudios serológicos confirmando la presunción diagnóstica. El paciente fue derivado al Servicio de Infectología del Hospital Rawson donde recibió el tratamiento correspondiente. **Conclusiones:** Las lesiones bucales de las enfermedades venéreas son muy frecuentes. Sin embargo, son subdiagnosticadas debido a la inexperiencia de los profesionales sobre conceptos básicos de medicina bucal. Es importante recordar que a esta patología se la conoce como «la gran simuladora», y que las lesiones bucales tienden a confundirse con otro tipo de lesiones. El diagnóstico precoz en conjunto de un tratamiento oportuno puede evitar la transmisión de la enfermedad y así prevenir sus complicaciones.

Palabras clave: Sífilis, *Treponema pallidum*, cavidad oral.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Su

aparición en la cavidad bucal va a depender de dos factores: la virulencia de la bacteria y la respuesta inmune sistémica del huésped. En su estadio inicial, puede manifestarse a nivel de la mucosa oral, lesiones ulcerativas como consecuencia del contacto directo con pacientes infectados.¹

Esta enfermedad se transmite por relaciones sexuales, vía transplacentaria, por contacto accidental con lesiones abiertas en boca, transfusión sanguínea teniendo en cuenta que el donante se encuentra en una fase temprana de la enfermedad y también por la falta de normas básicas de bioseguridad por parte del profesional en la atención de pacientes.² Presenta manifestaciones clínicas muy variadas que imitan otras enfermedades, lo que dificulta y retrasa el diagnóstico y tratamiento correcto, por lo que es conocida como «la gran simuladora».³

La sífilis progresa a través de diferentes etapas, puede ser congénita (precoz o tardía), adquirida precoz (primaria y secundaria) o adquirida tardía (terciaria). La congénita es la que se produce por el contagio de la madre al hijo en la vida intrauterina, y puede provocar abortos, muerte del feto después del quinto mes de gestación y/o acompañado de manifestaciones en el recién nacido, tales como pseudoparálisis de Parrot, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, tibias en sable, frente olímpica, y fisuras periorales y ragadias sífilíticas.^{2,4}

La sífilis primaria comprende el llamado complejo primario sífilítico, que consta del chancro y de su adenopatía satélite, y aparece en el sitio de inoculación. Dentro de la localización extragenital del chancro primario, la cavidad bucal es uno de los lugares más frecuentes.⁵ El secundarismo sífilítico comienza entre la segunda y la octava semana de infección, con lesiones orales tipo máculas eritematosas, placas opa-

Recibido: Septiembre 2019. Aceptado: Enero 2020.

Citar como: Leonardi N, Panico RL, Caciva R. Sífilis, la gran simuladora. Reporte de un caso. Rev Odont Mex. 2020; 24 (1): 59-65

© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, [Facultad de Odontología]. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam

linas, pápulas, fisuras, condilomas sífilíticos, de papilación lingual, queilitis angular y disfonía.^{6,7} Tras este periodo, el paciente entra en etapa de latencia, durante la cual el diagnóstico sólo puede hacerse mediante pruebas serológicas. Este periodo se divide, a su vez, en latente precoz y latente tardío.

La sífilis terciaria consiste en la aparición de manifestaciones clínicas, que se desarrollan en más de un tercio de los pacientes no tratados y cuya base patológica son las alteraciones en los *vasa vasorum* (aortitis sífilítica, aneurisma aórtico, estenosis de las coronarias) neurolúes y las lesiones características denominadas gomas.^{8,9}

Para el diagnóstico de la sífilis, tradicionalmente se cuenta con dos grupos de pruebas: directas e indirectas. Las primeras son por visualización del treponema, mediante microscopía en campo oscuro y por fluorescencia directa (IFD). Las indirectas se dividen, a su vez, en pruebas no treponémicas, como VDRL (*venereal disease research laboratory test*) y RPR (*rapid plasma reagin*) y las pruebas treponémicas como FTA-ABS (*fluorescent Treponemal antibody absorption*) o MHA-TP (*microhemaglutinación para T. pallidum*). El método VDRL es el más recomendado cuando se aplica al líquido cefalorraquídeo o al suero, el más económico y está fácilmente disponible en los laboratorios de las unidades de atención primaria de la salud.^{10,11}

La piel y las mucosas son activos participantes desde el inicio de la enfermedad. Su rápido reconocimiento y correcto tratamiento constituyen en la actualidad las principales herramientas para evitar la diseminación, ya que se calcula que entre el 16 y 30% de los individuos que tengan algún tipo de contacto sexual



Figura 1: Placa blanca de aspecto opalino, indolora que asienta en mucosa labial inferior.

Painless white opalescent plaque on lower lip mucosa.



Figura 2: Pápula sífilítica en zona retrocomisural de mucosa yugal.

Syphilitic papule in the retrocommissural area of the jugal mucosa.

con enfermos con lesiones activas durante los periodos primario o secundario de la enfermedad (periodos infectantes), la adquirirán dentro de los 30 días posteriores al contacto.^{12,13}

Por otro lado, el momento de aparición del periodo secundario va a depender de dos factores: la virulencia del *Treponema* y la respuesta sistémica del huésped. Desde el punto de vista patológico, los signos cutáneo-mucosos de la sífilis secundaria podrían interpretarse como la reacción local de tejidos muy susceptibles a la acumulación masiva de treponemas llegados por vía hemática.¹⁴

CASO CLÍNICO

Hombre de 62 años, residente de la ciudad de Córdoba Capital, Argentina. Derivado al Servicio de Estomatología por la presencia de «llagas» en la boca con diagnóstico presuntivo de estomatitis aftosa según colega. Respecto a los antecedentes personales patológicos, los datos de relevancia son intervención quirúrgica ocular por cataratas en el año 1967, exposición a fuentes de calor debido a su oficio de gasista, fumador activo desde los 18 años hasta la actualidad con una cantidad de 20 cigarrillos por día, dando un total de 321,200 cigarrillos fumados, consume alcohol diariamente (vino tinto) todas las noches al cenar, ocasionalmente consume mate y otras infusiones a temperatura caliente.

Al examen clínico se pueden observar múltiples lesiones en la cavidad bucal ubicadas en mucosa labial inferior, zona retrocomisural, cara ventral de lengua y tercio posterior de paladar blando y amígdalas, placas

blancas de aspecto opalino compatible con pápulas sifilíticas de tres semanas de evolución, dolorosas, con adenopatías submaxilares y occipitales bilaterales positivas e indoloras (Figuras 1 a 4). El diagnóstico presuntivo fue de sífilis secundaria.

Se solicitaron estudios serológicos complementarios de diagnóstico VDRL cuantitativo en diluciones (dils) y prueba treponémica específica (quimioluminiscencia), también se solicitó hepatitis B, C y VIH a fin de ampliar el protocolo de infecciones de transmisión sexual (ITS). VDRL arrojó un valor de 512 dils y la quimioluminiscencia de 20,92 considerando que a partir de uno ya es positiva, mientras que las demás pruebas serológicas resultaron no reactivas. A su pareja también se le solicitaron los respectivos estudios serológicos, dando como resultado una VDRL 1/1 dils y las demás pruebas negativas, no presentaba clínicamente lesiones al examen estomatológico y recibió también el tratamiento correspondiente.

Se realizó la correspondiente derivación del paciente al Servicio de Infectología del Hospital Rawson para recibir el tratamiento adecuado, donde fue medicado con una dosis de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular. A los 14 días postratamiento se controló al paciente observando una notable mejoría de las lesiones y prácticamente remisión de éstas. En la actualidad, el paciente debe asistir a control serológico a los tres meses de comenzado el tratamiento.

DISCUSIÓN

Las lesiones bucales de las enfermedades venéreas son muy frecuentes. Sin embargo, son subdiag-



Figura 3: Múltiples lesiones blancas nacaradas, elevadas y circunscritas ubicadas en cara ventral de lengua.

Multiple raised, circumscribed white opalescent lesions on the ventral surface of the tongue.



Figura 4: Placas blancas afectando ambas amígdalas.

White plaques affecting both tonsils.

nosticadas debido a la inexperiencia de los profesionales sobre conceptos básicos de medicina bucal. Es importante recordar que a esta patología se le conoce como «la gran simuladora», y que las lesiones bucales tienden a confundirnos con otro tipo de lesiones, como aftas, leucoplasias, candidiasis, lesiones asociadas a irritación mecánica crónica oral, entre otras. El diagnóstico de certeza de la sífilis se basa en los datos clínicos confirmados por las pruebas de laboratorio. El papel de la anamnesis es fundamental para el diagnóstico presuntivo, dada la necesidad de indagar sobre lesiones previas intra- y extraorales (como chancro de inoculación).¹⁵

En el estadio secundario de la sífilis puede haber manifestaciones en áreas de mucosa y piel. Las erupciones cutáneas se desarrollan como máculas simétricas rosadas o rojas que pueden evolucionar hacia la forma papular, o como condilomas planos genitales, alopecia difusa y lesiones palmoplantares. Las manifestaciones orales de la enfermedad son variables. En esta fase es común la aparición de manchas o placas ligeramente elevadas y cubiertas por pseudomembranas blancas o grisáceas, altamente contagiosas, fisuras, condilomas y áreas eritematosas y atróficas, por lo que un rápido diagnóstico disminuye el riesgo de transmisión. Los exámenes serológicos en combinación con un examen clínico completo son fundamentales para el diagnóstico de la enfermedad. El tratamiento empírico previo al diagnóstico puede enmascarar o dificultar su diagnóstico y favorecer su diseminación. El tratamiento de primera línea es con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular a dosis única en pacientes inmunocompetentes y como régimen alternativo de doxiciclina (100 mg cada 12 horas) por 14 días, ceftriaxona intramuscular (1 g cada 24 horas) por 10

a 14 días o azitromicina (2 g por día), que pueden ser utilizados en pacientes alérgicos a la penicilina. En algunos pacientes es necesaria la desensibilización a la penicilina. Además, los periodos extensos de latencia pueden dar la falsa expectativa de tratamiento exitoso, por este motivo es importante también un seguimiento serológico para la confirmación del éxito del tratamiento, que ocurre cuando el título baja cuatro veces respecto del título inicial.¹⁶

La incidencia de esta enfermedad, al igual que la de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), ha aumentado debido al VIH: ha sido descrita una prevalencia de hasta el 70% de esta afección en pacientes portadores del VIH. Es por ello que, ante resultados positivos, es necesario sugerirle al paciente que realice otras pruebas serológicas de enfermedades de transmisión sexual (como VIH, hepatitis B y hepatitis C).¹⁷

CONCLUSIÓN

Las lesiones bucales de las enfermedades venéreas son muy frecuentes. Sin embargo, son subdiagnosticadas debido a la inexperiencia de los profesionales sobre conceptos básicos de medicina bucal. Es importante recordar que a esta patología se la conoce como «la gran simuladora», y que las lesiones bucales tienden a confundirnos con otro tipo de lesiones. El diagnóstico precoz, en conjunto con un tratamiento oportuno, puede evitar la transmisión de la enfermedad y así prevenir sus complicaciones.

En la actualidad, es una enfermedad que está en un incremento exponencial, se le considera una emergencia epidemiológica, de la cual cada vez estamos viendo más casos, cuando se creía anteriormente que era una patología erradicada. Necesitamos fundamentalmente concientizar a la población y educar respecto a los diferentes métodos de protección en las relaciones sexuales.

También creemos que es importante la capacitación de los colegas profesionales de la salud en conocimientos de medicina oral y estimular el trabajo interdisciplinario.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Clinical case

Syphilis: the great simulator. A clinical case report

Nicolás Leonardi,* René Luis Panico,[§]
Ricardo Caciva[¶]

* Dentist. JTP Professor of Stomatology, Dentistry College, Faculty of Health Sciences.

§ Doctor of Dentistry, Professor of Stomatology «A» of the Faculty of Dentistry, National University of Cordoba, Argentina. Professor of Stomatology, Dentistry College, Faculty of Health Sciences.

¶ Doctor of Dentistry. Assistant Professor of Stomatology, Dentistry College, Faculty of Health Sciences. Assistant Professor of Stomatology «A» of the Faculty of Dentistry, National University of Cordoba, Argentina.

Catholic University of Cordoba, Argentina.

ABSTRACT

Objective: In this report we describe a clinical case of secondary syphilis located in the oral cavity. **Case report:** A 62-year-old male patient, resident of the city of Cordoba, Argentina, was referred to the Stomatology Service of the Faculty of Dentistry, at the National University of Cordoba, with oral lesions of three weeks of evolution and presumed diagnosis of aphthous stomatitis. Clinically, multiple lesions were observed in the mouth in the lower labial mucosa, the retro-commissural area, the ventral surface of tongue, and the posterior third of the soft palate and tonsils. The lesions were painful and looked like white plaques of opalescent appearance compatible with syphilitic papules. The patient also showed bilateral positive submandibular and occipital adenopathy, which was painless. The presumptive diagnosis was secondary syphilis. Serological studies were requested confirming the diagnosis. The patient was referred to the Infection Service at Rawson Hospital, where he received the appropriate treatment. **Conclusions:** Oral lesions due to venereal diseases are frequent but are underdiagnosed because of the inexperience of professionals on basic concepts of oral medicine. Syphilis is known as «the great simulator», so oral lesions caused by this pathology are often confused with other types of lesions. Early diagnosis and timely treatment can prevent the transmission of the disease and hence its complications.

Keywords: Syphilis, *treponema pallidum*, mouth.

BACKGROUND

Syphilis is a sexually transmitted disease caused by the spirochaete bacterium *Treponema pallidum*. Its occurrence in the oral cavity will depend on two factors, namely the virulence of the bacterium and the systemic immune response of the host. At its initial stage, it may appear at the level of the oral mucosa with ulcerative lesions as a result of direct contact with infected patients.¹

Syphilis is transmitted by sexual intercourse, across the placenta, by accidental contact with open mouth injuries, by blood transfusion when the donor is at an early stage of the disease, and also by the lack of basic biosecurity standards on the part of the professional in the care of patients.² The pathology shows varied clinical manifestations that mimic other diseases,

which hinders and delays the correct diagnosis and treatment. Hence, syphilis is known as «the great simulator».³

Syphilis progresses through different stages. It can be congenital (early or late), acquired early (primary and secondary), or acquired late (tertiary). Congenital syphilis is caused by mother-to-child contagion in intrauterine life, and may cause abortions, death of the fetus after the fifth month of gestation, and/or accompanied manifestations in the newborn, such as Parrot's pseudoparalysis, Hutchinson's teeth, saddle nose, sabre shins, olympic forehead, perioral fissures, and syphilitic rhagades.^{2,4}

Primary syphilis comprises the so-called syphilitic primary complex, consisting of chancre and its satellite adenopathy, and appears at the inoculation site. One of the most common extragenital locations of the primary chancre is the oral cavity.⁵ The secondary stage of syphilis begins between the second and eighth week of infection, with erythematous macular oral lesions, opaline plaques, papules, fissures, syphilitic condylomas, lingual depapillation, angular cheilitis, and dysphonia.^{6,7} After this period, the patient enters the latency stage, during which diagnosis can only be made by serological tests. This period is divided, in turn, into early latent and late latent.

Tertiary syphilis involves the occurrence of clinical manifestations, which develop in more than a third of untreated patients and whose pathological basis are alterations in the *vasa vasorum* (syphilitic aortitis, aortic aneurysm, coronary stenosis), neurolesions, and characteristic lesions called gummas.^{8,9}

Traditionally, there are two groups of tests for the diagnosis of syphilis, i.e, direct and indirect tests. The first are by visualization of *Treponema* by dark field microscopy and by direct fluorescent antibody (DFA). Indirect tests are divided into nontreponemal tests, such as VDRL (venereal disease research laboratory test) and RPR (rapid plasma reagin) and treponemal tests such as FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody absorption) or MHA-TP (microhemagglutination assay for *T. pallidum*). The VDRL method is the most recommended when applied to cerebrospinal fluid or blood serum; it is also the most economical and is readily available in the laboratories of primary health care units.^{10,11}

The skin and mucous membranes are active participants from the onset of syphilis. Its rapid recognition and correct treatment are currently the main tools to prevent spread, since it is estimated that between 16% and 30% of individuals who have some form of sexual contact with patients with active lesions during the primary or secondary stages of the

disease (infecting periods) will acquire it within 30 days of contact.^{12,13}

On the other hand, the time of appearance of the secondary stage will depend on two factors: the virulence of the *Treponema* and the systemic response of the host. From a pathological point of view, the skin-mucous signs of secondary syphilis could be interpreted as the local reaction of tissues very susceptible to the massive accumulation of treponemas arrived by the blood stream.¹⁴

CLINICAL CASE

A 62-year-old male patient, resident of the city of Cordoba, Argentina, was referred from the Stomatology Service because of the presence of sores in the mouth with presumptive diagnosis of aphthous stomatitis. Relevant data of pathological history included eye surgery by cataracts in 1967, exposure to heat sources due to his occupation as a gasman, active smoking from the age of 18 to the present (20 cigarettes per day, totaling 321,200 smoked cigarettes), daily consumption of alcohol (red wine) at dinner, and occasional consumption of mate and other hot infusions.

On clinical examination, we observed multiple lesions in the oral cavity located in lower labial mucosa, retro-commissural area, tongue's ventral surface and posterior third of soft palate and tonsils. The patient also showed painful white plaques of opalescent appearance compatible with syphilitic papules with three weeks of evolution, as well as painless bilateral positive submandibular and occipital adenopathy (*Figures 1 to 4*). The presumptive diagnosis was secondary syphilis.

Complementary serological studies including quantitative VDRL test in dilutions (dils) and specific treponemal test (chemoluminescence) were requested. Hepatitis B, C, and HIV tests were also requested to extend the protocol for sexually transmitted infections (STIs). VDRL yielded a value of 512 dils and chemoluminescence of 20.92 (≥ 1 is a positive result), while the other serological tests were nonreactive. The patient's partner was also asked to undergo the respective serological studies resulting in a VDRL 1/1 dils and negative for the other tests. On stomatological examination she did not show clinical lesions and she also received the corresponding treatment.

The patient was referred to Rawson Hospital's Infection Service for appropriate treatment, where he was medicated with penicillin G benzathine, 2,400,000 IU/dose intramuscular. At 14 days post-treatment, the

patient was monitored with a noticeable improvement in lesions and virtual remission. Currently the patient must undergo serological testing within three months of the start of treatment.

DISCUSSION

Oral lesions from venereal diseases are common but are underdiagnosed due to the inexperience of professionals on basic concepts of oral medicine. In addition, as «the great simulator», syphilis causes oral lesions that can be confused with aphthae, leukoplakia, thrush, and lesions associated with chronic oral mechanical irritation, among others. The diagnosis of syphilis is based on clinical data confirmed by laboratory tests. The role of anamnesis is fundamental for obtaining a presumptive diagnosis, given the need to investigate about the patient's previous intra- and extraoral lesions, such as inoculation chancre.¹⁵

Secondary syphilis presents with manifestations in areas of mucosa and skin. Skin rashes develop as pink or red symmetrical maculae that can evolve to papules or as flat genital condylomas, diffuse alopecia, and lesions in palms and soles. The oral manifestations of the disease are variable. Commonly, highly contagious, slightly elevated spots or plaques appear, covered by white or grayish pseudomembranes. There may be as well fissures, condylomas, and erythematous and atrophic areas, so a rapid diagnosis decreases the risk of transmission. Serological tests in combination with a full clinical examination are critical to the diagnosis of the disease. Pre-diagnosis empirical treatment may mask or hinder syphilis diagnosis and promote its dissemination. The first-line treatment is with penicillin G benzathine, 2,400,000 IU/dose intramuscular in immunocompetent patients, and as alternatives doxycycline (100 mg every 12 hours) for 14 days, intramuscular ceftriaxone (1 g every 24 hours) for 10 to 14 days, or azithromycin (2 g per day), which can be used in patients allergic to penicillin. Penicillin desensitization is necessary in some patients. In addition, extended latency periods can give the false expectation of successful treatment, so serological follow-up is also important for confirmation of treatment success, which occurs when a 4-fold decrease in titer is observed.¹⁶

The incidence of this syphilis, as well as that of other sexually transmitted diseases (STDs), has increased due to HIV infection. A prevalence of up to 70% of syphilis has been found in HIV-positive patients. That is the reason for suggesting the performance of other serological tests for sexually transmitted diseases

(such as HIV, hepatitis B, and hepatitis C) when the patient obtains positive results for syphilis.¹⁷

CONCLUSION

Oral lesions from venereal diseases may be underdiagnosed due to the inexperience of professionals on basic concepts of oral medicine. These lesions may be confused with those caused by other diseases. An early diagnosis and timely treatment can prevent the transmission of syphilis and hence its complications.

Today, the prevalence of syphilis is increasing exponentially. It is considered an epidemiological emergency, and we are seeing more and more cases, even though it was previously believed to be an eradicated pathology. We thus need to raise public awareness and promote education about the different barrier methods for sexual relations.

Lastly, we believe that it is important to train fellow health professionals on oral medicine basics as well as to stimulate interdisciplinary work.

Conflict of interest: The authors declare that they have no financial or personal conflict of interest related to this study.

REFERENCIAS / REFERENCES

- Burstein Z. Sífilis venérea (lúes). *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2003; 20: 174-176.
- Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina. Un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16: 209-210.
- Vera I, Fernández P, Leiro V et al. Chancros sífilíticos en el nuevo milenio: 217 (casos) razones para pensar en sífilis. *Dermatol Argent*. 2012; 18: 442-451.
- Moreira KC, Pavan V, Huaman GF. Sífilis secundaria: lesiones orales como única manifestación. Informe de caso en adolescente. *Rev Asoc Odontol Argent*. 2015; 103: 168-172.
- Estrada S. Las pruebas rápidas en la promoción, prevención y diagnóstico de la sífilis. *Asoc Colom Infect*. 2008; 12: 287-296.
- Ceccotti E, Sforza R. *El diagnóstico en clínica estomatológica*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2007, pp. 178-184.
- Ziegler B, Booken N. Papulonodular syphilis. *N Engl J Med*. 2013; 368: 561.
- Díaz M, Carbo E, Guardati M et al. Sífilis secundaria en cavidad oral. Reporte de dos casos. *Rev Argent Dermatol*. 2008; 89: 237-241.
- Mejía A, Bautista C, Leal L et al. Syphilis infection among female sex workers in Colombia. *J Immigr Minor Health*. 2009; 11: 92-98.
- Paterman T. The resurgence of syphilis among men who have sex 13 with men. *Curr Opin Infect Dis*. 2007; 20: 54-59.
- Hook E, Behets F, Van Damme K et al. A phase III equivalence trial of azithromycin versus benzathine penicillin for treatment of early syphilis. *J Infect Dis*. 2010; 201: 1729-1735.

12. Stevenson J, Heath M. Syphilis and HIV infection: an update. *Dermatol Clin*. 2006; 24: 497-507.
13. Zetola NM, Klausner JD. Syphilis and HIV infection: an update. *Clin Infect Dis*. 2007; 4: 1222-1228.
14. Lafond RE, Lukehart SA. Biological basis for syphilis. *Clin Microbiol Rev*. 2006; 19: 29-49.
15. Bruce A, Rogers R. Oral manifestations of sexually transmitted diseases. *Clin Dermatol*. 2004; 22: 520-527.
16. Castro Mora S, Guzmán Pérez D. Manifestaciones bucales por sífilis secundaria. Reporte de un caso clínico. *Rev Cient Odontol Costa Rica*. 2015; 11: 24-29.
17. Blank L, Rompalo A, Erbeding E et al. Treatment of syphilis in HIV-infected subjects. A systematic review of the literature. *Sex Transm Infect*. 2011; 87: 9-16.

*Dirección para correspondencia /
Mailing address:*

Nicolás Leonardi

E-mail: nico_leonardi@hotmail.com.ar