

I Fórum Científico Virtual CienciasMayabeque@2020

Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara



MANEJO ESTOMATOLÓGICO ANTE UN PACIENTE CON SÍFILIS.

Integrantes

- ✦ Melissa Hernández Rodríguez *
- ✦ Arianna Martínez Castro *
- ✦ Dayani Vázquez Rodríguez*

*Estudiantes de quinto año de Estomatología. ariannamc98@nauta.cu

2020

“Año 62 de la Revolución”

Resumen:

Introducción: Las Infecciones de Transmisión Sexual suelen tener manifestaciones en cavidad bucal, por lo tanto se considera necesario que Estomatólogo tenga amplio conocimiento de estas. La sífilis sigue siendo frecuente en muchos países.

Objetivo: Explicar el manejo estomatológico ante un paciente con Sífilis.

Desarrollo: La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por el espiroqueta *Treponema pallidum*. Existen dos formas de presentación de la Sífilis: la adquirida y la congénita. La historia natural de la sífilis adquirida se desarrolla en tres fases: primaria, secundaria y terciaria; cada una de estas genera afecciones sistémicas y en cavidad bucal. La Sífilis congénita se transmite de madre a hijo en el útero o durante el parto, se y se divide en dos: la precoz y la tardía. Los estomatólogos tienen que cumplir las medidas protectoras tanto para ellos, como a las personas que están bajo su atención y cuidado

Conclusiones: El Estomatólogo juega un papel imprescindible en este campo, debido a que debe ser capacitado para detectar las manifestaciones de la Sífilis en cavidad bucal de una forma temprana, con lo que se evitaría su progresión.

Se revisaron un total de 24 referencias bibliográficas.

Palabras clave: Sífilis, manejo estomatológico, *treponema pallidum*

INTRODUCCIÓN

La vigilancia de la Salud Pública se define como la recopilación, el análisis y la difusión sistemática de todos los datos importantes para la prevención y el control de problemas.¹ La epidemiología se define como el estudio sistemático de los factores que determinan o influyen en las características y la prevalencia de una enfermedad o afección en la población. Por consiguiente, para controlar cualquier enfermedad transmisible se necesita el conocimiento epidemiológico de la enfermedad, así como datos fiables de vigilancia, que sean pertinentes en cuanto a su prevalencia y distribución.² La notificación de las enfermedades transmisibles constituye solo una parte de cualquier sistema integral de vigilancia de la Salud Pública, pero es un componente esencial de este.¹ El número creciente y el posible hacinamiento de muchas poblaciones humanas facilitan la difusión de

enfermedades transmisibles de una persona a otra. Estos factores también pueden contribuir a provocar cambios epidemiológicos o a exacerbar la virulencia de algunos agentes infecciosos. Además, la expansión de algunas poblaciones hacia nuevos nichos ecológicos puede poner a la gente en contacto con nuevos microorganismos potencialmente patógenos, y originar problemas relacionados con enfermedades de aparición reciente.^{1, 2} El primer paso para controlar las enfermedades transmisibles y reconocer la aparición de las nuevas es su detección e identificación inmediatas.^{3, 4} Para ello, es esencial contar con un sistema organizado de vigilancia de las enfermedades prevalentes, conocidas y diagnosticadas, y de las nuevas y desconocidas. Sin embargo, la detección inicial de cualquier enfermedad transmisible o infecciosa está en manos del personal de Atención Primaria de Salud que atiende a una persona con alguna enfermedad transmisible conocida, o que primero reconoce el caso de un paciente con un trastorno distinto. En este sistema, se deben solicitar informes periódicos para obtener notificaciones más completas y oportunas sobre enfermedades transmisibles graves que constituyen problemas importantes de salud pública, como las enfermedades infecciosas causadas por agentes que pueden ser utilizados para acciones de terrorismo biológico. Sin embargo, la notificación de enfermedades transmisibles sigue siendo la primera línea de alerta para evitar y controlar las enfermedades de este tipo; todos los agentes de salud y de salud pública tienen que estar informados sobre las enfermedades que se deben notificar, y también sobre la forma de hacerlo y las razones para hacerlo.²

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), llamadas también Enfermedades Venéreas, se definen como un grupo de patologías causadas por diversos agentes infecciosos como bacterias, hongos y virus que se adquieren durante la actividad sexual. El incremento de la prevalencia en estas enfermedades va de la mano de diferentes factores que han contribuido a su ascenso, entre los que se destacan cambios en el comportamiento sexual y social debido a la urbanización, industrialización, facilidad de viajar, cambios en la mentalidad referente a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual, acompañado de patrones de machismo que imperan en algunos países del mundo.⁵ El Proyecto de Estrategia Mundial contra las ITS es una de las tres estrategias relacionadas del sector de la salud para 2016-2021 por la Organización Mundial de

la Salud (OMS), diseñada para contribuir al logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los objetivos que esta consagra. La promoción de la salud es uno de los principales objetivos de la nueva Agenda, que refleja el papel central que desempeña la salud en la tarea de aliviar la pobreza y facilitar el desarrollo. El objetivo 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades», incluido el énfasis en las áreas relacionadas con la salud, reviste especial interés. Este proyecto se centra principalmente en tres infecciones que requieren medidas de control inmediatas y pueden monitorearse, entre ellas la infección por *Treponema pallidum* que da lugar a la Sífilis, que implica la eliminación de la Sífilis Congénita, mediante la disposición de sistemas sólidos para garantizar el cribado y el tratamiento de todas las mujeres embarazadas y el control de esta enfermedad en poblaciones específicas.³

Desde el descubrimiento de la penicilina, la Sífilis no sólo puede prevenirse, si no también tratarse. A pesar de ello, aún constituye un problema mundial, con una incidencia estimada de 12 millones de infecciones al año.⁵ A escala internacional, la prevalencia de la sífilis varía según la región. La sífilis sigue siendo frecuente en muchos países en desarrollo y en algunas zonas de América del Norte, Asia y Europa, especialmente en Europa oriental. Las tasas más altas se dan en el sur y sureste de Asia, seguido de cerca por África. Las terceras tasas más altas se encuentran en las regiones de América Latina y el Caribe. La mayoría de los casos nuevos ocurren en hombres y mujeres de 20 a 29 años de edad.⁶ Nuestro país no está exento de esta infección por lo que es de importancia la realización de este trabajo.

Todas estas Infecciones de Transmisión Sexual suelen tener manifestaciones en cavidad bucal, por lo tanto se considera necesario que Estomatólogo tenga amplio conocimiento de estas.⁵ Debido a lo anterior, el estomatólogo tiene que tener la capacidad de diagnosticar esta infección en sus estadios iniciales y así evitar su progresión a una fase sistémica, en la cual comienza a tener graves repercusiones en todo el organismo e incluso puede llevar a la muerte. Según Grinspan, el examen estomatológico exhaustivo debe seguir esta secuencia sistemática: examen extraoral (ATM, grupos y cadenas ganglionares) e Intraoral (semimucosa labial, mucosa yugal, paladar duro, paladar blando, orofaringe, cara dorsal de lengua, bordes laterales de lengua, cara ventral de

lengua, piso de boca, encía y dientes). Con dicho protocolo, se evitará pasar por alto lesiones en cavidad bucal.^{5,7}

Las presentaciones atípicas de la sífilis representan un reto diagnóstico especialmente para médicos no habituados o en países con baja incidencia lo que incrementa las consecuencias de una terapia tardía o inadecuada, y un mayor riesgo de transmisión.⁵

Por estas razones, debemos estar familiarizados con las manifestaciones clínicas de la sífilis.

Objetivo General:

Explicar el manejo estomatológico ante un paciente con Sífilis. Objetivos Específicos:

Describir las manifestaciones clínicas de la Sífilis extraoral e intraoral según las etapas que se presenta.

Caracterizar las medidas de promoción de la salud y prevención específica dirigidas a disminuir el riesgo de transmisión de la infección por *Treponema pallidum*.

DESARROLLO

La sífilis ocurre en todo el mundo, principalmente en áreas urbanas. La cantidad de casos está aumentando rápidamente. La población de más alto riesgo son los adultos jóvenes con edades que van desde los 20 años.⁴ La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por el espiroqueta *Treponema pallidum*. Este es una bacteria espiral frágil de 6-15 micrómetros de largo por 0,25 micrómetros de diámetro. Su pequeño tamaño la hace invisible en microscopía de luz; por lo tanto, debe ser identificada por sus movimientos ondulantes distintivos en la microscopía de campo oscuro. Solo puede sobrevivir brevemente fuera del cuerpo. Por lo tanto, la transmisión casi siempre requiere contacto directo con la lesión infecciosa.⁶

La sífilis es transmisible por contacto sexual con lesiones infecciosas, de la madre al feto dentro del útero, a través de la sangre y a veces por medio de roturas en la piel que entran en contacto con lesiones infecciosas.^{6,7}

Existen dos formas de presentación de la Sífilis: la adquirida y la congénita. La historia natural de la sífilis adquirida se desarrolla en tres fases: primaria, secundaria y terciaria; cada una de estas genera afecciones sistémicas y en cavidad bucal.^{5, 8, 9} Los síntomas varían según la etapa. No obstante, las etapas pueden coincidir y los síntomas no siempre suceden en el mismo orden. Es posible incluso tener una infección por sífilis y no notar los síntomas durante años.

5

Fase primaria de la Sífilis:

Durante la primera fase (primaria) de la sífilis, existe una única llaga (chancro), pero pueden haber muchas y no notarlas. La llaga aparece en el sitio por donde la sífilis entró al cuerpo. El chancro generalmente se presenta alrededor de tres semanas después de la exposición. Por lo general, la llaga es firme, redonda y no causa dolor. Debido a que la llaga no causa dolor es posible que pase desapercibida. Las llagas duran de 3 a 6 semanas y se curan independientemente de que reciba tratamiento o no. Aunque las llagas desaparezcan, usted aún debe recibir tratamiento para que la infección no pase a la fase secundaria.¹⁰ Si no se realiza tratamiento en un promedio de tres semanas, aparecen pápulas y lesiones queratósicas y ulcerativas en manos, pies y cavidad bucal, especialmente en bordes linguales, correspondientes a sífilis secundaria.⁸

Fase secundaria de la Sífilis:

Durante la fase secundaria, aparecen erupciones en la piel o llagas en la boca, la vagina o el ano (también llamadas lesiones de la membrana mucosa). Esta fase suele comenzar con la aparición de una erupción en una o más áreas del cuerpo. Las erupciones pueden aparecer cuando la llaga primaria se está curando o varias semanas después de que se haya curado.⁵ Esta erupción puede tomar el aspecto de puntos duros, de color rojo o marrón rojizo en la palma de las manos o en la planta de los pies. La erupción por lo general no pica y a veces es tan poco visible que es posible que ni se dé cuenta de que la tiene.⁹ Otros síntomas pueden incluir fiebre, inflamación de las glándulas linfáticas, dolor de garganta, pérdida parcial del cabello, dolores de cabeza, pérdida de peso, dolor muscular y fatiga (sentirse muy cansado). Los síntomas de esta fase

desaparecerán reciba o no tratamiento. Sin el tratamiento adecuado, la infección progresará a una fase latente y posiblemente a las fases más avanzadas de la enfermedad. La fase latente de la sífilis comienza cuando todos los síntomas que tuvo antes desaparecen. Si no recibió tratamiento, usted puede seguir teniendo sífilis en su cuerpo por años sin presentar ningún signo o síntoma. La mayoría de las personas con sífilis sin tratar no evolucionan a la fase avanzada de esta enfermedad. Sin embargo, cuando esto sucede es muy grave y ocurrirá entre 10 a 30 años desde que comienza la infección.^{5, 8, 11,12}

Fase terciaria de la Sífilis:

Aproximadamente del 15 % al 30 % de las personas infectadas con sífilis que no reciben tratamiento tendrán complicaciones conocidas como sífilis tardía (terciaria). En la etapa tardía, la enfermedad puede dañar el cerebro, los nervios, los ojos, el corazón, los vasos sanguíneos, el hígado, los huesos y las articulaciones. Estos problemas pueden ocurrir muchos años después de la infección original no tratada. Los síntomas de la fase avanzada de sífilis incluyen dificultad para coordinar los movimientos musculares, parálisis (no poder mover ciertas partes del cuerpo), entumecimiento, ceguera y demencia (trastorno mental). En las fases avanzadas de la sífilis, la enfermedad daña sus órganos internos y puede causar la muerte.^{8,9} Algunas veces no se genera ningún tipo de manifestación, sin embargo cuando se presenta la goma sifilítica causa una perforación en paladar duro que comunica la cavidad nasal con la oral. En este estado es muy común la transmisión vertical entre madre e hijo, causando al recién nacido diversas malformaciones; muchas veces mortales.⁵

Diagnóstico general de la sífilis:

Primeramente la sífilis se diagnostica mediante el examen clínico donde se observan las manifestaciones antes mencionadas según cada etapa. La sífilis es difícil de estudiar porque no puede cultivarse o manipularse genéticamente y porque las subespecies de TP son morfológicamente indistinguibles por inmunofluorescencia o microscopia electrónica, que induce cambios histopatológicos similares y anticuerpos reactivos cruzados; esto dificulta el diagnóstico y complica los análisis epidemiológicos o filogenéticos. La tipificación

molecular ha demostrado ser útil en la detección específica de algunas de estas subespecies.¹³

Para el diagnóstico de dichas infecciones, hay varios tipos de pruebas de laboratorio clasificadas en dos grupos: las pruebas no treponémicas que miden inmunoglobulinas IgG e IgM, que son producidas en los tejidos dañados por el treponema. Puesto que no miden anticuerpos específicos frente a *Treponema pallidum*, su positividad no asegura la infección sífilítica y se utilizan para evaluar la eficiencia del tratamiento; estas son: VDRL (veneral disease research laboratory), RPR, TRUST, ELISA Y USR. Por su parte, las pruebas treponémicas se utilizan principalmente para confirmar los resultados positivos obtenidos con las pruebas reagínicas, debido a que producen escasos o nulos falsos positivos; estas son: la FTA-ABS (absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes) que es la más utilizada, la TPHA y la Western Blot.^{6,7,10}

Métodos directos: se basa en la visualización del TP mediante la técnica de campo oscuro, utilizando el microscopio de contraste de fases. Hacen diagnóstico de certeza, pero la ausencia de espiroquetas no lo descarta.¹³

Tratamiento general de la Sífilis:

Para el tratamiento de dicha patología se debe aplicar antibioticoterapia lo más pronto posible con Penicilina G benzatínica en dosis de 2,4 millones de unidades inyectadas por vía intramuscular en una sola sesión.⁵ Otro tratamiento en el caso de que los pacientes sean alérgicos a la penicilina, y en ausencia de embarazo, es la administración por vía oral de 100 mg de doxiciclina dos veces al día durante 14 días, o de 500 mg de tetraciclina por vía oral cuatro veces al día durante 14 días.^{5,13}

Sífilis Congénita:

Existe otro tipo de sífilis que se transmite de madre a hijo en el útero o durante el parto, se denomina "sífilis congénita" y se divide en dos: la precoz y la tardía.^{6,7,14}

La sífilis congénita es una enfermedad que debe considerarse como un problema del binomio madre-hijo, pues es un padecimiento que se asocia a diversos eventos perinatales adversos, por ejemplo, puede ocasionar aborto tardío entre el 20 y 40% de los casos, muerte fetal o del recién nacido en un 20

a 25% de los casos e infección congénita en el 40 al 70% de los recién nacidos hijos de madres infectadas.^{3,15}

La infección del feto se produce a través de la placenta de la madre con sífilis, en períodos tempranos del embarazo, aunque los cambios anátomo- clínicos no se observan hasta que madura el sistema inmunológico del niño, algo que suele ocurrir al quinto mes.^{15,16} La probabilidad de que una mujer embarazada no tratada, durante el primer año de su enfermedad, transmita al feto la sífilis es cercana al 90%.¹⁷ En caso de que el feto se infecte durante los primeros meses del embarazo, la probabilidad de muerte dentro del útero se incrementa considerablemente.^{16,17} Por lo general, si una mujer embarazada padece una sífilis de menos de 2 años de evolución y no ha recibido tratamiento, tiene una probabilidad estimada del 30% de sufrir un aborto y otro 30-40% de muerte neonatal; de los recién nacidos que sobreviven, el 30% suele desarrollar sífilis congénita.^{17,18}

La sífilis congénita es una afección grave, pero prevenible, que puede eliminarse mediante la detección oportuna y el tratamiento adecuado de las mujeres embarazadas con sífilis. Se reconoce que la carga de morbilidad y mortalidad por Sífilis Congénita es mayor que cualquier otra infección neonatal, incluida la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y el Tétanos, que son objeto de atención mundial en la actualidad.¹⁴

La OMS calcula que de 130 millones de nacimientos anuales en el mundo, 8 millones de infantes mueren antes de su primer cumpleaños, y de esos, tres millones lo hacen antes de su primera semana de vida. Adicionalmente, 3.3 millones son muertes fetales, muchas de las cuales se asocian a la infección treponémica, la gran mayoría en países en desarrollo.¹⁵

Existen dos cuadros clínicos bien diferentes de sífilis congénita: la precoz, en la que los síntomas aparecen en los primeros 2 años de la vida del niño, y la congénita tardía en más de 2 años de edad.^{15,16}

La **sífilis congénita precoz** se manifiesta a los tres meses de edad o antes. En ella los niños tiene bajo peso, son prematuros y el aspecto general de la piel rugosa y macerada. Se caracteriza por erupciones y lesiones maculo-papulosas

en todo el cuerpo; a los ocho meses tiende a causar osteocondritis y pseudoparálisis.⁶ La inflamación temprana de la piel también puede dar lugar a la cicatriz radial permanente alrededor de la boca conocida como «rágades», glositis atrófica, decoloración amarilla de los labios y bóveda palatina alta y estrecha.¹⁷ En esta forma, otros trastornos frecuentes son de tipo óseo (40-85%), detectables mediante estudios radiológicos y que afectan más a menudo las metáfisis de los huesos largos. Es frecuente (72%) también la aparición de una rinorrea seropurulenta desde los primeros días del nacimiento.¹⁸ Con menor frecuencia (40-50%) se presentan diversas erupciones cutáneas a modo de exantemas simétricos y ampliamente distribuidos y el pénfigo sifilítico, con ampollas serohemorrágicas localizadas en las palmas y las plantas.¹⁶ Suele haber hapatoesplenomegalia, pancreatitis, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, neumonía alba, neumonitis, miocardios, fiebre, anemia, ictericia, leucopenia o leucocitosis, trombocitopenia.^{17,18}

La **forma congénita tardía** se diagnostica en niños de más de 2 años de edad y sus manifestaciones fundamentales son:

- Retardo mental, hidrocefalia, convulsiones o sordera (daño al octavo par craneal).
- Tríada de Hutchinson: nariz en silla de montar, dientes de Hutchinson, queratitis intersticial hasta atrofia óptica.¹⁴

La tríada de Hutchinson lleva el nombre de Sir Jonathan Hutchinson. Es un patrón de presentación común para la Sífilis congénita y consta de tres fenómenos: queratitis intersticial, dientes malformados y sordera del octavo nervio.^{9, 20} Sir Jonathan Hutchinson señaló (1858) que los defectos dentales estaban restringidos a los dientes permanentes. El color de los dientes es anormal, siendo los dientes afectados semi- translúcidos, más que el color de coral de los dientes normales. En los incisivos afectados, el borde incisal ha sido descrito como entallado o forma de «destornillador».²⁰ Son más estrechos en sus bordes libres que en sus coronas, sus ángulos han sido redondeados. En el centro de su borde libre hay una muesca vertical profunda, hecha por la ruptura o no desarrollo del lóbulo medio de la corona dentaria. Esta muesca, tomada junto

con la estrechez y la falta de diente, es la principal característica. En 1884, Alfred Fournier estableció que era más común en el incisivo central permanente superior que en otros incisivos. Cuando la muesca no está presente y el diente en forma de barril tiene un borde incisal plano pero estrecho, el término «incisivo destornillador» se utiliza a menudo.^{19,20}

Molares de Moon: la primera descripción del defecto característico de los primeros molares permanentes alrededor de los seis años de edad fue dada por Henry Moon, cirujano dental en el Hospital de Guy (1877).¹⁶ Caracterizó estos dientes como pequeños y en forma de cúpula, con cúspides más cerca de lo normal. Las coronas son más anchas en la base y más estrechas en las cúspides, no tienen ranuras que corren alrededor de las cúspides y la superficie de la corona es lisa.²⁰

Molar de Fournier o molares de mora: Fournier (1884) describió una forma diferente de defecto molar permanente asociado con la sífilis congénita, en la que hay un surco profundo alrededor de la base de cada cúspide causado por la hipoplasia del esmalte. Él lo describió como «un diente más pequeño que crece fuera de uno más grande».^{15,16}

El defecto es diferente del descrito por Henry Moon y quizá resulta de la infección en un tiempo ligeramente diferente de desarrollo. Aunque los dos defectos son distintos, los términos han sido a menudo confundidos. Este defecto también puede estar asociado con otras causas de hipoplasia severa del esmalte, pero rara vez es tan pronunciado como se observa en la sífilis congénita.^{9,17,20}

Canino sifilítico: varios estudios describen características típicas de un canino sifilítico, pero este defecto es menos frecuente que otros defectos incisivos y molares. De acuerdo con un estudio arqueológico, los caninos maxilares y mandibulares son tan distintivos en morfología como los incisivos centrales superiores, y son bulbosas columnas con una muesca oclusal y un anillo elevado de esmalte en la superficie oclusal.^{8,16} Jacobi afirma además que los caninos son visiblemente más pequeños y más simples de lo habitual y no presentan una cresta mesial canina identificable, una cresta accesoria distal o un tubérculo dental. Los caninos exhiben episodios lineales de hipoplasia del esmalte en todas

las superficies. Fournier también describió un surco similar alrededor de la punta de los caninos permanentes superiores o inferiores.²⁰

La alteración en la forma de los dientes es debido a los cambios que sufre el germe dentario en la etapa de morfo-diferenciación, entre las semanas 16 y 18 de vida intrauterina.¹⁸

□ Osteocondritis, periostitis y osteomielitis diafisaria.

Las alteraciones tardías se hacen evidentes después de la edad preescolar; la periostitis y la osteomielitis diafisaria comprometen las tibias y producen reblandecimiento que lleva al arqueamiento, lo que da lugar a la deformidad llamada «tibias en sable». La osteocondritis y la periostitis fetal pueden comprometer una o varias extremidades, las cuales no muestran ninguna movilidad, por lo que se le ha llamado «parálisis de Parrot»^{19,20}

Todo este conjunto de signos y síntomas los debe tener en cuenta por el estomatólogo a la hora de realizar su labor de educación para la salud bucodental, por lo que debemos adaptar estas medidas de higiene oral y cuidados orales a las capacidades y posibilidades que presenten estos niños.^{19,20}

Diagnóstico de la Sífilis Congénita:

El estudio de un recién nacido con sospecha de infección de esta patología comienza con un completo interrogatorio, que debe incluir el análisis de los antecedentes personales de la madre y su pareja, lugar de residencia, ocupación, antecedentes de infección de transmisión sexual o transfusión de sangre, revisión de los controles ginecológicos y obstétricos de embarazos previos, tratamientos realizados.^{13,19}

Examen clínico del niño: examen directo con microscopio de campo oscuro que muestra al agente infeccioso, examen serológico: VDRL, la porción IgG reagina atraviesa la placenta y estos hallazgos en suero del niño significan que la madre tuvo o ha tenido sífilis; a menos que su valor sea cuatro veces el de la madre, la confirmación se realiza con la prueba FTA-ABS y la prueba TPPA (aglutinación de partículas antígeno treponémicas específicas). La serología no treponémica y treponémica permanecen reactivas por el paso de inmunoglobulinas maternas al niño, que pueden persistir por un período hasta de 15 meses.¹³

Estudios complementarios: punción lumbar (citoquímico y serología), examen oftalmológico, radiografías de huesos, hemograma, hepatograma, radiografía de tórax.

A toda mujer embarazada se le debe realizar la prueba de VDRL o RPR e IF para *Treponema pallidum* durante la primera visita prenatal, independientemente del trimestre de la gestación en que se encuentre, y posterior al parto. El personal de salud no debe dar de alta a ninguna mujer posterior al parto sin que se le haya realizado la prueba de VDRL o RPR.¹³

Tratamiento de la Sífilis Congénita:

Está demostrado que el tratamiento óptimo para cualquier forma de sífilis continúa siendo la penicilina, que es altamente efectiva para tratar la sífilis gestacional y prevenir la Sífilis Congénita, pues un tratamiento adecuado y oportuno, evita la transmisión al feto.^{13,17} La Penicilina, adicionalmente, es de bajo costo, tiene mínima toxicidad y no hay evidencia reciente de resistencia del *Treponema pallidum*. Se acepta que la efectividad de los regímenes basados en penicilina benzatínica aplicados a la madre, para prevenir la sífilis congénita, oscila entre 95 y 100% (OMS). No se recomienda dar tratamientos diferentes a penicilina como eritromicina, azitromicina o ceftriaxona ni tetraciclina.¹³

El intervalo entre el tratamiento materno y el parto debe tenerse en cuenta pues los tratamientos tardíos pueden fallar para prevenir la sífilis congénita. Si por ejemplo, el tratamiento se realiza en las últimas cuatro semanas del embarazo se considera que no es adecuado para el feto o recién nacido. Tampoco hay evidencia de que la administración de penicilina cristalina intravenosa en la madre en el tercer trimestre de la gestación garantice la prevención de sífilis congénita o sea mejor que la penicilina benzatínica. Cuando el diagnóstico materno se establezca en el tercer trimestre, la madre debe ser tratada con penicilina benzatínica como está normado. Si la última dosis fue administrada en las cuatro semanas previas al parto, se considera por criterio epidemiológico que el recién nacido es un caso de sífilis congénita y debe ser tratado como tal.¹⁴

El tratamiento de la sífilis durante el embarazo debe realizarse de acuerdo con la etapa clínica de la enfermedad.^{14,15} Es altamente recomendable que los

neonatos considerados como casos de sífilis congénita, sean hospitalizados para estudio y manejo con penicilina cristalina.^{1,3}

Todos los neonatos con serología reactiva al nacer, o hijos de madres con serología reactiva al parto, recibirán seguimiento clínico y serológico con pruebas no treponémicas al menos a los 3, 6 y 12 meses posteriores al nacimiento, hasta que se vuelvan no reactivas o los títulos disminuyan cuatro veces. Los anticuerpos no treponémicos disminuyen a los 3 meses de vida y no deben ser reactivos a los 6 meses de edad si el niño no fue infectado (transferencia pasiva de IgG materna) o fue infectado pero adecuadamente tratado. Si los títulos disminuyen o aumentan después de los 6-12 meses de edad, o si son reactivos a los 18 meses, el niño debe ser reevaluado incluso con punción lumbar y tratado con penicilina parenteral por 10 días. Aquellos con anomalías del LCR al nacer deben tener punción lumbar cada 6 meses hasta que los resultados sean normales. Si las anomalías persisten deben ser retratados.^{14,16}

El plan de seguimiento clínico y serológico de la madre y del recién nacido debe quedar por escrito en el expediente (historia clínica) y se debe asegurar de que la madre comprenda la importancia de este.¹³

Vigilancia Epidemiológica:

Es responsabilidad de la institución prestadora de servicios de salud que diagnóstica y maneja los pacientes que cumplen con la definición de caso de sífilis gestacional o sífilis congénita, notificar al nivel epidemiológico correspondiente de acuerdo con los niveles técnicos administrativos del Sistema Nacional de Salud y en forma directa y simultánea a la representación nacional del órgano normativo del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.¹⁹

Manejo Estomatológico de la Sífilis:

La importancia de la detección temprana y el tratamiento eficaz de los pacientes de sífilis en fase transmisible y de sus contactos no debe impedir que se busque a las personas con sífilis latente, para evitar recaídas e incapacidad por las manifestaciones tardías.²¹

La aparición de nuevas enfermedades y de enfermedades recurrentes han propiciado el desarrollo de la conciencia sobre la bioseguridad, no siempre interiorizada en su importancia por nuestros trabajadores, siendo preciso establecer medidas protectoras tanto para el trabajador de la salud, como a las personas que están bajo nuestra atención y cuidado siguiendo las precauciones universales respecto a sangre y secreciones corporales.¹ Para ello se deben cumplir sus 3 principios:

- Universalidad: considerar que toda persona puede ser portador, por lo que las medidas de protección y prevención deben aplicarse a todos los pacientes. Todo el personal debe cumplir con las precauciones universales establecidas, previniendo, el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente.
- Uso de barreras: evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de elementos contentivos adecuados que se interpongan al contacto con los mismos, por ejemplo, los guantes, nasobucos y gorros así como bata sanitaria, protegen y dan seguridad
- Eliminación del material utilizado: engloba los procedimientos utilizados para el almacenamiento y eliminación de los materiales utilizados en la atención de pacientes, evitando que estos representen un riesgo para las personas y el ambiente.¹

Esta actividad adquiere una creciente preponderancia en la medida que se ha ido creando conciencia de la importancia de la protección sobre los factores de riesgo, por lo que convierte en su principal vertiente la preventiva.^{1,9}

El estomatólogo tiene que tener cuidado de evitar el contacto con secreciones de las lesiones abiertas u objetos contaminados con las mismas, pues no se han obtenido vacunas que logren la inmunización del agente etiológico de la Sífilis.²¹

En cuanto al agente etiológico de la sífilis, *Treponema Pallidum*, se saben que existen pocos casos en el entorno dental en Cuba. Sin embargo no debemos ignorarlo su incidencia se ha duplicado a razón de 130 000 casos por año.^{1, 22}

Es por ello que consideramos de vital importancia establecer una adecuada relación estomatólogo paciente a través de la anamnesis en las consultas para detectar así grupos riesgos y el conocimiento de las manifestaciones clínicas de esta enfermedad realizando un minucioso examen físico (extraoral e intraoral)

para establecer diagnósticos diferenciales con otras entidades y poder llevar a cabo un tratamiento eficaz.^{21,22}

A nivel comunitario es de relevancia la promoción de medidas generales para fomentar la salud, y educación para la salud y sexual que recalque la conveniencia de diferir el inicio de la actividad sexual hasta la etapa en que se alcance la madurez sexual; destacar la importancia de establecer relaciones monógamas mutuas y disminuir el número de parejas sexuales.^{1,22}

Se pueden realizar actividades educativas tanto en la comunidad como en consulta para la enseñanza de métodos de profilaxis personales aplicables antes, durante y después de la exposición, especialmente el empleo adecuado y constante de condones.⁸ Es de vital interés llevar a cabo la vigilancia serológica de los casos para descartar otras infecciones de transmisión sexual, como la causada por el VIH.^{9,21}

El aspecto fundamental para lograr el éxito en cualquier campaña para el control de la sífilis es la entrevista con los pacientes para identificar a los contactos sexuales de los que se adquirió la infección y a las personas a las que el paciente pudo haber infectado. Los entrevistadores expertos son los que logran los mejores resultados. La fase en que se encuentra la enfermedad es el factor que rige el criterio para la notificación de los contactos sexuales:

- a) en el caso de la sífilis primaria, todos los contactos sexuales durante los tres meses anteriores al comienzo de los síntomas;
- b) en el de la sífilis secundaria, los contactos durante los seis meses anteriores;
- c) en el de la sífilis latente temprana, los de los 12 meses anteriores, si es imposible precisar la fecha en que se produjeron las lesiones primaria y secundaria;
- d) en el caso de la sífilis tardía y latente tardía, los cónyuges y los hijos de las madres infectadas, y
- e) en el de la sífilis congénita, todos los miembros inmediatos de la familia. Todos los contactos sexuales identificados de casos confirmados de sífilis temprana que hayan estado expuestos durante los 90 días anteriores al examen deben recibir tratamiento.^{1,22,23}

El 30 de junio del 2015 Cuba se convierte en el primer país del mundo en recibir la validación por parte de la OMS de que ha eliminado la transmisión de madre a hijo de la Sífilis y el VIH, no obstante es de relevancia conocer todas las características de la Sífilis Congénita así como de la Sífilis en general como parte de una excelente preparación profesional.

Cuba ha trabajado para asegurar el acceso temprano a la atención prenatal, a las pruebas para detectar el VIH y la Sífilis tanto para las embarazadas como para sus parejas, para proveer el tratamiento para las mujeres que dan positivo y sus bebés, en la sustitución de la lactancia materna y la prevención del VIH y la sífilis antes y durante el embarazo a través del uso de preservativos y otras medidas de protección. Estos servicios se ofrecen como parte de un sistema de salud equitativo accesible y universal en el que los programas de salud materno-infantil se integran con los programas para el VIH y las ITS.²⁴

CONCLUSIONES

La sífilis es una enfermedad considerada como antigua, que ha causado grandes estragos durante toda la historia de la humanidad, y a pesar de métodos de protección sexual y antibióticos para combatir esta infección, en la actualidad todavía su prevalencia es preocupante. El Estomatólogo juega un papel imprescindible en este campo, debido a que debe ser capacitado para detectar las manifestaciones de la enfermedad en cavidad bucal de una forma temprana, con lo que se evitaría su progresión. En la actualidad, con el avance de la ciencia y tecnología, se conoce el agente etiológico (que es la espiroqueta *Treponema pallidum*) y su fisiopatología, además de que se han clasificado los tipos de lesiones con las etapas de la enfermedad. Aun así, el incremento de casos a nivel mundial debe obligar a los servicios de salud a reforzar los programas de control prenatal. Es importante el conocimiento de las características clínicas y su identificación, lo que nos permite realizar un diagnóstico correcto de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Editorial Ciencias Médicas Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba. 2011. ISBN 978-959-212-636-7.

2. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. Decimoséptima edición. Informe oficial de la Atención Estadounidense de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica y técnica. No. 581. 2001.
3. https://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/
4. Galban E, Benzaken A. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2016. DST – J bras Doenças Sex Transm ; 19 (3-4): 166-172.
5. Carmona-Lorduy M. Manifestaciones bucales de enfermedades de transmisión sexual identificadas en tres servicios de estomatología en Sur América. et al. Univ. Salud. 20(1):82-88, 2018 (Ene - Abr)
6. Lesiones bucales características de la sífilis, encontradas en tres servicios de estomatología de Latinoamérica. Revista Nacional de Odontología ISSN 2357-4607 Vol. 13, N.º 26, enero-junio 2018 Artículo de investigación / Research article doi: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v13i26.1788>
7. Cuerda-Galindo E, Sierra-Valenti X, González- López E, López-Muñoz F. Syphilis and human experimentation from World War ii to the present: A historical perspective and reflections on ethics. Actas Dermosifiliogr. 2014;105(9):847-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.09.007>.
8. Esquivel-Pedraza L, Fernández-Cuevas L, Saeb-Lima M, Morales-Pacheco M y col. Manifestaciones en la mucosa bucal de sífilis y deficiencia nutricia sincrónica. Dermatol Rev Mex. 2019 noviembre-diciembre; 63(6):584-591.
9. Álvarez M, De la torre L, Domínguez J. Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014; 30(3):343-353.
10. Lopes L, Ferro R, Llobet S, Lito L, Borges J. Syphilis: Prevalence in a hospital in Lisbo. Acta Med Port. 2016;29(1):52-5. doi: <http://dx.doi.org/10.20344/am.p.6247>.
11. Molina Ávila IJ, Pimentel Sola JM, Giménez Grima L. Lesiones orales de sífilis secundaria limitada a la cavidad oral. Informe de un caso. Rev Asoc Odontol Argent 2018;106:30-34.
12. Castro S, Guzmán D. Manifestaciones bucales por sífilis secundaria. Reporte de un caso clínico. Rev Cient Odontol. 2015;11(1).

13. Morales-Múnera CE, Fuentes-Finkelstein PA, Vall Mayans M. Update on the diagnosis and treatment of syphilis. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106(1):68-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.06.007>
14. Oletta L, Carvajal A. Sífilis congénita: un problema de salud continuo, pero descuidado. *Med Interna (Caracas).* 2010; 26 (4): 236-251.
15. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health.* 2004; 16 (3): 211-217.
16. Lopez J, Frasquet J. Sífilis: una revisión actual. Madrid: Centro de Control de Calidad SEIMC; 2011.
17. Vallejo C, Cifuentes Y. Caracterización y seguimiento durante seis meses de una cohorte de recién nacidos con sífilis congénita. *Biomédica.* 2016; 36: 101-108.
18. Gaitán-Duarte H, Cruz-Aconcha A. Plan de eliminación de la transmisión materna-infantil de la sífilis, una oportunidad para iniciar la implementación de la reglamentación de la ley estatutaria de salud. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2016;67 (1): 7-9.
19. Díez M.; Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista española de Sanidad Penitenciaria.* 2011;13(2):58-66.
20. Torres Salazar, JF .Rodríguez Ortega, D. Signos dentales de la sífilis congénita. Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Instituto Politécnico Nacional. *Revista ADM* 2017; 74 (6): 286-292 www.medigraphic.com/adm
21. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Resumen de las "Prácticas para la prevención de enfermedades en entornos odontológicos: Expectativas básicas para la atención segura". Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Salud Oral; marzo del 2017.
22. Gurrola Martínez, B. Paloma Revuelta, L. Manejo preventivo del paciente ante el riesgo de contagio en el consultorio dental. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. ISBN 968- 36-6942-5. Enero 2018
23. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:e2845. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>.

24. LA OMS valida la eliminación de cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis. Ginebra 31 de junio 2015. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/es/&ved=2ahUKEwiwILmytdbsAhVPk1kKHfxlCd4QFjANegQIDRAB&usg=AOvVaw0FPkmd-UMBt6WB6rpS1JpC>