



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS  
ODONTOLÓGICAS**

**“MANIFESTACIONES ORALES Y OROFARÍNGEAS DE INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL DE ORIGEN BACTERIANO”**

**Camila Francisca Riveros Serey**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL**

**Prof. Alejandro Felipe Escobar Álvarez**

**TUTOR ASOCIADO**

**Prof. Asist. Dra. Andrea Maturana Ramírez**

**Prof. Asist. Dr. Juan Pablo Aitken Saavedra**

**Adscrito a Proyecto FONDECYT 1180666**

**Santiago - Chile**

**2021**





**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS  
ODONTOLÓGICAS**

**“MANIFESTACIONES ORALES Y OROFARÍNGEAS DE INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL DE ORIGEN BACTERIANO”**

**Camila Francisca Riveros Serey**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL**

**Prof. Alejandro Felipe Escobar Álvarez**

**TUTOR ASOCIADO**

**Prof. Asist. Andrea Maturana Ramírez**

**Prof. Asist. Juan Pablo Aitken Saavedra**

**Adscrito a Proyecto FONDECYT 1180666**

**Santiago - Chile**

**2021**

## **AGRADECIMIENTOS**

Esto no sería posible sin mis padres Miguel y Teresa, quienes nunca colocaron límites a mis sueños. Me criaron como una mujer independiente que lograría lo que se propusiera, les debo todo.

A mis bellos y locos hermanos, mi porra personal, Miguel, Cecilia y Marta, que siempre tuvieron palabras de aliento.

A mis sobrinos Fernanda, Martín, Ignacio, Davidson, Matteo y Javier, en quienes siempre pensé en mis momentos de flaqueza y me daban la fuerza para seguir.

A Rodrigo por estar conmigo de forma incondicional, permitiéndome finalizar este proyecto.

A mis perritos regalones: Katty, Bruce, Seymour y Bambi, que me acompañaron en esas innumerables noches de estudio.

A mis mejores amigos, Cristian y Joaquín, que estuvieron conmigo durante estos largos años.

Y, por último, a mi tutor Dr. Alejandro Escobar Álvarez y cotutores Dra. Andrea Maturana y Dr. Juan Pablo Aitken por su calidad docente, disposición y paciencia.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
PREGUNTA Y OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN. ....	6
METODOLOGÍA. ....	7
IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE ESTUDIO.....	7
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN.....	7
BASES DE DATOS.....	7
ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA SEGÚN BASE DE DATOS ELECTRÓNICA .....	7
SELECCIÓN DE ARTÍCULOS .....	7
FASES DE SELECCIÓN.....	8
CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD .....	9
EXTRACCIÓN DE DATOS DESDE ARTÍCULOS SELECCIONADOS.....	10
RESULTADOS.....	12
SELECCIÓN DE ARTÍCULOS .....	12
ANTECEDENTES GENERALES DE LOS ARTÍCULOS .....	14
ANTECEDENTES DE POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	14
MANIFESTACIONES ORALES SEGÚN ESTADÍO DE LA SÍFILIS ADQUIRIDA .....	15
DISCUSIÓN.....	25
MANIFESTACIONES ORALES DE SÍFILIS PRIMARIA.....	28
MANIFESTACIONES ORALES DE SÍFILIS SECUNDARIA.....	29
MANIFESTACIONES ORALES DE SÍFILIS TERCIARIA .....	31
IMPORTANCIA PARA EL ODONTÓLOGO GENERAL.....	34
LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	34
CONCLUSIONES .....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS.....	52
ANEXO 1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA .....	52
ANEXO 2. DEFINICIONES DE LESIONES ELEMENTALES .....	53
ANEXO 3. CAUSA DE EXCLUSIÓN ARTÍCULOS DE CLAMIDIA Y GONORREA .....	55
ANEXO 4. ARTÍCULOS INCLUIDOS.....	57
ANEXO 5. DESCRIPCIÓN DE LESIONES ORALES DE SIFILIS PRIMARIA .....	60
ANEXO 6. DESCRIPCIÓN DE LESIONES ORALES DE SÍFILIS SECUNDARIA .....	61
ANEXO 7. DESCRIPCIÓN DE LESIONES DE SIFILIS TERCIARIA.....	63

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1. 1. Infecciones de transmisión sexual.**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son causadas por más de treinta bacterias, virus y parásitos diferentes que generalmente se propagan a través del contacto sexual, incluyendo sexo vaginal, anal y oral (OMS, 2021).

Son ocho las ITS más prevalentes a nivel mundial, estas se dividen en patologías incurables como virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus del papiloma humano (VPH), virus hepatitis B (VHB) y virus herpes simple (VHS) y, en patologías curables como sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis (OMS, 2021).

En Estados Unidos, la población más afectada por ITS corresponde a personas de 15 a 24 años (CDC, 2019), mientras que en Chile hay mayor incidencia en personas de 15 a 39 años, con mayor riesgo de contagio en el sexo masculino (Cáceres, 2019).

Debido a la alta morbilidad y mortalidad de estas infecciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proclamó la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016 – 2021*. Al aplicar esta estrategia se podrá acelerar e intensificar la respuesta a las ITS, otorgando tratamiento y cuidado integral a largo plazo, además de hacer frente al problema de discriminación y estigmatización de los pacientes afectados (OMS, 2016).

En Chile, la gonorrea, la sífilis, la hepatitis B y el VIH son ITS de declaración obligatoria universal. Además, las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y VIH están sujetas a vigilancia de laboratorio (MINSAL, 2019).

### **1. 2. Infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano.**

Las ITS de origen bacteriano presentan una alta prevalencia, lo que indica que no se ha logrado un óptimo control.

Son diversos los inconvenientes para el control de las ITS, como el menor acceso a pruebas diagnósticas, tratamientos y controles en pacientes de países con bajos recursos (OMS, 2016).

La OMS estima que, en el año 2020, 374 millones de personas contrajeron alguna ITS curable, como clamidiasis (129 millones), gonorrea (82 millones), sífilis (7.1 millones) y tricomoniasis (156 millones) (OMS, 2021).

El aumento de la prevalencia, la mayor probabilidad de transmitir o adquirir VIH, más las graves consecuencias, como epididimitis en hombres y enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y embarazo ectópico en mujeres, hace imprescindible un adecuado conocimiento de las ITS de origen bacteriano por parte de la población y de los profesionales de la salud (CDC, 2018).

### **1.3. Infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano con manifestaciones en cavidad oral**

Las ITS bacterianas se encuentran mayoritariamente en la zona genital, sin embargo, también se pueden manifestar en zonas extragenitales, donde se produce la inoculación del patógeno, como cavidad oral, orofaringe y zona ano-rectal.

Debido a que las ITS de origen bacteriano se pueden transmitir desde cavidad oral u orofaringe a genitales y ano, o a la inversa, se indica que el sexo oral tiene un papel importante en el origen y perpetuación de las ITS (CDC, 2018) (Hui y cols, 2015).

En la cavidad oral los síntomas se pueden desarrollar de forma temprana o tardía, a través de lesiones patognomónicas o por lesiones inespecíficas, lo que dificulta el diagnóstico.

La detección, diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para controlar la diseminación del VIH, ya que personas contagiadas con ITS bacterianas presentan de 2 a 3 veces mayor probabilidad de contagio (OMS, 2021).

Las ITS curables que generan manifestaciones en la cavidad oral son: gonorrea, clamidia y sífilis.

### **1. 3. 1. Gonorrea**

La gonorrea es una ITS producida por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. En Chile alcanza una tasa de 2,8 infectados por cien mil habitantes, siendo más frecuente en adultos de 20 a 24 años y con un 86,2% de las notificaciones correspondientes al género masculino (MINSAL, 2019).

La prevalencia de la infección en cavidad oral se desconoce, no obstante, se estima que la gonorrea en la orofaringe es cercana al 10% en población de alto riesgo (Barbee y cols, 2014) (Passaro y cols, 2018) (Kent y cols, 2005), pero se debe considerar que podría ser una subestimación debido a la corta duración de la infección en esta zona (Chow y cols, 2016).

La gonorrea generalmente se presenta con manifestaciones orales inespecíficas, las que pueden afectar al 15% de los pacientes infectados (Queirós y Costa, 2019) (Valejo Coelho y cols, 2018). La infección simula otras patologías como infección por virus herpes simple, eritema multiforme y trastornos inmunobullosos (Bruce y Rogers, 2004).

En los últimos años, el estudio de la gonorrea en cavidad oral y en orofaringe ha aumentado debido a la resistencia antibiótica en estas ubicaciones anatómicas (Lewis, 2015) y también porque la saliva es una forma plausible de transmisión de gonorrea, por lo que los besos y la atención odontológica pueden contribuir significativamente en la propagación de la infección (Zhan y cols, 2017) (Fairley y cols, 2019) (Hook y Bernstein, 2019).

### **1. 3. 2. Clamidia**

La clamidiasis es una ITS de origen bacteriano ocasionada por *Chlamydia trachomatis*, frecuente en mujeres de 15 a 19 años (OPS, 2019). En Chile no se considera una ITS de notificación obligatoria por lo que no existe un adecuado estudio de prevalencia en la población, sin embargo, se informa que en población joven la prevalencia es de un 8.7% en hombres y 8.8% en mujeres (Huneeus y cols, 2018).



Se estima que la prevalencia de clamidia orofaríngea es del 1% al 3% tras ser detectada por la prueba de amplificación de ácido nucleico (NAAT) (Park y cols, 2012) (Van Rooijen y cols, 2015) (Barbee y cols, 2014) (Kent y cols, 2005)

La infección en cavidad oral y orofaringe suele ser subclínica o asintomática, rara vez se observan lesiones macroscópicas que son relatadas de forma espontánea por los pacientes. Cuando se presentan signos o síntomas estos son inespecíficos (Queirós y Costa, 2019) (Oztürk y Seven, 2012) (Oda y cols, 2014)) (Kawai y cols, 1993)

La orofaringe actúa como reservorio y la transferencia oro-genital de *Chlamydia trachomatis* es posible. La alta frecuencia de contacto orogenital sin protección en combinación con la baja resolución espontánea de la infección, podría resultar en una transmisión progresiva (Van Rooijen y cols, 2015).

### **1. 3. 3. Sífilis**

La sífilis es una ITS causada por la bacteria *Treponema Pallidum*, subespecie *pallidum*, que puede infectar cualquier órgano del cuerpo humano. Entre el año 2010 y 2019 se observó un aumento del 65% en la tasa de notificaciones de pacientes infectados por sífilis, lo que significa una tasa de 31,4 pacientes infectados por cien mil habitantes en el año 2019 (MINSAL, 2019).

Se divide en sífilis congénita y adquirida, esta última se caracteriza por fases de actividad separadas por periodos de latencia (Jameson y cols, 2012).

La importancia del diagnóstico y tratamiento de sífilis adquirida radica en las graves consecuencias en la salud de los pacientes, como enfermedades neurológicas y cardiovasculares (CDC, 2018) (Thakrar y cols, 2018).

Después de un periodo de incubación de dos a seis semanas aparece la lesión primaria en el sitio de inoculación, conocida como chancro sifilítico. La fase de bacteriemia secundaria se presenta de 6 a 8 semanas después de la remisión

espontánea de la lesión primaria, esta etapa puede presentar entre otros síntomas y signos, úlceras o placas indoloras a nivel de la piel o mucosas, genitales o de la cavidad oral. Si no se trata de manera adecuada, va seguida de una fase latente de infección subclínica que dura años o décadas hasta que se desarrolla la fase terciaria. En los períodos primario, secundario y latente temprano el paciente puede infectar, y en los estadios latentes tardío y terciario el paciente pierde infectividad (Jameson y cols., 2012).

Es factible la superposición de fases de la infección en pacientes inmunosuprimidos e inmunodeprimidos, como las personas que viven con VIH (Jameson y cols., 2012)

Las manifestaciones orales pueden estar presentes en todas las etapas de la sífilis e incluso ser la primera y única manifestación clínica. Las manifestaciones extraorales y orales dependen del estadio de la infección (Thakrar y cols, 2018).

La sífilis primaria puede tener manifestaciones orales entre un 4% al 12% de los pacientes, mayoritariamente con chancro sifilítico que es la lesión patognomónica de este estadio (Ficarra y Carlos, 2009). En la etapa secundaria de la infección las manifestaciones orales ascienden al 30% de los pacientes con amplia variedad de lesiones, en su mayoría no representativas (Leao y cols, 2006). Por último, la sífilis terciaria presenta escasamente alguna manifestación oral (Viñals y Chimenos, 2009).

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

En pacientes adultos que cursan con infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, ¿Cuáles son las manifestaciones en cavidad oral y orofaringe de más alta prevalencia identificables en un examen clínico?

## **3. OBJETIVO**

Determinar cuáles son las manifestaciones clínicas de infecciones de transmisión sexual bacterianas más prevalentes en cavidad oral y orofaringe.

## **4. METODOLOGÍA.**

### **4. 1. IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE ESTUDIO**

Revisión sistemática cualitativa, estudio observacional descriptivo de prevalencia.

### **4. 2. BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN**

Se realizó una búsqueda exhaustiva, objetiva y reproducible de manifestaciones orales de ITS de origen bacteriano de acuerdo con las pautas del manual de Cochrane para revisiones sistemáticas (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0), siguiendo el diagrama de flujo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)

La búsqueda fue realizada por cuatro revisores independientes (CFRS, AFEA, JPAS y APMR) entre octubre y noviembre de 2020.

### **4. 3. BASES DE DATOS**

Se examinaron las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina), Cochrane (Elsevier), Web of Science (Thomson Reuters) y Scielo.

### **4. 4. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA SEGÚN BASE DE DATOS ELECTRÓNICA**

La estrategia de búsqueda se describe en el Anexo 1.

Se usó el programa EndNote X9 (Thomson Corporation, EEUU) para eliminar artículos duplicados entre las bases de datos. Los artículos encontrados en las cuatro bases de datos fueron ordenados a través del programa en línea Rayyan QCRI™ (Qatar Computing Research Institute)

### **4. 5. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS**

#### **4.5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS REVISORES**

Fueron 4 los revisores que participaron en la selección de artículos:

Camila Francisca Riveros Serey (CFRS). Estudiante de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Dr. Alejandro Escobar Álvarez (AFEA). Doctor en Ciencias Biomédicas, profesor asociado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Dra. Andrea Maturana Ramírez (APMR). Especialista en Patología y Medicina Oral, profesora asistente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Dr. Juan Pablo Aitken Saavedra (JPAS). Doctor en Patología y Medicina Oral, profesor asistente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

#### **4.5.2. CALIBRACIÓN DE LOS REVISORES**

Fue utilizada la plataforma Rayyan QCRI™ para la selección de los artículos. JPAS dirigió la instancia, en la que todos los revisores fueron calibrados en la utilización de la plataforma y en los parámetros de selección de artículos.

#### **4.5.3. FASES DE SELECCIÓN.**

FASE 1. Cada revisor (CFRS, AFEA JPAS y APMR) de forma independiente y anonimizada, procedió a seleccionar los artículos según parámetros establecidos:

- Título o resumen que contenga referencias a manifestaciones orales de ITS de origen bacteriano.
- Exclusión de artículos de revisión bibliográfica.
- Exclusión de artículos referentes a animales.
- Exclusión de artículos referentes a infantes.

Los artículos que se encontraban en conflicto de selección se sometieron a discusión y consenso entre los revisores. En caso de persistir desacuerdo un cuarto revisor (AFEA) fue quien decidió si el artículo debía incluirse.

Los motivos de exclusión de cualquier artículo fueron registrados.

FASE 2: Los artículos seleccionados en la FASE 1 se recuperaron a texto completo y una investigadora (CFRS) aplicó los criterios de elegibilidad.

#### **4. 5. 4. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

##### 4. 5. 4. 1. Criterios de inclusión

- Estudios poblacionales, reporte de caso clínico y series de casos clínicos, sin límite de año de publicación.
- Textos en inglés o español.
- Artículos que presentaban información sobre lesiones en cavidad oral producidas exclusivamente por ITS de origen bacteriano.
- Artículos que expresan claramente el tipo de lesión y su ubicación anatómica en cavidad oral.

##### 4. 5. 4. 2. Criterios de exclusión

- Revisiones bibliográficas, reseñas, opiniones, cartas al editor, capítulos de libros, descripción de imagen clínica, resúmenes de conferencias o resúmenes de congresos.
- Artículos en que no se expresó claramente que la causa de las manifestaciones orales se debía sólo a infecciones de transmisión sexual bacteriana, sin descartar las infecciones de transmisión sexual virales y congénitas.
- Artículos que contemplen las ITS de origen bacteriano sólo en el diagnóstico diferencial.
- Estudios en los que no se especifique el estadio de la infección.

#### 4. 6. EXTRACCIÓN DE DATOS DESDE ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Un investigador realizó la extracción y recolección de los datos (CFRS). De cada artículo incluido se extrajeron antecedentes de la publicación, datos del paciente, características de las manifestaciones intraorales y antecedentes de la historia médica-odontológica del paciente con respecto al adecuado diagnóstico y tratamiento de la ITS.

Antecedentes de la publicación	Año de publicación
	País de procedencia
	Idioma
	DOI

Antecedentes del paciente	Sexo
	Edad
	Orientación sexual
	Estado de VIH
	Pruebas diagnósticas utilizadas
	Estadio de la ITS
	Presencia de manifestaciones extraorales

Antecedentes de manifestación Intraoral	Lesión(es) elemental(es)
	Ubicación anatómica
	Sintomatología
	Diagnóstico diferencial

Antecedentes de atención previa	Primera consulta con profesional de la salud
	Primer diagnóstico
	Primer tratamiento
	Profesional que realiza el diagnóstico y/ o tratamiento de ITS de origen bacteriano

Dentro de las características clínicas de cada manifestación se especificó su lesión elemental, la cual corresponde a un signo objetivo que evidencia un proceso patológico (Lanza y Perez, 2015). Para su adecuada clasificación se utilizó la definición de términos descriptivos aplicados a las lesiones orofaciales y cutáneas descrita por Scully C. en 2010 (ANEXO 2).

Para lograr una recopilación sistematizada de los datos se realizó un instrumento de recolección a través de planilla Microsoft Excel (Versión Excel 2016, EE. UU.). Se dividieron los datos en cualitativos y cuantitativos. Los datos cualitativos se sintetizaron a través de una revisión narrativa.

Debido al alto grado de heterogeneidad en la metodología de los estudios, se consideró que la realización de un metaanálisis era inadecuado.



## 5. RESULTADOS

### 5. 1. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Al realizar la búsqueda en las bases de datos electrónicas se obtuvieron 321 resultados, 53 de estos se encontraban duplicados por lo que el resultado final fue de 268 artículos.

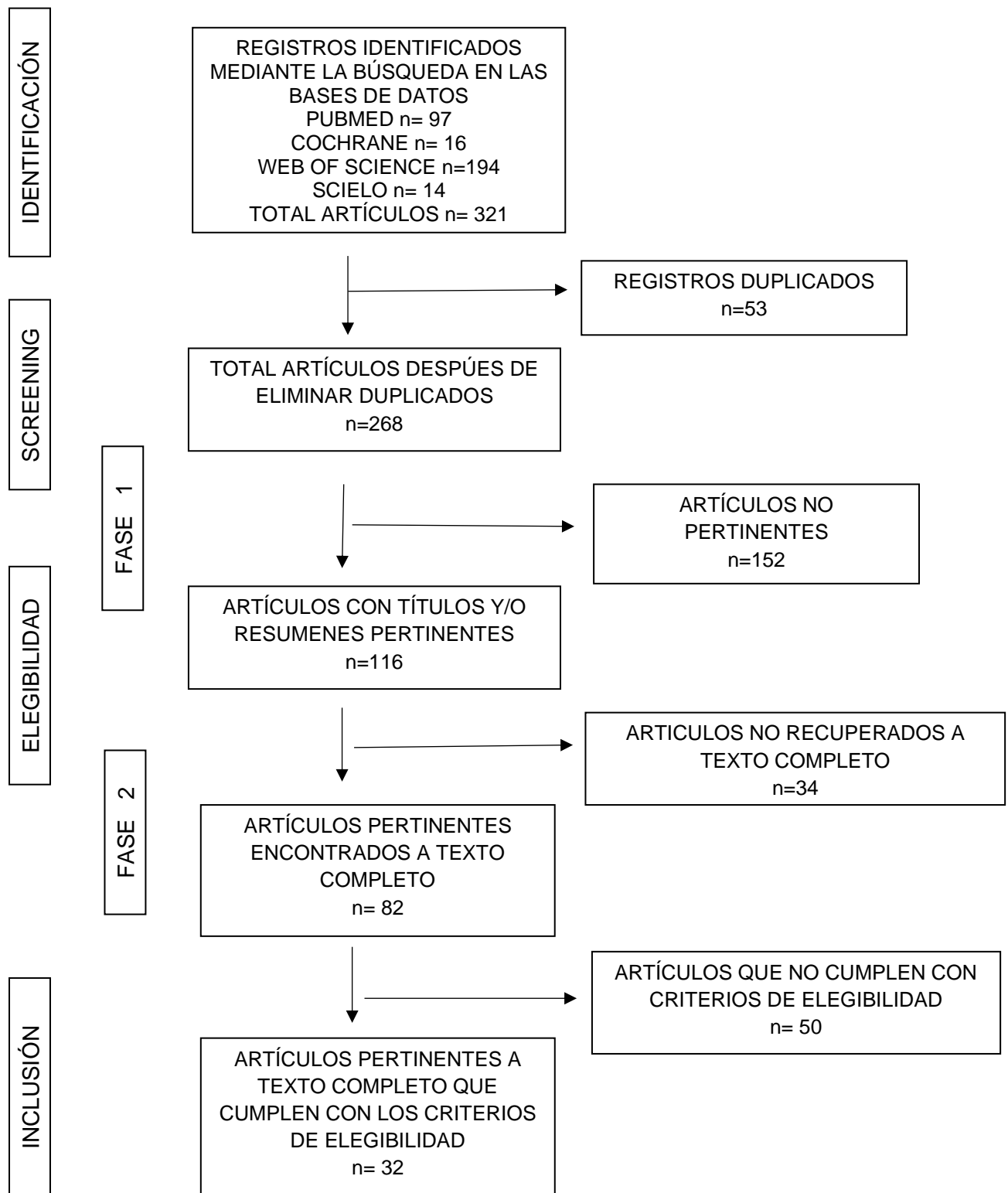
Los artículos fueron sometidos a la primera fase de selección (FASE 1). Al leer título y resumen se seleccionaron 116 artículos, de estos 34 no se encontraron a texto completo por lo que 82 se sometieron a segunda fase de selección (FASE 2), donde se aplicaron los criterios de elegibilidad. Al leer los artículos a texto completo 50 artículos fueron excluidos, quedando 32 artículos para análisis, siendo todos ellos referentes a sífilis.

Artículos sobre clamidia y gonorrea no fueron considerados en el análisis final producto de su exclusión en etapas previas. En fase 1 se excluyeron 2 artículos de gonorrea y 6 de clamidia y en fase 2, 4 artículos de gonorrea. La exclusión se debió, principalmente, por ser artículos de revisión bibliográfica (3 artículos) y mencionar infecciones en áreas extraorales (7 artículos) (ANEXO 3).

Las causas de exclusión de 50 artículos fueron 20. Las más frecuentes fueron: artículos de revisión bibliográfica (26%), textos en idioma alemán (16%), imágenes clínicas (10%) y textos que no especificaron explícitamente el estadio de la infección por sífilis (10%).

El diagrama de flujo PRISMA del estudio se presenta en la figura 1.

Figura 1. Diagrama PRISMA.



## **5. 2. ANTECEDENTES GENERALES DE LOS ARTÍCULOS**

De los 32 artículos incluidos, 26 corresponden a reportes de casos clínicos, 4 a secuencia de casos clínicos y 2 a trabajos de investigación (ANEXO 4)

Del total de estudios 1 se desarrolló entre 1960 y 1969, 2 entre 1970 y 1979, 1 entre 1980 y 1989, 3 entre 1990 y 1999, 6 entre 2000 y 2009, y 19 entre 2010 y 2020. En cuanto al idioma 29 se encuentran en inglés y 3 en español.

La procedencia de los estudios fue diversa. En orden decreciente se encuentra Brasil con 8 artículos, Estados Unidos con 6, Italia con 4, China y México con 2 y con 1 texto Francia, Canadá, India, España, Suecia, Cuba, Japón, Israel, Taiwán y Reino Unido.

## **5. 3. ANTECEDENTES DE POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La muestra total de pacientes entre los 32 estudios fue de 142. Datos relacionados a género, edad, orientación sexual y estado de VIH, no se obtuvieron de forma regular y/o completa en todos los artículos.

De los estudios que informan sobre el sexo de los pacientes se establece que hay un total de 51 hombres y 10 mujeres, en una relación 5,1: 1, con un rango de edad de 16 a 83 años. El promedio de edad general es de 39,1 años, mientras que en hombres es de 39,9 años y en mujeres de 35,2 años.

La orientación sexual de los pacientes se informa en 41 hombres y 7 mujeres. Con respecto a los hombres se indica que 12 son heterosexuales y 29 son homosexuales, y en el grupo de mujeres 6 son heterosexuales y 1 es homosexual.

El estado de VIH se informa en 43 pacientes, 18 son VIH negativos y 25 VIH positivos. La relación de hombres VIH negativos y hombres que viven con VIH es de 1 :1,39.

## **5. 4. MANIFESTACIONES ORALES SEGÚN ESTADÍO DE LA SÍFILIS ADQUIRIDA**

### **5. 4. 1. SÍFILIS PRIMARIA**

En 8 artículos se informó sobre sífilis primaria, con un total de 14 pacientes en esta etapa de la infección (Tabla 1). La infección se manifestó mayoritariamente con lesión oral única, sin embargo, en dos pacientes se presentaron múltiples lesiones.

La lesión elemental más frecuente en sífilis primaria es la úlcera, presente en la totalidad de los pacientes. En 8 pacientes se ubicó en labio, en 3 pacientes en paladar, en 2 pacientes en piso de boca, en un paciente en encía y en un paciente en arco faringopalatino. En dos casos se reportaron otros tipos de lesiones elementales como nódulo en labio superior y parche mucoso en mucosa labial. En el estadio primario, 8 lesiones fueron levemente dolorosas, 4 indoloras y 3 dolorosas.

Los diagnósticos diferenciales más frecuentes fueron: tuberculosis, linfoma no Hodgkin, carcinoma de células escamosas e infección por citomegalovirus, seguido de liquen plano, candidiasis, sarcoma de Kaposi y penfigoide.

La presencia o ausencia de signos extraorales se informó en 8 artículos. En 4 casos las lesiones orales se presentaron junto a manifestaciones extraorales como linfadenopatía regional y lesiones en pene, mientras que en los 4 casos restantes la sífilis primaria solo se manifestó a través de lesiones orales.

El antecedente de atención previa de los pacientes se mencionó en 6 casos. Se indica como primer tratante tanto a médicos como odontólogos. Los diagnósticos consistieron en úlcera aftosa recurrente, herpes labial y enfermedad de Behcet. Los tratamientos a estos diagnósticos presuntivos se basaron en antisépticos (enjuague de clorhexidina al 0,12% y povidona yodada al 1%), dapsona y aciclovir tópico. El diagnóstico y/o tratamiento definitivo se realizó principalmente en la clínica de medicina oral, seguido de la clínica de medicina genitourinaria y el departamento de otorrinolaringología.

#### **5. 4. 2. SÍFILIS SECUNDARIA**

Este estadio se describió en 22 artículos, con un total de 57 pacientes (Tabla 2). La lesión más común fue la placa o parche mucoso presente en 34 pacientes, úlcera en 14 pacientes, mácula en 9 pacientes y parche eritematoso en 6 pacientes.

Se describen más de 60 parches mucosos en los 34 pacientes. La ubicación más frecuente fue el paladar, seguido del área amigdalina, lengua, mucosa bucal y mucosa labial. Las úlceras se presentaron solo en tres sitios anatómicos: paladar, lengua y pilar amigdalino. Mientras que las máculas se presentaron mayoritariamente en paladar.

En 20 pacientes se especificó la sintomatología de las lesiones; en 12 pacientes fueron dolorosas, en 6 indoloras, un paciente presentó malestar y otro ardor.

La presencia de manifestaciones extraorales se indica en 21 artículos. Las lesiones cutáneas fueron las más prevalentes seguido de las adenopatías. En 8 pacientes solo se presentaron lesiones orales.

El diagnóstico diferencial de estas lesiones fue variado, entre ellos destacan: pénfigo, eritema multiforme, lesión asociada a VIH, herpes, estomatitis aftosa recurrente, leucoplasia, candidiasis y liquen plano.

En 14 artículos se refiere atención previa de 24 pacientes. Se especificó la especialidad de 10 profesionales de la salud, 4 fueron médicos generales, 2 odontólogos, 2 dermatólogos y 2 otorrinolaringólogos. El diagnóstico más frecuente fue infección por hongos, seguido de estomatitis aftosa recurrente e infección viral, mientras que los tratamientos más utilizados fueron antifúngicos, antibióticos y corticoides.

Los especialistas que diagnostican y/o tratan adecuadamente la sífilis secundaria son principalmente odontólogos y especialistas en ITS.

### **5. 4. 3. SÍFILIS TERCIARIA**

Un total de 71 pacientes presentaron manifestaciones orales de sífilis terciaria, las que se reportaron en 4 artículos (Tabla 3). Se presentaron 4 tipos de lesiones orales. En 38 pacientes la infección se manifestó como glositis, en 26 como goma sifilítico, en 6 como síndrome óseo, y en un paciente como nódulo.

El goma sifilítico se presentó en 25 ocasiones en paladar y en 1 caso en lengua, esta última tuvo amplia extensión anatómica, involucrando piso de boca, mientras que el único nódulo reportado abarcó sólo parte del dorso lingual. En 68 casos no se menciona la sintomatología de las lesiones, sin embargo, en tres pacientes se indica que las lesiones generaron dolor, específicamente, el nódulo, goma sifilítico lingual y un caso de glositis. Solo en un artículo se menciona el diagnóstico diferencial de la lesión, siendo este carcinoma oral de células escamosas.

Tres pacientes recibieron atención previa por sus lesiones orales, los especialistas fueron dermatólogo, otorrinolaringólogo y médico general los que diagnosticaron paracoccidioidomicosis, probable carcinoma de células escamosas y leucoplasia, respectivamente. Se especifica que el tratamiento para paracoccidioidomicosis fue itraconazol. Solo en un caso se mencionó el profesional del área de la salud que realizó el diagnóstico definitivo y fue un odontólogo.

### **5. 5. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

El método diagnóstico se especificó en 60 casos, las pruebas serológicas más biopsias se realizaron en 18 pacientes, solo serología en 41 pacientes y solo biopsia en 1 paciente.

**TABLA 1. LESIONES ORALES DE SÍFILIS PRIMARIA**

AUTOR	AÑO	PAIS	Nº PACIENTES	LESIÓN	UBICACIÓN	SINTOMATOLOGÍA	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
ALAM, F. ET. AL.	2000	REINO UNIDO	1	ÚLCERAS	MUCOSA LABIAL Y PISO DE BOCA	DOLOROSA	LESIÓN RELACIONADA A VIH, TUBERCULOSIS, CITOMAGALOVIRUS Y CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS
			2	ÚLCERA	PALADAR DURO	RELATIVAMENTE INDOLORA	PENFIGOIDE Y LINFOMA NO HODGKIN
ANID, G. ET. AL.	2017	CÁNADA	1	ÚLCERA	MUCOSA Y BERMELLÓN DE LABIO INFERIOR	LEVEMENTE DOLOROSA	LIQUEN PLANO, CANDIDIASIS, CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS Y LINFOMA NO HODGKING
DRAGO, F. ET. AL	2014	ITALIA	1	PLACA CON ULCERACIÓN CENTRAL	ARCO FARINGOPALATINO	INDOLORA	NO INDICA
DUARTE, E. ET. AL	2004	BRASIL	1	NÓDULO	LABIO	INDOLORAS	SARCOMA DE KAPOSI, LESIÓN POR CITOMEGALOVIRUS Y TUBERCULOSIS
				PARCHE MUCOSO	MUCOSA LABIAL		
HUANG, S. ET. AL.	2020	CHINA	1	ÚLCERA	LABIO SUPERIOR	INDOLORA	NO INDICA
MEYER, I. & SHKLAR, G.	1967	EEUU	6	ÚLCERAS	LABIO (4) PALADAR (1) GINGIVA (1)	RELATIVAMENTE INDOLORAS	NO INDICA
STREIGHT, K. ET AL.	2019	EEUU	1	ÚLCERA	PALADAR DURO	INDOLORA	NO INDICA

WATTS, P. ET AL.	2016	EEUU	1	ÚLCERA	LABIO INFERIOR	INDOLORA	HERPES SIMPLE Y ENFERMEDAD DE BEHCET
------------------	------	------	---	--------	----------------	----------	--------------------------------------

**TABLA 2. LESIONES ORALES DE SÍFILIS SECUNDARIA**

AUTOR	AÑO	PAIS	Nº DE PACIENTES	LESIÓN	UBICACIÓN	SINTOMATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
AQUILINA, C. ET AL.	2003	FRANCIA	1	LESIONES TIPO LEUCOPLASIAS	BORDES DE LENGUA	DOLOROSA	NO INDICA
ARAUJO, J. ET AL.	2013	BRASIL	1	EROSIONES PARCHES	COMISURA LABIAL, PALADAR, BORDES Y CARA VENTRAL DE LENGUA	SENSACIÓN URENTE	HERPES ORAL
CABRERA, D. & GONZÁLES, L.	2018	CUBA	1	ÚLCERA PARCHE MUCOSO	COMISURA LABIAL MUCOSA BUCAL, LABIO SUPERIOR, MUCOSA LABIAL INFERIOR, PUNTA DE LENGUA Y FONDO DE VESTÍBULO	INDOLORA	ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE
COMPILATO, D. ET AL.	2009	ITALIA	1	LESIONES TIPO LEUCOPLASIAS	MUCOSA BUCAL, BORDE DE LENGUA Y MUCOSA LABIAL.	INDOLORA	LEUCOPLASIA IDEOPÁTICA, CANDIDIASIS HIPERPLÁSICA Y LEUCOPLASIA CANDIDIÁSICA.
CZERNINSKI, R. ET AL.	2011	ISRAEL	1	LESIONES TIPO LEUCOPLASIA PARCHE ERITEMATOSO MÁCULA	GÍNGIVA BUCAL, MUCOSA LABIAL INFERIOR Y SUPERIOR GINGIVA PALATINA PALADAR	MOLESTIA BUCAL	NO INDICA



AUTOR	AÑO	PAIS	N° DE PACIENTES	LESIÓN	UBICACIÓN	SINTOMATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
				ÚLCERAS	PALADAR Y DORSO LINGUAL		
			2	ÚLCERA	DORSO DE LENGUA	NO INDICA	NO INDICA
DYBECK,S. & LUND, B.	2016	SUECIA	1	MÁCULA	PALADAR	NO INDICA	NO INDICA
				ÚLCERA	MUCOSA BUCAL		
EYER-SILA, A. ET AL.	2017	BRASIL	1	PARCHE ERITEMATOSO	CARA POSTERIOR DE LA LENGUA	DOLOROSAS	NO INDICA
				QUEILITIS ANGULAR FALSA	COMISURA LABIAL		
FIGARRA, G. ET AL.	1993	ITALIA	1	LUE MALIGNA	GINGIVA MAXILAR	DOLOROSA	HERPES SIMPLE Y LESIÓN ASOCIADA A VIH
FIUMARA, N. ET AL.	1978	EEUU	1	PÁPULAS	DORSO DE LENGUA	INDOLORAS	NO INDICA
KOMENO, Y. ET AL	2018	JAPON	1	AMIGDALITIS	TONSILAS PALATINAS	NO INDICA	AMIGDALITIS INFECCIOSA
LU, S. & ENG, H.	2002	TAIWAN	1	ÚLCERAS	MUCOSA LABIAL INFERIOR	NO INDICA	NO INDICA
				EROSIONES EN RASTRO DE CARACOL	MUCOSA BUCAL		
				ÚLCERA EN RASTRO DE CARACOL	MUCOSA BUCAL		
				PARCHE ERITEMATOSO	BORDE DE LENGUA		
			2	PARCHE MUCOSO	MUCOSA BUCAL		
			3	PARCHE ERITEMATOSO	PALADAR		

AUTOR	AÑO	PAIS	Nº DE PACIENTES	LESIÓN	UBICACIÓN	SINTOMATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
			4	PARCHE ERITEMATOSO	PALADAR Y MUCOSA BUCAL		
				EROSIONES LINEALES	MUCOSA BUCAL		
				ÚLCERA	DORSO LINGUAL		
MEYER, I. & SHKLAR, G.	1967	EEUU	7	PARCHE MUCOSO (3 PACIENTES)	LENGUA Y PISO DE BOCA	NO INDICA	NO INDICA
				MÁCULA (4 PACIENTES)	PALADAR Y LESIONES GENERALIZADAS		
MINICUCCI, E. ET AL.	2013	BRASIL	1	MÁCULA	PALADAR BLANDO Y DURO	NO INDICA	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS, INFECCIOSAS O NEOPLASIAS
				PARCHE MUCOSO	MUCOSA BUCAL		
NAVAZO-EGUIA, A. ET AL.	2017	ESPAÑA	1	ÚLCERAS	PALADAR BLANDO Y BORDE LINGUAL	INDOLORAS	NO INDICA
				LESIONES PAPILOMATOSAS	ZONA TONSILAR	INDOLORAS	
LÓPEZ, A. ET AL	2004	BRASIL	1	ÚLCERA	PALADAR	NO INDICA	ERITEMA MULTIFORME
				PLACAS MUCOSAS	LABIO SUPERIOR		
				PARCHES MUCOSOS	LABIO INFERIOR		
RAMIREZ, V. ET AL	2013	MEXICO	20	ÚLCERA (4 LESIONES)	(2) PALADAR DURO (1) MUCOSA LABIAL SUPERIOR (1) LENGUA	NO INDICA	CANDIDIASIS ERITEMATOSA LEUCOPLASIA PILOSA LIQUEN PLANO HERPES

AUTOR	AÑO	PAIS	N° DE PACIENTES	LESIÓN	UBICACIÓN	SINTOMATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
				MÁCULA (6 LESIONES)	(1) GINGIVA (1) MUCOSA LABIAL (1) DORSO LINGUAL (2) PALADAR DURO (1) PALADAR BLANDO		
				PARCHE MUCOSO (33 LESIONES)	(5) PALADAR DURO (12) PALADAR BLANDO (11) PILARES AMIGDALINOS (1) GINGIVA (2) LENGUA (2) BORDE DE LENGUA		
				PAPULAS (4 LESIONES)	(4) DORSO LINGUAL		
RAMIREZ, A. ET AL	1996	MEXICO	1	PLACAS PARCHE MUCOSO EN RASTRO DE CARACOL	PALADAR BLANDO, ÚVULA, ÁREA TONSILAR, PILARES ANTERIORES	INDOLORAS	NO INDICA
RIBEIRO, C. ET AL.	2017	BRASIL	1	NÓDULO PARCHE MUCOSO	DORSO LINGUAL MUCOSA BUCAL, MUCOSA LABIAL INFERIOR, CARA VENTRAL DE LENGUA	INDOLORAS	LINFANGIOMA Y MONONUCLEOSIS
SEIBT, C. & MUNERATO, M.	2016	BRASIL	1	PLACA MUCOSA NÓDULO	MUCOSA LABIAL SUPERIOR BORDE DE LENGUA Y COMISURA LABIAL	DOLOROSAS	ÚLCERA POR TRAUMATISMO, CARCINOMA ESPINOCELULAR, ENFERMEDAD
			2	ÚLCERA			

AUTOR	AÑO	PAIS	N° DE PACIENTES	LESIÓN	UBICACIÓN	SINTOMATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
				PLACA MUCOSA	PALADAR DURO, MUCOSA LABIAL INFERIOR Y CARA VENTRAL DE LENGUA		AUTOINMUNE, LIQUEN PLANO, PENFIGO VULGAR, QUEILITIS ANGULAR, ÚLCERA AFTOSA, LEUCOPLASIA Y CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA
			3	NÓDULO	BORDES LATERALES DE LENGUA		
			4	NÓDULO	PALADAR BLANDO Y PILARES AMIGDALINOS		
				ÚLCERA			
			5	PLACA MUCOSA	PALADAR DURO Y BLANDO		
				MÁCULA	MUCOSA LABIAL INFERIOR		
			6	PLACA MUCOSA	PUNTA Y BORDES LATERALES DE LENGUA		
			7	PLACA MUCOSA	ÚVULA Y TONSILA PALATINA		
SINGH, P. & PATIL, R.	2013	INDIA	1	MÁCULA	LABIO INFERIOR	NO INDICA	PENFIGO, ERITEMA MULTIFORME Y LESIONES ASOCIADAS A VIH
				COSTRA	LABIO INFERIOR		
				LESIÓN HEMORRÁGICA	PALADAR		
				MÁCULA	DORSO LINGUAL Y MUCOSA BUCAL		
TOGNETTI, L. ET AL	2017	ITALIA	1	PARCHES MUCOSOS	MUCOSA BUCAL Y LABIAL SUPERIOR E INFERIOR	NO INDICA	NO INDICA
WONG, P.	1985	CHINA	1	PARCHE MUCOSO	MUCOSA BUCAL Y LABIAL	DOLOROSAS	NO INDICA
				QUEILITIS ANGULAR FALSA	COMISURA LABIAL BILATERAL		

AUTOR	AÑO	PAIS	Nº DE PACIENTES	LESIÓN	UBICACIÓN	SINTOMATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
				HIPERPLASIA PAPILAR	REGIÓN ANTERIOR DE CRESTA EDÉNTULA INFERIOR		

**TABLA 3. LESIONES ORALES DE SÍFILIS TERCIARIA**

AUTOR	AÑO	PAIS	Nº PACIENTES	LESIÓN	UBICACIÓN	SINTOMATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
AARESTRUP, F. & VIERA, B.	1999	BRASIL	1	NÓDULO	DORSO DE LENGUA	DOLOROSA	NO INDICA
CAPTLINE ET AL.	1970	EEUU	1	GLOSITIS	LENGUA	DOLOROSA	NO INDICA
MEYER, I. Y SHKLAR, G.	1967	EEUU	68	GOMA SIFILÍTICO (25 PACIENTES)	PALADAR DURO (22) PALADAR BLANDO (3)	NO INDICA	NO INDICA
				GLOSITIS (37 PACIENTES)	LENGUA		
				SÍNDROME ÓSEO (6 PACIENTES)	NO INDICA		
SOLIS, R. ET AL.	2018	EEUU	1	GOMA SIFILÍTICO	LENGUA CON EXTENSIÓN A PISO DE BOCA	DOLOROSA	CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

## **6. DISCUSIÓN**

El objetivo de la presente revisión sistemática fue determinar cuáles son las manifestaciones clínicas de infecciones de transmisión sexual bacterianas más prevalentes en cavidad oral y orofaringe, sin embargo, debido a que los artículos referentes a clamidia y gonorrea encontrados fueron excluidos por ser revisiones bibliográficas o artículos referentes a infecciones extraorales, principalmente genitales, los artículos seleccionados en su totalidad corresponden a manifestaciones orales y orofaríngeas de sífilis en todos sus estadios.

Es relevante considerar que la literatura indica que hay manifestaciones orofaríngeas de clamidia, como dolor, amigdalitis o faringitis (Oda y cols., 2014) (Queirós y Costa, 2019), y de gonorrea como dolor, faringitis, amigdalitis, gingivitis, estomatitis o glositis (Fernández y Morales, 2017) (Manavi y cols., 2010).

Se estima que los inconvenientes en la obtención de información sobre manifestaciones orales y orofaríngeas de estas ITS se debe a la baja prevalencia en la que afecta a la población y por ello, escasas publicaciones al respecto.

### **SÍFILIS ADQUIRIDA**

La sífilis adquirida ha aumentado en las últimas décadas en los países desarrollados (Leao y cols, 2006), y consecuentemente la literatura publicada sobre las manifestaciones orales de esta infección.

Se han producido importantes brotes en EE. UU., Canadá, Rusia, China y algunas áreas de Europa central y oriental (Ficarra y Carlos., 2009). Específicamente, en EE. UU. se duplicó la población con sífilis adquirida entre el año 2000 y 2013 (Patton y cols.,2014). Este aumento se ha relacionado con la promiscuidad sexual, relajación por la existencia de tratamiento efectivo para pacientes que viven con VIH, bajo uso de preservativos (Fajans y cols., 1994) (Valle, 1988) (Selvey y cols., 2019) y por la falsa sensación de que todas las ITS son curables (Ficarra y Carlos, 2009).

Según los resultados, el país que ha desarrollado más literatura sobre manifestaciones orales de sífilis es Brasil, quien presenta notificación obligatoria desde 2010 debido a un marcado aumento de prevalencia que se ha mantenido hasta la actualidad (Freitas y cols, 2021).

En esta revisión se establece que la sífilis es más prevalente en hombres que en mujeres, lo que concuerda con la literatura. En Europa, durante la primera década del siglo XXI, la prevalencia de hombres sobrepasaba el 90%, en España correspondió al 95% de los afectados, en Bélgica al 93% y en Dinamarca al 96% (Viñals y Chimenos, 2009) (Sasse y cols., 2004) (Cowan, 2004). En 2017 casi un 90% de los casos de sífilis primaria y secundaria afectó a varones en EE UU. (CDC, 2018). En Chile la tasa de prevalencia de sífilis adquirida de hombres supera a la de mujeres constantemente desde el año 2008, teniendo un aumento de relación hombre a mujer de 1,1: 1 en 2013 a 1,9:1 en 2017 (Cáceres, 2019). Los resultados indican una relación de 5,1: 1, la que puede estar sesgada por la inclusión del trabajo de investigación de Ramírez et al. con una muestra compuesta sólo de 20 varones. En caso de no contabilizar dicha muestra la relación desciende a 3,1:1.

El promedio de edad fue de 39,1 con un amplio rango de 16 a 83 años. El inicio temprano de la actividad sexual en los adolescentes permite ver las manifestaciones orales de la sífilis en este rango etario, como en el caso clínico presentado por Sánchez et al. en 2020 donde un joven homosexual de solo 15 años presentó lesiones orales debido a sífilis adquirida (Sánchez y cols, 2020). Por otro lado, las ITS en adultos mayores son de alta preocupación debido al actual uso de sildenafil, que aumenta los encuentros sexuales en los adultos mayores, y por la marcada desinformación que presentan ante las distintas ITS y sus vías de transmisión (Bastos y cols., 2018). Ramírez et al., indican que el promedio de edad de 20 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es significativamente menor, correspondiendo a 31,5 años.

La coinfección de sífilis y VIH se presentó en 25 pacientes. Se estima que estos pacientes tienen una posibilidad del 16% de tener manifestaciones orales (Nnoruka y Ezeoke, 2005). También pueden presentar un curso clínico atípico de sífilis con

superposición de etapas y una mayor incidencia de sífilis maligna, que corresponde a un subtipo infrecuente y más agresivo de sífilis secundaria que afecta en un 30% de los casos a la cavidad oral y se caracteriza por lesiones ulceronodulares que posteriormente se necrosan y ulceran (Jameson y cols., 2012) (Ficarra y Carlos, 2009) (Feller y cols, 2011) (Giovani y cols., 2012). Según los resultados se diagnosticó sífilis maligna en uno de los pacientes que vive con VIH, pero la superposición de etapas, específicamente primaria y secundaria no tuvo relación con la positividad para el VIH.

Las manifestaciones extraorales más atípicas como alopecia en cejas, pestañas y cuero cabelludo sólo se encontraron en pacientes que viven con VIH, aunque la literatura también indica que se ha dado en pacientes VIH negativos (Hanlon y cols., 2018).

De los 51 hombres que compusieron la muestra, se informó sobre la orientación sexual de 41, siendo 71% de ellos homosexuales. Esto concuerda con lo que afirma la literatura, donde los HSH presentan alto riesgo de contagio por sífilis (Viñals y Chimenos, 2009). Este grupo ha sido de amplio estudio ya que se ha demostrado su relación con el aumento de probabilidad de adquirir VIH (Solomon y cols., 2014) en conjunto con la disminución de prácticas sexuales seguras (Laporte, 2002).

El estudio realizado por Ramírez et al. incluyó 20 hombres, todos HSH, por lo que el resultado sobre la orientación sexual de los varones que conforman esta muestra se encuentra sesgado, en caso de no contabilizar la muestra perteneciente a este trabajo de investigación, el porcentaje total de hombres homosexuales desciende a un 43%, con 12 pacientes heterosexuales y sólo 9 pacientes homosexuales.



## **MANIFESTACIONES ORALES**

### **SÍFILIS PRIMARIA**

La lesión característica de la sífilis primaria es el chancro sifilítico que comienza como una pápula indolora que pronto se erosiona y endurece, adquiriendo en el borde y la base una consistencia cartilaginosa (Pedley, 1881) (Jameson y cols, 2012). El chancro se localiza en el punto de inoculación en que la bacteria penetra la mucosa (Fernández y Morales, 2017) (Queirós y Costa, 2019). Del total de los casos extragenitales, 40% a 75% de ellos ocurren en la cavidad oral (Kent y Romanelli, 2008).

La ubicación más frecuente del chancro sifilítico fueron los labios, lo que ya había sido reportado por Parks en 1914, en un estudio que señaló a los labios como la ubicación más prevalente en un 78% de los casos, seguido de la lengua en un 10% y amígdalas en un 9,4% (Parks, 1914). McNulty y Fassett en 1981, también describieron que la localización extragenital más frecuente era el labio seguida de la lengua (usualmente en los bordes laterales) (McNulty y Fassett, 1981). A diferencia de lo indicado por la literatura, el segundo sitio anatómico más afectado en esta revisión sistemática fue el paladar.

Solo en un paciente se presentó úlcera en arco faringopalatino (Drago y cols., 2014), siendo una ubicación inusual, lo que concuerda con lo informado por Leao en 2006. La gingiva también se vio afectada en solo un paciente en esta revisión (Meyer y Shklar, 1967). Fuera de los casos incluidos en esta revisión, solo se ha reportado otro caso de chancro en gingiva por Edwards en 1948.

La literatura indica que el chancro suele ser asintomático (Queirós y Costa, 2019) (Leuci y cols, 2013) como en el caso clínico reportado por Ma y Vano-Galvan en 2013, donde un paciente presentó chancros indoloros en ambos labios de forma simultánea. Por el contrario, esta revisión revela que en su mayoría los chancros son sintomáticos, describiéndose como dolorosos o levemente dolorosos. En esta línea, la literatura indica que la etapa primaria puede pasar desapercibida por los pacientes hasta en un 40% (Lautenschlager, 2006). Sin embargo, esta revisión

indica que solo un paciente no percibió una lesión indolora en el paladar (Streight y cols, 2019). En el resto de los reportes analizados las lesiones fueron el motivo de consulta.

Los chancros suelen presentarse de forma solitaria (Leao y cols, 2006) (Viñals y Chimenos, 2009), aunque hay excepciones como el caso reportado por Alam et al. quien describe, en su primer caso clínico, la aparición simultánea de tres chancros (Alam y cols., 2000), caso clínico muy similar al presentado por Veraldi y cols. En 2008 (Veraldi y cols., 2008). Solo se encontraron dos lesiones distintas a chancro sífilítico en sífilis primaria, correspondiendo a nódulo y parche mucoso en un paciente VIH negativo que presentó una superposición con sífilis secundaria (Duarte y cols., 2004). La superposición de sífilis oral primaria y secundaria en pacientes VIH negativos también se ha presentado en otros casos clínicos fuera de esta revisión (Qiao y Fang, 2011) (Afra y cols., 2018).

La manifestación extraoral más predominante es la linfadenopatía regional reportada en 4 casos, esto concuerda con la literatura en general, tanto de sífilis genital como extragenital (Jameson y cols., 2012) (Chapel, 1978) (Viñals y Chimenos, 2009).

## **SÍFILIS SECUNDARIA**

A diferencia del estadio primario, la sífilis secundaria no es localizada, es una infección sistémica generada por la diseminación hematogena de *Treponema Pallidum* que ocurre aproximadamente de 2 a 12 semanas después de la lesión primaria (Leao y cols, 2006) (Leuci y cols, 2013).

La sífilis secundaria puede generar manifestaciones orales y faríngeas en un 30% de los pacientes (Queirós y Costa, 2019) a través de diversas lesiones elementales (Ban y cols., 1995) que se pueden asemejar a la expresión clínica de otras patologías. Debido a esto, es denominada como la “gran imitadora” (Domantay-Apostol y cols., 2008).

En esta revisión la lesión más prevalente fue la placa o parche mucoso, presente en un 60% de los pacientes, seguido de la úlcera en un 25%, lo que coincide con la literatura (Leao y cols, 2006) (Viñals y Chimenos, 2009). Otros autores han indicado que otras lesiones son las más frecuentes, como condiloma lata o lesiones erosivas-ulcerativas (Lampros, 2021) (Queirós y Costa, 2019).

El término de placa o parche mucoso ya se utilizaba en 1912 por Douglass y Montgomery, sin embargo, Pedley en 1881 ya hacía alusión a esta lesión como “parches planos y anchos que se asemejan a películas delgadas de leche azulada, en ocasiones ligeramente levantadas de un color blanco muerto y cuando se ubican en la parte posterior de la faringe se comparan con las huellas viscosas que dejan los caracoles” (Pedley, 1881). Leao en 2006, efectuó una definición del término como una “erosión o úlcera ovalada de aproximadamente de 1 cm de diámetro, cubierta por un exudado mucoide gris con borde eritematoso, estos parches se pueden fusionar generando lesiones serpentiginosas, a veces denominadas úlceras en rastro de caracol” (Leao y cols, 2006)

También se encontraron lesiones nodulares, específicamente linguales (Ribeiro y cols., 2017) (Seibt y Munerato, 2016), lesión símil a leucoplasia pilosa (Aquilina y cols., 2003), queilitis angular falsa (Eyer-Silva y cols., 2017) (Wong, 1985) y amigdalitis (Komeno y cols, 2018).

Se han reportado otros tipos de manifestaciones orofaríngeas como glositis hipertrófica (Kahn, 1980), condiloma lata (De Swaan y cols., 1985) (Sharma y cols., 1989) y placas opalinas (Stepanova y Marsch, 2006), las cuales no se encontraron en esta revisión.

El único caso reportado de lúes maligna se presentó en un hombre homosexual que vive con VIH, en encía maxilar (Ficarra y cols., 1993). En la literatura también se encuentra el reporte de un caso clínico entregado por Balachandran y cols. en 1997 de un paciente que vive con VIH afectado con lúes maligna pero, en este caso, ubicada en el paladar (Balachandran y cols., 1997)

Al realizar la clasificación de las lesiones orales de sífilis secundaria se generó una gran limitación por la amplia variedad de lesiones reportadas, por ello se decidió realizar una categorización basada principalmente en las lesiones elementales en conjunto con la definición de parche mucoso descrito por Leao en 2006 (ANEXO 2 Y ANEXO 6)

De los 20 casos en que se especificó la sintomatología un 60% correspondió a lesiones dolorosas, 30% fueron indoloras, mientras que solo un paciente presentó ardor. Dentro de la literatura solo se encuentra otro caso reportado por Stepanova y Marsch en 2006 en que la paciente refirió ardor en la cavidad oral debido a placas opalinas (Stepanova y Marsch, 2006). La mayor prevalencia de una sintomatología dolorosa se informa desde 1881, cuando Pedley menciona que todas las lesiones ubicadas en lengua eran sensibles y dolorosas (Pedley, 1881).

En relación con las manifestaciones extraorales, estas se presentaron en un 86% de los pacientes. Las lesiones cutáneas fueron las más prevalentes, incluyendo maculas eritematosas y lesiones maculopapulares que afectaban palmas, plantas y tronco, seguidas de adenopatías. Hay manifestaciones extraorales más inusuales, que se presentan junto a lesiones orales, sin embargo, no se encontraron en esta revisión, como lesión placoide oftalmológica (Plana-pla y cols., 2016).

Solo ocho pacientes presentaron únicamente manifestaciones orales de sífilis secundaria. Fuera de los resultados de la revisión, en la literatura se encuentra solo un caso reportado por Herrero y cols. en 2008 de manifestaciones exclusivamente orales.

## **SIFILIS TERCIARIA**

Se presenta tres años o más después de la infección inicial en un tercio de los pacientes con sífilis secundaria no tratada (Viñals y Chimenos, 2009) (Leao y cols, 2006). La literatura indica que es extremadamente rara (Viñals y Chimenos, 2009), sin embargo, en esta revisión se encuentra presente en un 50% de la muestra. Esto se debe a la inclusión de la investigación de Meyer y Shklar de 1967, con una

muestra de 68 pacientes con sífilis terciaria, 7 con sífilis secundaria y 6 con sífilis primaria. En este trabajo se indica que el estadio más prevalente es el terciario, mientras que la sífilis primaria y secundaria son poco frecuentes (Meyer & Shklar, 1967). Los resultados de este artículo no representan lo que se aprecia en la actualidad y genera un sesgo en los resultados de este estudio. Al no incluir la muestra de Meyer y Shklar de 1967, solo serían tres pacientes los afectados por sífilis terciaria (Aarestrup y Viera, 1999) (Captline y cols., 1970) (Solis y cols., 2018).

Los resultados indican que la manifestación más prevalente es la glositis, seguida del goma sifilítico. Sin embargo, la literatura de forma unánime indica que el goma sifilítico es la lesión característica de este estadio (Viñals y Chimenos, 2009), por lo que los resultados obtenidos no concuerdan con la literatura actual.

El goma sifilítico histológicamente se caracteriza por inflamación granulomatosa con una zona necrótica central por endarteritis obliterante (Jameson y cols., 2012) De los 26 gomas sifilíticos encontrados, 25 se ubican en paladar y 1 en lengua, esto coincide con la literatura, que indica como lugares usualmente afectados el paladar, lengua y amígdalas (Queirós y Costa, 2019) (Leuci y cols, 2013) (Viñals y Chimenos, 2009). Pedley en 1881 indicó que se veía afectado principalmente el rafe medio de lengua, como sucedió en el caso clínico reportado por Solis et. al en 2018, donde la lesión presentó una gran extensión en rafe medio de lengua, extendiéndose hasta piso de boca (Solis y cols., 2018). Leao indica que el goma sifilítico raramente ocurre en paladar blando lo que concuerda con los resultados, ya que cuando se vio afectado el paladar, solo un 12% de los casos involucró el paladar blando. La literatura indica que se ha reportado un caso de goma sifilítico con ubicación en labio superior, el que debió ser reconstruido (Sullivan, 1964), aunque esta información no se obtuvo en los resultados de esta revisión. La literatura indica que los gomas sifilíticos pueden tener graves consecuencias como problemas de habla y deglución (Cherniak y Silverman, 2014), perforación palatina con comunicación buco-nasal (Murthy y cols., 2014) (Gómez y cols, 1997) (Benazzou y cols., 2006) y deformación nasal (Ramstad y Traaholt, 1980).

Nuestra revisión indica que, en un caso, la sífilis terciaria oral se manifestó como nódulo en lengua (Aarestrup y Viera, 1999), lesión que también se reportó por Alikhani y cols. En 2019 pero ubicada en cara interna de labio inferior. Otras lesiones orales de sífilis terciaria descritas en la literatura son leucoplasia sifilítica (Leao y cols, 2006), tubérculo mucoso y condilomas (Pedley, 1881), las cuales no se presentaron en los pacientes incluidos en esta revisión.

En la actualidad, según la OMS, hay lesiones orales generadas por sífilis terciaria que se consideran precancerosas, como leucoplasia sifilítica (Osnaghi y cols., 2020) (Ben Slama, 2001). Estas lesiones se asocian a carcinoma oral de células escamosas, con mayor prevalencia en hombres (Leao y cols, 2006). Sin embargo, actualmente esta asociación se encuentra cuestionada (Osnaghi y cols., 2020).

## **DIAGNÓSTICO**

La detección de *T. Pallidum* por cultivos es imposible, por ello se ha utilizado la técnica de microscopía por campo oscuro y la tinción con anticuerpos inmunofluorescentes para identificar espiroquetas directamente en lesiones como chancros sifilíticos y condilomas. Esta técnica casi no se practica, ya que, actualmente se utilizan las pruebas serológicas treponémicas y, principalmente, las pruebas no treponémicas como reagina plasmática rápida (RPR) y Venereal disease research laboratory (VDRL) (Jameson y cols., 2012). Los resultados de esta investigación indican que un 68% de los casos fueron diagnosticados solo con pruebas serológicas, mientras que en el resto se complementó con biopsia, la que en la mayoría de los casos obtuvo resultados no concluyentes. El caso clínico reportado por Watts et. al. fue el único que utilizó como método diagnóstico solo biopsia, sin embargo, estas fueron tomadas en lesiones del pene, ya que el paciente se negó a realizar el procedimiento en cavidad oral (Wattsy cols, 2016).

## **IMPORTANCIA PARA EL ODONTOLOGO GENERAL**

En esta revisión los odontólogos especializados en medicina oral fueron quienes lograron diagnosticar la sífilis a través de sus manifestaciones orales, en la mayoría de los casos. Por otro lado, los odontólogos generales o de otras especialidades, fallaron en el diagnóstico de la infección (Alam y cols., 2000) (Cabrera y González 2018) (Lu y Eng., 2002),

Muchos pacientes infectados con ITS tienen manifestaciones bucales, pero muy pocos dentistas tienen la experiencia adecuada para diagnosticar la sífilis u otras ITS a partir de las lesiones que estas originan (Lu y Eng., 2002). La generación de especialistas del área de la salud posterior a la creación y aplicación de los antibióticos no ha recibido la formación adecuada para reconocer las diversas manifestaciones de la sífilis (McNulty y Fassett, 1981).

El reconocimiento temprano de las manifestaciones orales es imperativo para un diagnóstico rápido, mejores resultados en los pacientes, prevención de la enfermedad. (Smith y cols., 2021) y para minimizar el riesgo de transmisión en la consulta dental (Anders y cols., 1998). Por lo anterior es relevante lograr que todos los odontólogos tengan el conocimiento adecuado para poder gatillar la sospecha diagnóstica y la pronta derivación de los pacientes a clínicas especializadas en ITS (Leuci y cols, 2013).

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La principal limitación de este estudio consistió en el impedimento de realizar análisis de sesgo a los artículos seleccionados, debido a que un 94% correspondió a presentaciones de casos clínicos, artículos no estandarizados y por ende no comparables.

Otra limitación fue la restricción al análisis de artículos que involucraban lesiones orales y orofaríngeas asociadas a Gonorrea y Clamidia. Esto debido a los criterios metodológicos utilizados, donde en las etapas de selección de artículos fueron excluidos. La literatura correspondía, en parte, a revisiones bibliográficas, que

producto del diseño de una revisión sistemática no pueden ser incluidos, y a artículos que aluden a lesiones ubicadas fuera del territorio bucofaríngeo, las cuales no son sujeto de análisis en este estudio. Estos elementos resultan de especial consideración para ser tomados en cuenta en nuevos diseños de estudios.

A pesar de las limitaciones descritas se destaca este estudio en dos ejes, el primero, que corresponde a la primera revisión sistemática que busca esclarecer las manifestaciones orales y orofaríngeas de infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, inclusive transparentando la dificultad de analizar las manifestaciones de clamidia y gonorrea, y en segundo eje, el aporte que significan los resultados obtenidos para el odontólogo general y su adecuado ejercicio profesional en el diagnóstico precoz de la infección por sífilis en el territorio oral y orofaríngeo.

## **7. CONCLUSIONES**

La ITS de origen bacteriano con manifestación orofaríngea más reportada en la literatura correspondió a la sífilis.

Se pueden generar manifestaciones orales en cada etapa de la infección. La lesión más frecuente de la etapa primaria es el chancro ubicado en labio, seguido de paladar, habitualmente sintomático.

En la sífilis secundaria se encontró una amplia variedad de lesiones orofaríngeas, siendo la lesión más frecuente el parche mucoso en paladar y en área amigdalina, seguido de lesión ulcerosa en paladar y lengua. La manifestación más común en sífilis terciaria es la glositis seguida de goma sifilítico en paladar.

Es de relevancia que los odontólogos se informen sobre las lesiones ocasionadas por ITS de origen bacteriano para otorgar un diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno a los pacientes.



## 8. BIBLIOGRAFÍA

Aarestrup, F. M., & Vieira, B. J. (1999). Oral manifestation of tertiary syphilis: case report. *Brazilian dental journal*, 10(2), 117–121

Afra, T. P., Handa, S., Razmi T, M., & Vinay, K. (2018). Secondary syphilis: lest we forget it. *Postgraduate medical journal*, 94(1113), 415. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2017-135473>

Alam, F., Argiriadou, A. S., Hodgson, T. A., Kumar, N., & Porter, S. R. (2000). Primary syphilis remains a cause of oral ulceration. *British dental journal*, 189(7), 352–354. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800767>

Alikhani, A., Rahimi, S., Kazeminejad, A., & Montazer, F. (2019). Gummatous syphilis: A case report. *Journal of the German Society of Dermatology: JDDG*, 17(8), 829–830. <https://doi.org/10.1111/ddg.13889>

Anders, P. L., Drinnan, A. J., & Thines, T. J. (1998). Infectious diseases and the dental office. *The New York state dental journal*, 64(4), 29–34.

Anid, G., Isaac, M., Penner, C. R., Van Caesele, P., Tsang, R. S., & Kadkhoda, K. (2017). A non-healing syphilid: Another face of the great imitator. *IDCases*, 8, 14–16. <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2017.02.005>

Aquilina, C., Viraben, R., & Denis, P. (2003). Secondary syphilis simulating oral hairy leukoplakia. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 49(4), 749–751. [https://doi.org/10.1067/s0190-9622\(03\)00484-5](https://doi.org/10.1067/s0190-9622(03)00484-5)

Araujo, J. P., Jaguar, G. C., & Alves, F. A. (2015). Syphilis related to atypical oral lesions affecting an elderly man. a case report. *Gerodontology*, 32(1), 73–75. <https://doi.org/10.1111/ger.12047>

Baarsma, E. A., Kazzaz, B., & Soei, K. I. (1985). Secondary syphilis of the tonsils. *The Journal of laryngology and otology*, 99(6), 601–603. <https://doi.org/10.1017/s0022215100097322>

Balachandran, C., Sabita, L., & Kanthraj, G. R. (1997). Perforation of hard palate in lues maligna associated with HIV infection. *Genitourinary medicine*, 73(3), 225. <https://doi.org/10.1136/sti.73.3.225>

Ban, M., Ohtani, M., & Seishima, M. (1995). A case of secondary syphilis with mucous patches on the hard palate. *The Journal of dermatology*, 22(1), 52–54. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.1995.tb03341.x>

Barbee, L. A., Dombrowski, J. C., Kerani, R., & Golden, M. R. (2014). Effect of nucleic acid amplification testing on detection of extragenital gonorrhea and chlamydial infections in men who have sex with men sexually transmitted disease clinic patients. *Sexually transmitted diseases*, 41(3), 168–172. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000093>

Bastos, L. M., Tolentino, J., Frota, M., Tomaz, W. C., Fialho, M., Batista, A., Teixeira, A., & Barbosa, F. (2018). Evaluation of the level of knowledge about Aids and syphilis among the elderly from a city in the interior of the state of Ceará, Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, 23(8), 2495–2502. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10072016>

Ben Slama L. (2001). Precancerous lesions of the buccal mucosa. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale*, 102(2), 77–108.

Benazzou, S., Boulaadas, M., El Kohen, A., Essakelli, L., & Kzadri, M. (2006). Post syphilitic oro-nasal communication. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale*, 107(5), 373–374. [https://doi.org/10.1016/s0035-1768\(06\)77067-x](https://doi.org/10.1016/s0035-1768(06)77067-x)

Bruce, A. J., & Rogers, R. S. (2004). Oral manifestations of sexually transmitted diseases. *Clinics in dermatology*, 22(6), 520–527. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2004.07.005>

Cabrera, D., & González, L. (2018). Manifestaciones bucales de la sífilis secundaria en una paciente adulta. *MEDISAN*, 22(8), 778-788. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000800778&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000800778&lng=es&tlng=es).

Cáceres, K. (2019). Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. *Revista chilena de infectología*, 36(2), 221-233. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000200221>

Captline, A. M., White, N. S., Merkow, L. P., & Snyder, S. P. (1970). Atrophic luetic glossitis. Report of a case. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology*, 30(2), 192–195. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(70\)90360-9](https://doi.org/10.1016/0030-4220(70)90360-9)

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Hoja informativa: Gonorrea. <https://www.cdc.gov/std/spanish/gonorrea/stdfact-gonorrhea-s.htm>

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017.p.2.

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Infografía: La situación de las ITS en los Estados Unidos en el 2018. <https://www.cdc.gov/std/spanish/infografias.htm>

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Hoja informativa: Los riesgos de las ETS y las relaciones sexuales orales. <https://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-stdriskandoralsex-spa.htm>

Chapel T. A. (1978). The variability of syphilitic chancres. *Sexually transmitted diseases*, 5(2), 68–70. <https://doi.org/10.1097/00007435-197804000-00009>

Cherniak, W., & Silverman, M. (2014). Images in clinical medicine: Syphilitic gumma. *The New England journal of medicine*, 371(7), 667. <https://doi.org/10.1056/NEJMicm1313142>

Chow, E. P., Camilleri, S., Ward, C., Huffam, S., Chen, M. Y., Bradshaw, C. S., & Fairley, C. K. (2016). Duration of gonorrhoea and chlamydia infection at the pharynx and rectum among men who have sex with men: a systematic review. *Sexual health*, 13(3), 199–204. <https://doi.org/10.1071/SH15175>

Compilato, D., Amato, S., & Campisi, G. (2009). Resurgence of syphilis: a diagnosis based on unusual oral mucosa lesions. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 108(3), e45–e49. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2009.05.013>

Cowan S. (2004). Syphilis in Denmark-Outbreak among MSM in Copenhagen, 2003-2004. *European communicable disease bulletin*, 9(12), 25–27.

Czerninski, R., Pikovski, A., Meir, K., Casap, N., Moses, A. E., & Maly, A. (2011). Oral syphilis lesions--a diagnostic approach and histologic characteristics of secondary stage. *Quintessence international (Berlin, Germany: 1985)*, 42(10), 883–889.

Departamento de Epidemiología de Chile. Boletín epidemiológico trimestral. Gonorrea. Chile, Semana 1-52 año 2019. 3-4. [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/BET\\_GONORREA\\_2019.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/BET_GONORREA_2019.pdf)

Departamento de Epidemiología de Chile. Boletín epidemiológico trimestral. Sífilis. Chile, Semana 1-52 año 2019. 3. [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/BET\\_SIFILIS\\_AÑO\\_2019.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/BET_SIFILIS_AÑO_2019.pdf)

De Swaan, B., Tjiam, K. H., Vuzevski, V. D., Van Joost, T., & Stolz, E. (1985). Solitary oral condylomata lata in a patient with secondary syphilis. *Sexually*

transmitted diseases, 12(4), 238–240. <https://doi.org/10.1097/00007435-198510000-00014>

Dybeck, S., & Lund, B. (2016). Oral Syphilis: A Reemerging Infection Prompting Clinicians' Alertness. Case reports in dentistry. <https://doi.org/10.1155/2016/6295920>

Domantay - Apostol, G. P., Handog, E. B., & Gabriel, M. T. (2008). Syphilis: the international challenge of the great imitator. *Dermatologic clinics*, 26(2), 191. <https://doi.org/10.1016/j.det.2007.12.001>

Drago, F., Ciccarese, G., Cogorno, L., Tomasini, C. F., Cozzani, E. C., Riva, S. F., & Parodi, A. (2015). Primary syphilis of the oropharynx: an unusual location of a chancre. *International journal of STD & AIDS*, 26(9), 679–681. <https://doi.org/10.1177/0956462414551235>

Duarte, E. C., da Silva, L. M., Naves, M. D., do Carmo, M. A., & de Aguiar, M. C. (2004). Primary syphilis of oral mucosa: case report of an unusual manifestation. *Quintessence international* (Berlin, Germany: 1985), 35(9), 728–730.

Edwards R. W. (1948). Chancre of the gingiva. *Journal. Missouri State Dental Association*, 28(3), 124–126.

Eyer-Silva, W. A., Freire, M., Horta-Araujo, C. A., Almeida Rosa da Silva, G., Francisco da Cunha Pinto, J., & Raphael de Almeida Ferry, F. (2017). Secondary Syphilis Presenting as Glossodynia, Plaques en Prairie Fauchée, and a Split Papule at the Oral Commissure: Case Report and Review. *Case reports in medicine*, 2017, 1980798. <https://doi.org/10.1155/2017/1980798>

Fairley, C. K., Cornelisse, V. J., Hocking, J. S., & Chow, E. (2019). Models of gonorrhoea transmission from the mouth and saliva. *The Lancet. Infectious diseases*, 19(10), e360–e366. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30304-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30304-4)

Fajans, P., Wirawan, D. N., & Ford, K. (1994). STD knowledge and behaviours among clients of female sex workers in Bali, Indonesia. *AIDS care*, 6(4), 459–475. <https://doi.org/10.1080/09540129408258661>

Feller, L., Chandran, R., Marnewick, J. C., Chikte, U. M., Gugushe, T. S., Meyerov, R., & Lemmer, J. (2011). Syphilis in the context of HIV infection. *SADJ : journal of the South African Dental Association = tydskrif van die Suid-Afrikaanse Tandheelkundige Vereniging*, 66(6), 288–291.

Fernández, C., & Morales, C. (2017). Otorhinolaryngology manifestations secondary to oral sex. Lesiones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral. *Acta otorrinolaringológica española*, 68(3), 169–180. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2016.04.003>

Ficarra, G., Zaragoza, A. M., Stendardi, L., Parri, F., & Cockerell, C. J. (1993). Early oral presentation of lues maligna in a patient with HIV infection. A case report. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology*, 75(6), 728–732. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(93\)90431-3](https://doi.org/10.1016/0030-4220(93)90431-3)

Ficarra, G., & Carlos, R. (2009). Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. *Head and neck pathology*, 3(3), 195–206. <https://doi.org/10.1007/s12105-009-0127-0>

Fiumara, N. J., Grande, D. J., & Giunta, J. L. (1978). Papular secondary syphilis of the tongue. Report of a case. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology*, 45(4), 540–542. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(78\)90034-8](https://doi.org/10.1016/0030-4220(78)90034-8)

Freitas, F., Benzaken, A. S., Passos, M., Coelho, I., & Miranda, A. E. (2021). Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: acquired syphilis. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 54(suppl 1), e2020616. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-616-2020>

Giovani, E. M., de Paula Neto, E. R., Vieira, B. C., & de Andrade, D. M. (2012). Conventional systemic treatments associated with therapeutic sites of local lesions

of secondary syphilis in the oral cavity in patients with AIDS. *Indian journal of dental research: official publication of Indian Society for Dental Research*, 23(5), 670–673. <https://doi.org/10.4103/0970-9290.107390>

Gómez, N. A., León, C. J., Rojas, J. E., & Arévalo, C. A. (1997). Syphilitic rectal ulcer associated with perforation of the hard palate: case report. *Acta gastroenterológica Latinoamericana*, 27(4), 263–265.

Huneeus, A., Schilling, A., & Fernandez, M. I. (2018). Prevalence of Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, and Trichomonas Vaginalis Infection in Chilean Adolescents and Young Adults. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 31(4), 411–415. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.01.003>

Hanlon, C. L., Galoosian, A., Ali, S., & Edson, R. S. (2018). Painful rash with hoarseness: an atypical presentation of syphilis. *BMJ case reports*, 11(1), e226892. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-226892>

Herrero-González, J. E., Parera Amer, M. E., Ferran Farrés, M., Toll Abelló, A., Barranco, C., & Pujol, R. M. (2008). Syphilitic mucous patches: the resurgence of an old classic. *International journal of dermatology*, 47(12), 1281–1283. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2008.03862.x>

Homosexuality and venereal disease in the United Kingdom. A second study. British Co-operative Clinical Group. (1980). *The British journal of venereal diseases*, 56(1), 6–11. <https://doi.org/10.1136/sti.56.1.6>

Hook, E. W., & Bernstein, K. (2019). Kissing, saliva exchange, and transmission of Neisseria gonorrhoeae. *The Lancet. Infectious diseases*, 19(10), e367–e369. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30306-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30306-8)

Huang, S., Lu, R., Yang, J. Y., & Zhou, G. (2020). A nonspecific ulcer on upper lip presented as the first and sole sign of syphilis. *Journal of infection and chemotherapy: official journal of the Japan Society of Chemotherapy*, 26(12), 1309–1312. <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2020.07.010>

Hui, B., Fairley, C. K., Chen, M., Grulich, A., Hocking, J., Prestage, G., Walker, S., Law, M., & Regan, D. (2015). Oral and anal sex are key to sustaining gonorrhoea at endemic levels in MSM populations: a mathematical model. *Sexually transmitted infections*, 91(5), 365–369. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051760>

Jameson, J., Fauci, A., Dennis, F., Kasper, S., Hauser, D. & Longo, J (Eds.). Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 17e, McGraw Hill, 1083- 1045.

Kahn D. (1980). Hypertrophic glossitis in secondary syphilis. *Archives of dermatology*, 116(10), 1103–1104.

Kawai, A., Sato, Y., Yamamoto, H., Orita, Y., Kishimoto, T., & Kimura, M. (1993). *Nihon Jibiinkoka Gakkai kaiho*, 96(3), 371–378. <https://doi.org/10.3950/jibiinkoka.96.371>

Kent, C. K., Chaw, J. K., Wong, W., Liska, S., Gibson, S., Hubbard, G., & Klausner, J. D. (2005). Prevalence of rectal, urethral, and pharyngeal chlamydia and gonorrhea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco, California, 2003. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 41(1), 67–74. <https://doi.org/10.1086/430704>

Kent, M. E., & Romanelli, F. (2008). Reexamining syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations, and management. *The Annals of pharmacotherapy*, 42(2), 226–236. <https://doi.org/10.1345/aph.1K086>

Komeno, Y., Ota, Y., Koibuchi, T., Imai, Y., Iihara, K., & Ryu, T. (2018). Secondary Syphilis with Tonsillar and Cervical Lymphadenopathy and a Pulmonary Lesion Mimicking Malignant Lymphoma. *The American journal of case reports*, 19, 238–243. <https://doi.org/10.12659/ajcr.907127>

Lampros, A., Seta, V., Gerhardt, P., Isnard, C., Husson, C., & Dupin, N. (2021). Oral forms of secondary syphilis: An illustration of the pitfalls set by the great



imitator. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 84(2), 348–353.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.089>

Lanza, L. y Pérez, M (2015). Elementary lesions of the oral mucosa. A guide for clinical diagnosis of oral mucosal pathologies. *Actas odontológicas*, 12 (1). 14-20.

Laporte, A. (2002). A new decline in preventive behaviours among homosexual men: the role of highly active antiretroviral therapy?. *European communicable disease bulletin*, 7(2), 15–16. <https://doi.org/10.2807/esm.07.02.00349-en>

Lautenschlager S. (2006). Diagnosis of syphilis: clinical and laboratory problems. *Journal of the German Society of Dermatology: JDDG*, 4(12), 1058–1075.  
<https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2006.06072.x>

Leão, J. C., Gueiros, L. A., & Porter, S. R. (2006). Oral manifestations of syphilis. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 61(2), 161–166. <https://doi.org/10.1590/s1807-59322006000200012>

Leuci, S., Martina, S., Adamo, D., Ruoppo, E., Santarelli, A., Sorrentino, R., Favia, G., & Mignogna, M. (2013). Oral Syphilis: a retrospective analysis of 12 cases and a review of the literature. *Oral diseases*, 19(8), 738–746.  
<https://doi.org/10.1111/odi.12058>

Lewis D. A. (2015). Will targeting oropharyngeal gonorrhoea delay the further emergence of drug-resistant *Neisseria gonorrhoeae* strains?. *Sexually transmitted infections*, 91(4), 234–237. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051731>

López, K., Rezende, N., Watanuki, F., Soares de Araujo, N., & Magalhaes, M. (2004). Sífilis secundaria en un paciente VIH positivo. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* (Ed. impresa), 9(1), 33-38.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1698-44472004000100005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000100005&lng=es&tlng=es).

Lu, S. Y., & Eng, H. L. (2002). Secondary syphilis-related oral ulcers: report of four cases. *Chang Gung medical journal*, 25(10), 683–688.

Ma, D. L., & Vano-Galvan, S. (2013). Images in clinical medicine. Syphilitic chancres of the lips. *The New England journal of medicine*, 368(7), e8. <https://doi.org/10.1056/NEJMicm1202329>

Manavi, K., Zafar, F., & Shahid, H. (2010). Oropharyngeal gonorrhoea: rate of co-infection with sexually transmitted infection, antibiotic susceptibility and treatment outcome. *International journal of STD & AIDS*, 21(2), 138–140. <https://doi.org/10.1258/ijsa.2009.009167>

McNulty, J. S., & Fassett, R. L. (1981). Syphilis: an otolaryngologic perspective. *The Laryngoscope*, 91(6), 889–905. <https://doi.org/10.1288/00005537-198106000-00006>

Meyer, I., & Shklar, G. (1967). The oral manifestations of acquired syphilis. A study of eighty-one cases. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology*, 23(1), 45–57. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(67\)90484-7](https://doi.org/10.1016/0030-4220(67)90484-7)

Minicucci, E. M., Vieira, R. A., Oliveira, D. T., & Marques, S. A. (2013). Oral manifestations of secondary syphilis in the elderly - a timely reminder for dentists. *Australian dental journal*, 58(3), 368–370. <https://doi.org/10.1111/adj.12085>

Ministerio de Salud de Chile. (2019). Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia. Decreto 7. Artículo 1 y 5. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1141549>

Murthy, V., Vaithilingam, Y., Livingstone, D., & Pillai, A. (2014). Prosthetic rehabilitation of palatal perforation in a patient with 'syphilis: the great imitator'. *BMJ case reports*, 2014, bcr2014204259. <https://doi.org/10.1136/bcr-2014-204259>

Nnoruka, E. N., & Ezeoke, A. C. (2005). Evaluation of syphilis in patients with HIV infection in Nigeria. *Tropical medicine & international health: TM & IH*, 10(1), 58–64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2004.01344.x>

Oda, K., Yano, H., Okitsu, N., Chiba, T., Hara, Y., Kudo, T., Ozawa, D., Irimada, M., & Ohyama, K. (2014). Detection of *Chlamydia trachomatis* or *Neisseria gonorrhoeae* in otorhinolaryngology patients with pharyngeal symptoms. *Sexually transmitted infections*, 90(2), 99. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051419>

Organización mundial de la salud. (2016). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016- 2021. Hacia el fin de las ITS. Servicios de producción de documentos de la OMS, Ginebra, Suiza.

Organización mundial de la salud. Infecciones de transmisión sexual (Actualización 2021). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections\(stis\)#:~:text=STIs%20have%20a%20profound%20impact,and%20trichomoniasis%20\(156%20million\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections(stis)#:~:text=STIs%20have%20a%20profound%20impact,and%20trichomoniasis%20(156%20million)) (Diciembre 2021)

Osnaghi, L., Modenutti, C., Fernández, V. & Briend, M. Revisión bibliográfica descriptiva: Lesiones orales precancerosas en relación con contacto sexual. *Revista del ateneo Argentino de Odontología*, 63(2), 65-72.

Oztürk, O., & Seven, H. (2012). *Chlamydia trachomatis* tonsillopharyngitis. Case reports in otolaryngology, 2012, 736107. <https://doi.org/10.1155/2012/736107>

Park, J., Marcus, J. L., Pandori, M., Snell, A., Philip, S. S., & Bernstein, K. T. (2012). Sentinel surveillance for pharyngeal chlamydia and gonorrhea among men who have sex with men--San Francisco, 2010. *Sexually transmitted diseases*, 39(6), 482–484. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e3182495e2f>

Parks H. F. (1914). Syphilis and Its Relation to the Oral Cavity. *The Dental register*, 68(5), 206–210.

Passaro, R. C., Segura, E. R., Perez-Brumer, A., Cabeza, J., Montano, S. M., Lake, J. E., Sanchez, J., Lama, J. R., & Clark, J. L. (2018). Body Parts Matter: Social,

Behavioral, and Biological Considerations for Urethral, Pharyngeal, and Rectal Gonorrhea and Chlamydia Screening Among MSM in Lima, Peru. Sexually transmitted diseases, 45(9), 607–614. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000816>

Patton, M. E., Su, J. R., Nelson, R., Weinstock, H., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). Primary and secondary syphilis--United States, 2005-2013. *Morbidity and mortality weekly report*, 63(18), 402–406.

Pedley F. N. (1881). Syphilis about the Mouth. *The American journal of dental science*, 15(1), 6–13.

Plana-Pla, A., Pelegrín-Colás, L., Bielsa-Marsol, I., & Ferrandiz-Foraster, C. (2016). Secondary Syphilis Presenting as Oral Lesions and Posterior Placoid Chorioretinitis in an Immunocompetent Patient. *Actas dermo-sifiliograficas*, 107(9), 783–784. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2016.04.023>

Qiao, J., & Fang, H. (2011). Syphilitic chancre of the mouth. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 183(17), 2015. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110664>

Queirós, C., & Costa, J. (2019). Oral Transmission of Sexually Transmissible Infections: A Narrative Review. *Acta medica portuguesa*, 32(12), 776–781. <https://doi.org/10.20344/amp.12191>

Ramírez-Amador, V., Anaya-Saavedra, G., Crabtree-Ramírez, B., Esquivel-Pedraza, L., Saeb-Lima, M., & Sierra-Madero, J. (2013). Clinical Spectrum of Oral Secondary Syphilis in HIV-Infected Patients. *Journal of sexually transmitted diseases*, 2013, 892427. <https://doi.org/10.1155/2013/892427>

Ramírez-Amador, V., Anaya-Saavedra, G., Crabtree-Ramírez, B., Esquivel-Pedraza, L., Saeb-Lima, M., & Sierra-Madero, J. (2013). Clinical Spectrum of Oral Secondary Syphilis in HIV-Infected Patients. *Journal of sexually transmitted diseases*, 2013, 892427. <https://doi.org/10.1155/2013/892427>

Ramstad, T., & Traaholt, L. (1980). Destruction of the soft palate and nose by tertiary 'benign' syphilis. A case report. *Journal of oral rehabilitation*, 7(2), 111–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.1980.tb00426.x>

Ribeiro, C. M., de Carli, M. L., Sperandio, F. F., Magalhães, E., & Hanemann, J. (2017). Rare isolated oral manifestations of secondary syphilis in an adolescent. *General dentistry*, 65(6), 76–78.

Sánchez, A., Del Giudice, P., Peneau, A., Grange, P., Dupin, N., & Hubiche, T. (2020). A case of "early" syphilis. *Annales de dermatologie et de venerologie*, 147(2), 127–130. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2019.10.032>

Sasse, A., Defraye, A., & Ducoffre, G. (2004). Recent syphilis trends in Belgium and enhancement of STI surveillance systems. *European communicable disease bulletin*, 9(12), 6–8.

Scully, C., Paes, O., Bagan, J., Diz, P. & Mosqueda, A. (2010) Oral medicine and pathology at a glance. p.5. Wiley-Blackwell.

Seibt, C. E., & Munerato, M. C. (2016). Secondary syphilis in the oral cavity and the role of the dental surgeon in STD prevention, diagnosis and treatment: a case series study. *The Brazilian journal of infectious diseases: an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases*, 20(4), 393–398. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2016.03.008>

Selvey, L. A., McCausland, K., Lobo, R., Bates, J., Donovan, B., & Hallett, J. (2019). A snapshot of male sex worker health and wellbeing in Western Australia. *Sexual health*, 16(3), 233–239. <https://doi.org/10.1071/SH18166>

Sharma, V. K., Chander, R., Kumar, B., & Radotra, B. D. (1989). Condylomata lata of the eyelids. *Genitourinary medicine*, 65(2), 124–125. <https://doi.org/10.1136/sti.65.2.124>

Singh, P. V., & Patil, R. (2013). Atypical oral manifestations in secondary syphilis. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*, 24(1), 142–144. <https://doi.org/10.4103/0970-9290.114928>

Smith, M. H., Vargo, R. J., Bilodeau, E. A., Anderson, K. M., Trzcinska, A., Canterbury, C. R., Fantasia, J. E., & Rawal, Y. B. (2021). Oral Manifestations of Syphilis: a Review of the Clinical and Histopathologic Characteristics of a Reemerging Entity with Report of 19 New Cases. *Head and neck pathology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12105-020-01283-4>

Solis, R. N., Kuhn, B. T., & Farwell, D. G. (2018). An Unusual Case of Tertiary Syphilis Behaving Like Tongue Squamous Cell Carcinoma. *Journal of investigative medicine high impact case reports*, 6, 2324709618820355. <https://doi.org/10.1177/2324709618820355>

Solomon, M., Mayer, K., Glidden, D., Liu, A., McMahan, V., Guanira, J., Chariyalertsak, S., Fernandez, T., Grant, R., & iPrEx Study Team (2014). Syphilis predicts HIV incidence among men and transgender women who have sex with men in a preexposure prophylaxis trial. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 59(7), 1020–1026. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu450>

Stepanova, A., & Marsch, W. (2006). Plaques opalines: a rare form of secondary syphilis of the oral mucous membrane. *Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, 57(6), 514–517. <https://doi.org/10.1007/s00105-005-0992-8>

Streight, K., Paranal, R., & Musher, D. (2019). The oral manifestations of syphilitic disease: a case report. *Journal of medical case reports*, 13(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s13256-019-2171-z>

Sullivan W. A. (1964). Syphilitic gumma misdiagnosed midline granuloma. *Archives of internal medicine*, 114, 336–338. <https://doi.org/10.1001/archinte.1964.03860090070005>

Thakrar, P., Aclimandos, W., Goldmeier, D., & Setterfield, J. F. (2018). Oral ulcers as a presentation of secondary syphilis. *Clinical and experimental dermatology*, 43(8), 868–875. <https://doi.org/10.1111/ced.13640>

Tognetti, L., Cinotti, E., Tripodi, S., Garosi, G., & Rubegni, P. (2018). Unusual presentation of secondary syphilis: membranoproliferative glomerulonephritis and muco-cutaneous lesions. *International journal of STD & AIDS*, 29(4), 410–413. <https://doi.org/10.1177/0956462417733351>

Valejo Coelho, M. M., Matos-Pires, E., Serrão, V., Rodrigues, A., & Fernandes, C. (2018). Extragenital Gonorrhoea in Men Who Have Sex with Men: A Retrospective Study in a STI Clinic in Lisbon, Portugal. *Acta medica portuguesa*, 31(5), 247–253. <https://doi.org/10.20344/amp.10146>

Valle S. (1988). Sexually transmitted diseases and the use of condoms in a cohort of homosexual men followed since 1983 in Finland. *Scandinavian journal of infectious diseases*, 20(2), 153–161. <https://doi.org/10.3109/00365548809032432>

Van Rooijen, M. S., van der Loeff, M. F., Morr e, S. A., van Dam, A. P., Speksnijder, A. G., & de Vries, H. J. (2015). Spontaneous pharyngeal Chlamydia trachomatis RNA clearance. A cross-sectional study followed by a cohort study of untreated STI clinic patients in Amsterdam, The Netherlands. *Sexually transmitted infections*, 91(3), 157–164. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051633>

Veraldi, S., Lunardon, L., Persico, M. C., Francia, C., & Bottini, S. (2008). Multiple aphthoid syphilitic chancres of the oral cavity. *International journal of STD & AIDS*, 19(7), 486–487. <https://doi.org/10.1258/ijjsa.2007.007262>

Viñals-Iglesias, H., & Chimenos-Küstner, E. (2009). The reappearance of a forgotten disease in the oral cavity: syphilis. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 14(9), e416–e420.

Watts, P. J., Greenberg, H. L., & Khachemoune, A. (2016). 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*, 55(7), 714–728. <https://doi.org/10.1111/ijd.13206>

Wong P. N. (1985). Secondary syphilis with extensive oral manifestations. *Australian dental journal*, 30(1), 22–24. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.1985.tb05828.x>

Zhang, L., Regan, D. G., Chow, E., Gambhir, M., Cornelisse, V., Grulich, A., Ong, J., Lewis, D. A., Hocking, J., & Fairley, C. K. (2017). *Neisseria gonorrhoeae* Transmission Among Men Who Have Sex With Men: An Anatomical Site-Specific Mathematical Model Evaluating the Potential Preventive Impact of Mouthwash. *Sexually transmitted diseases*, 44(10), 586–592. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000661>



## 7. ANEXOS

### ANEXO 1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

BASES DE DATOS ELECTRÓNICAS	PALABRAS CLAVES
PUBMED	<p>“Sexually Transmitted Disease, Bacterial” OR “Bacterial Sexually Transmitted Disease” OR “Bacterial Sexually Transmitted Diseases” OR “Bacterial Venereal Diseases” OR “Bacterial Venereal Disease” OR “Disease, Bacterial Venereal” OR “Venereal Disease, Bacterial” OR “Venereal Diseases, Bacterial” OR “Neisseria gonorrhoeae Infection” OR “Syphilis”OR “Chlamydia” OR “Chlamydia trachomatis” AND “Oral Manifestations” OR “Manifestation, Oral” OR “Manifestations, Oral” OR “Oral Manifestation” OR “Disease, Mouth” OR “Diseases, Mouth” OR “Mouth Disease”</p>
COCHRANE	<p>Sexually Transmitted Disease, Bacterial OR Bacterial Sexually Transmitted Disease OR Bacterial Sexually Transmitted Diseases OR Bacterial Venereal Diseases OR Bacterial Venereal Disease OR Disease, Bacterial Venereal OR Venereal Disease, Bacterial OR Venereal Diseases, Bacterial OR Neisseria gonorrhoeae Infection OR Syphilis OR Chlamydia OR Chlamydia trachomatis AND Oral Manifestations OR Manifestation, Oral OR Manifestations, Oral OR Oral Manifestation OR Disease, Mouth OR Diseases, Mouth OR Mouth Disease</p>
WEB OF SCIENCE	<p>TS=(Sexually Transmitted Disease, Bacterial OR Bacterial Sexually Transmitted Disease OR Bacterial Sexually Transmitted Diseases OR Bacterial Venereal Diseases OR Bacterial Venereal Disease OR Disease, Bacterial Venereal OR Venereal Disease, Bacterial OR Venereal Diseases, Bacterial OR Neisseria gonorrhoeae Infection OR Syphilis OR Chlamydia OR Chlamydia trachomatis AND Oral Manifestations OR Manifestation, Oral OR Manifestations, Oral OR Oral Manifestation OR Disease, Mouth OR Diseases, Mouth OR Mouth Disease)</p>
SCIELO	<p>TS=(Sexually Transmitted Disease, Bacterial OR Bacterial Sexually Transmitted Disease OR Bacterial Sexually Transmitted Diseases OR Bacterial Venereal Diseases OR Bacterial Venereal Disease OR Disease, Bacterial Venereal OR Venereal Disease, Bacterial OR Venereal Diseases, Bacterial OR Neisseria gonorrhoeae Infection OR Syphilis OR Chlamydia OR Chlamydia trachomatis AND Oral Manifestations OR Manifestation, Oral OR Manifestations, Oral OR Oral Manifestation OR Disease, Mouth OR Diseases, Mouth OR Mouth Disease)</p>

## ANEXO 2. DEFINICIONES DE LESIONES ELEMENTALES

Principales términos descriptivos aplicados a las lesiones orofaciales y cutáneas según Scully C. en 2010

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Atrofia	Reducción de la masa tisular
Ampolla	Acumulación de líquido visible dentro o debajo del epitelio
Cicatriz	Marca permanente después de la reparación tisular
Quiste	Cavidad cerrada con revestimiento epitelial
Descamación	Pérdida del grosor epitelial superficial (por lo general sigue a una ampolla)
Equimosis	Área macular hemorrágica mayor a 2 cm de diámetro
Erosión	Pérdida de la mayor parte del espesor epitelial
Eritema	Enrojecimiento de la mucosa (por atrofia, inflamación, congestión vascular o aumento de la perfusión)
Exfoliación	Separación de la queratina epitelial en escamas u hojas
Fibrosis	Formación excesiva de tejido fibroso
Fisura	Espacio lineal o hendidura
Fistula	Conexión anormal, revestida por epitelio entre dos órganos

Furúnculo	Pústula o absceso cutáneo
Gangrena	Muerte tisular
Hematoma	Recolección localizada de sangre
Macula	Alteración en color o textura circunscrita, no levantada
Nódulo	Masa sólida debajo o dentro de la mucosa o piel, mayor a 0,5 cm de diámetro
Pápula	Elevación palpable circunscrita menor a 0,5 cm de diámetro
Petequia	Mancha hemorrágica puntiforme de 1 a 2 mm de diámetro
Placa	Área elevada de mucosa o piel mayor a 0,5 cm de diámetro
Pústula	Acumulación visible de pus en el epitelio
Tumor	Hinchazón causada por células normales o patológicas
Úlcera	Pérdida de epitelio y de algunos tejidos subyacentes
Urticaria	Área de edema, compresible y generalmente evanescente
Vesícula	Acumulación de líquido visible en el epitelio (<0,5 cm)

### ANEXO 3. CAUSA DE EXCLUSIÓN ARTÍCULOS REFERENTES A CLAMIDIA Y GONORREA SEGÚN FASE DE SELECCIÓN

FASE 1. Según título y resumen.

#### CLAMIDIA

A young infant with afebrile pneumonia caused by Chlamydia trachomatis	No hace referencia a manifestación oral
Chlamydia pneumoniae is present in the dental plaque of periodontitis patients and stimulates an inflammatory response in gingival epithelial cells	Infección por otra especie de clamidia
Chlamydiae as pathogens: New species and new issues	Artículo de revisión bibliográfica
Factors influencing the induction of infertility in a mouse model of Chlamydia trachomatis ascending genital tract infection	Infección genital
Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: Validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations	Infección genital
Lone circinate balanitis and genital keratoderma: underdiagnosed presentations of chlamydia infection in men?	Infección genital

## GONORREA

Time required for elimination of <i>Neisseria gonorrhoeae</i> from the urogenital tract in men with symptomatic urethritis: comparison of oral and intramuscular single-dose therapy	Infección por gonorrea en tracto urogenital
A multicentre double-blind randomised controlled trial evaluating the efficacy of daily use of antibacterial mouthwash against oropharyngeal gonorrhoea among men who have sex with men: the OMEGA (Oral Mouthwash use to Eradicate GonorrhoeA) study protocol	No hace referencia a manifestación oral

Fase 2. Según criterios de elegibilidad en artículos a texto completo.

## GONORREA

Oral manifestations of gonococcal infection	No se encuentra a texto completo
“Detección de <i>neisseria gonorrhoeae</i> en mucosa orofaríngea de pacientes con infección gonocócica genital”	No describe manifestación orofaríngea
Gonorrhea--its natural history, oral manifestations, diagnosis, treatment, and prevention	Revisión bibliográfica
Otorhinolaryngology manifestations secondary to oral sex	Revisión bibliográfica

## ANEXO 4. ARTÍCULOS INCLUIDOS

### CASOS CLÍNICOS

#### SÍFILIS PRIMARIA

NOMBRE	AUTOR
A nonspecific ulcer on upper lip presented as the first and sole sign of syphilis	Huang, S. et al.
A non-healing syphilitid: Another face of the great imitator	Anid, G. et al.
Primary syphilis of oral mucosa: Case report of an unusual manifestation	Duarte, E. et al.
Primary syphilis of the oropharynx: an unusual location of a chancre	Drago, F. et al.
Unusual primary syphilis: Presentation of a likely case with a review of the stages of acquired syphilis, its differential diagnoses, management, and current recommendations	Watts, P. et al.
The oral manifestations of syphilitic disease: a case report	Streight, K. et al.

#### SÍFILIS SECUNDARIA

NOMBRE	AUTOR
Atypical oral manifestations in secondary syphilis	Singh, P. y Patil, R.
Early Oral Presentation of Lues Maligna in a Patient with Hiv-Infection - a Case Report	Ficarra, G. et al.
Manifestaciones bucales de la sífilis secundaria en una paciente adulta	Cabrera, D y González, L
Oral secondary syphilis in a patient with human immunodeficiency virus infection	Ramirez Amador, V. et al.
Oral manifestations of secondary syphilis in the elderly - a timely reminder for dentists	Minicucci, E. et al.
Oral manifestations of syphilis. Clinical Case	Navazo-Eguia, A. et al.

Oral Syphilis: A Reemerging Infection Prompting Clinicians' Alertness	Dybeck , S. y Lund, B
Papular secondary syphilis of the tongue. Report of a case	Fiumara, N. et al.
Rare isolated oral manifestations of secondary syphilis in an adolescent	Ribeiro, C. et al.
Resurgence of syphilis: a diagnosis based on unusual oral mucosa lesions	Compilato, D. et al.
Secondary syphilis simulating oral hairy leukoplakia	Aquilina, C. et al.
Secondary syphilis in an HIV positive patient	López, A. et al.
Secondary syphilis with extensive oral manifestations	Wong, P. N. C.
Secondary Syphilis Presenting as Glossodynia, Plaques en Prairie Fauchée, and a Split Papule at the Oral Commissure: Case Report and Review	Eyer-Silva, W. et al.
Secondary Syphilis with Tonsillar and Cervical Lymphadenopathy and a Pulmonary Lesion Mimicking Malignant Lymphoma	Komeno, Y. et al.
Syphilis related to atypical oral lesions affecting an elderly man. a case report	Araujo, J. et al.
Unusual presentation of secondary syphilis: membranoproliferative glomerulonephritis and muco-cutaneous lesions	Tognetti, L. et al.

### SÍFILIS TERCIARIA

NOMBRE	AUTOR
An Unusual Case of Tertiary Syphilis Behaving Like Tongue Squamous Cell Carcinoma	Solis, R. et al.
Atrophic luetic glossitis. Report of a case	Captline, A. et al.
Oral manifestation of tertiary syphilis: case report	Aarestrup, F. y Viera B.

## SECUENCIAS DE CASOS CLÍNICOS

NOMBRE	AUTOR
Secondary syphilis in the oral cavity and the role of the dental surgeon in STD prevention, diagnosis and treatment: a case series study	Seibt, C. E.y Munerato, M. C
Primary syphilis remains a cause of oral ulceration	Alam, F. et al.
Secondary syphilis-related oral ulcers: report of four cases	Lu, S. Y.y Eng, H. L
Oral syphilis lesions-A diagnostic approach and histologic characteristics of secondary stage	Czerninski, R. et al.

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN RETROSPECTIVOS

NOMBRE	AUTOR
Clinical Spectrum of Oral Secondary Syphilis in HIV-Infected Patients	Ramírez-Amador, V.et al
Oral Manifestations of Acquired Syphilis	Meyer, I.y Shklar, G



## ANEXO 5. DESCRIPCIÓN DE LESIONES ORALES DE SIFILIS PRIMARIA

AUTOR	DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA DE LA LESIÓN
ALAM ET. AL.	Úlcera necrótica profunda de 3 cm de diámetro con borde estrecho y eritematoso
ANID ET. AL.	Lesión roja irregular en forma de isla elevada de 4 cm de diámetro con ulceración superficial
DRAGO ET. AL	Placa blanca-grisácea bien delimitada con ulceración central.
DUARTE ET. AL	1. Nódulo compresivo púrpura
	2. Placa grisácea arqueada
HUANG, S. ET. AL.	Ulceración indurada periféricamente de 1 cm de diámetro con un borde elevado bastante redondo, bien delimitada, profundamente asentada, cubierta con costras de escamas adherentes y con secreciones de color amarillo cremoso pálido
MEYER Y SHKLAR	Autor no describe lesiones
STREIGHT ET AL.	Lesión ulcerosa de 1 x 1 cm.
WATTS ET AL.	Ulceración grande de 5 mm con bordes dentados sobre base eritematosa

## ANEXO 6. DESCRIPCIÓN DE LESIONES ORALES DE SÍFILIS SECUNDARIA

AUTOR	DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA DE LA LESIÓN
AQUILINA, C. ET AL.	Engrosamiento blanco anormal de la mucosa, ligeramente levantado y mal delimitado, con superficie ondulada como se describen las leucoplasias pilosas.
ARAUJO, J. ET AL.	Autor no describe las lesiones.
CABRERA, D. Y GONZÁLES, L.	Vesícula cubierta por membrana blanca grisácea con borde hiperémico.
	Lesiones vesiculosas, confluentes en placas blanquecinas- grisáceas, ligeramente elevadas con bordes hiperémicos.
COMPILATO, D. ET AL.	Superficie elevada bien delimitada, corrugada, no homogénea con placa blanca tipo leucoplasia.
	Parches blanquecinos
CZERNINSKI ET AL.	Placa blanca redonda
	Parches eritematosos irregulares ulcerados
	Áreas eritematosas y ulceraciones superficiales
	Placa blanca redonda con ulceración
	Úlcera profunda
DYBECK, S. Y LUND, B.	Lesiones eritematosas
EYER-SILA, A. ET AL.	Erosiones depapiladas superficiales, redondas a ovaladas sobre un fondo hiperqueratósico engrosado blanquecino no limpiable ( <i>Plaques en prairie fauchee</i> )
	Pápula partida cubierta con fibrina ( <i>Queilitis angular falso o fausse perleche</i> )
FICARRA Y COLS., G. ET AL.	Coalescencia de úlceras formando úlcera crateriforme

AUTOR	DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA DE LA LESIÓN
FIUMARA, N. ET AL.	Pápulas sólidas circunscritas
KOMENO, Y. ET AL	Amígdala hinchada rojiza
LU, S. Y ENG, H.	Autor no describe las lesiones
MEYER Y SHKLAR	Autor no describe las lesiones
MINICUCCI, E. ET AL.	Lesiones maculares irregulares
	Erosiones ovaladas con borde mucoide amarillo
NAVAZO- EGUIA, A. ET AL.	Autor no describe las lesiones
LÓPEZ, A. ET AL	Autor no describe las lesiones
RAMIREZ, A. ET AL	Extensas placas blancas suaves
	Pápulas en base eritematosa con borde exterior serpentiginoso y rojizo
RAMIREZ, ET AL	Placa blanca levemente levantada en una base eritematosa en forma serpentiginosa con contornos blancos y rojizos bien definidos
RIBEIRO C. ET AL.	Nódulo verrugoso irregular de aproximadamente 10 mm de diámetro
	Placas ulceradas cubiertas con una pseudomembrana blanca y rodeada por áreas eritematosas
SEIBT Y MUNERATO	Autor no describe las lesiones

<b>AUTOR</b>	<b>DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA DE LA LESIÓN</b>
SINGH, P. Y PATIL, R.	Lesiones eritematosas con ulceración superficial
TOGNETTI, L. ET AL	Autor no describe las lesiones
WONG, P.	Extensas erosiones con pseudomembrana necrótica blanquecina rodeada por periferia eritematosa. Al remover la pseudomembrana se ve una base eritematosa no sangrante

#### **ANEXO 7. DESCRIPCIÓN DE LESIONES DE SIFILIS TERCIARIA**

<b>AUTOR</b>	<b>DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA DE LESIÓN</b>
AARESTRUP, F. Y VIERA, B.	Lesión hipertrófica, roja y circunscrita
CAPTLINE ET AL.	Lengua muy hinchada, dolorosa, de superficie lisa y brillante, sin papilas, pero con lesiones blancas en la superficie dorsal.
MEYER Y SHKLAR	Autor no describe las lesiones
SOLIS R. ET AL.	Lesión ulcerativa