



REVISTA ODONTOLOGÍA

Sífilis Oral, a propósito de un Caso Clínico

Oral Syphilis, a Clinical Case Report

Osmani Guevara Cabrera¹ | Fernando Guevara Cabrera²
Jahel Guevara Cabrera³ | Roberto Gerber Mora⁴

¹ iD | Practica Privada en Estomatología. GO Ecuador .

² iD | Médico. Hospital General IESS Puyo Ecuador.

³ iD | Médico. Hospital General MSP Puyo Ecuador.

⁴ iD | Practica Privada en Oroclinica. San Jose- Costa Rica.

HISTORIAL DEL ARTÍCULO

Recepción: 04-03-2025

Aceptación: 30-06-2025

Publicación: 02-10-2025

PALABRAS CLAVE

Sífilis, Treponema
Pallidum, Enfermedades
de Transmisión Sexual.

KEY WORDS

Syphilis, Treponema
pallidum, Sexually
Transmitted Diseases.

ORCID

¹ <https://orcid.org/0000-0003-1321-4393>

² <https://orcid.org/0009-0001-4705-5602>

³ <https://orcid.org/0000-0003-2624-6415>

⁴ <https://orcid.org/0000-0002-8561-3396>

CORRESPONDENCIA

AUTOR

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR,
QUITO, ECUADOR

E-MAIL: FABRICHEZO@HOTMAIL.COM

RESUMEN

Introducción: La sífilis es una enfermedad contagiosa que se manifiesta de diversas formas en las mucosas y la piel. Comúnmente referida como la "gran imitadora", esta infección puede mostrar síntomas vagos y afecta diferentes sistemas del organismo. La boca es un área frecuentemente involucrada durante las fases iniciales de la enfermedad. Reconocer las distintas manifestaciones que aparecen en las diferentes etapas de la infección puede ser clave para lograr un diagnóstico y tratamiento oportunos en este grupo de pacientes. Pese a la efectividad de los métodos diagnósticos y la respuesta de la infección al tratamiento antimicrobiano estándar, la prevalencia de la sífilis está en aumento a nivel global. **Objetivos:** Exponemos las características clínicas y el tratamiento de un caso de sífilis oral que se presentó en nuestra unidad. **Materiales y métodos:** El caso registrado ilustra las manifestaciones clínicas variadas y poco específicas de la sífilis oral, subrayando la necesidad de que los profesionales del ámbito dental estén informados sobre estas presentaciones. Se revisó la literatura actual sobre la sífilis. **Resultados:** Los dentistas tienen un papel crucial en la detección de la enfermedad y en la implementación de pruebas adecuadas para una intervención temprana. Esto no solo disminuirá la incidencia de las graves repercusiones de las infecciones terciarias, sino que también ayudará a frenar su transmisión.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a contagious disease that manifests in various forms on the mucous membranes and skin. Commonly referred to as the "great imitator," this infection can present vague symptoms and affects different body systems. The mouth is a frequently involved area during the initial phases of the disease. Recognizing the distinct manifestations that appear at different stages of the infection can be key to achieving a timely diagnosis and treatment in this group of patients. Despite the effectiveness of diagnostic methods and the response of the infection to standard antimicrobial treatment, the prevalence of syphilis is increasing globally. **Objectives:** We present the clinical features and treatment of a case of oral syphilis that presented in our unit. **Materials and methods:** The reported case illustrates the varied and nonspecific clinical manifestations of oral syphilis, highlighting the need for dental professionals to be informed about these presentations. The current literature on syphilis was reviewed. **Results:** Dentists play a crucial role in detecting the disease and implementing appropriate testing for early intervention. This will not only reduce the incidence of the serious consequences of tertiary infections but will also help curb their transmission.

INTRODUCCIÓN

La infección por Sífilis, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, continúa siendo un reto significativo en salud pública. A nivel global, la Organización de la Salud (OMS) estima aproximadamente 8 millones de nuevos casos en adultos entre 15-49 años para el año 2022¹. En el continente Americano se ha observado un aumento sustancial: por ejemplo, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que nuevos casos de sífilis entre adultos de 15-49 años aumentaron un 30 % entre 2020 y 2022².

La sífilis se transmite principalmente a través de relaciones sexuales sin protección, siendo el contacto directo con lesiones mucocutáneas la vía más frecuente de contagio. Aunque la transmisión genital es la predominante, el sexo oral desempeña un papel relevante en la diseminación actual de la infección, ya que las lesiones orales pueden ser tanto puerta de entrada como de salida de este microorganismo³. También puede transmitirse por vía vertical, de

madre a hijo durante el embarazo, generando sífilis congénita, cuya incidencia ha aumentado en varios países de Latinoamérica². Otras formas menos comunes incluyen la transmisión transfusional y por contacto directo con sangre contaminada, aunque su frecuencia es actualmente muy baja debido a los programas de tamizaje de bancos de sangre⁴.

El diagnóstico de las manifestaciones orales de la Sífilis puede resultar especialmente complejo debido a que sus lesiones frecuentemente simulan otras patologías bucales comunes, razón por la cual ha sido denominada "la gran imitadora". Los instrumentos de salud bucal deben mantener elevada sospecha clínica porque las lesiones orales pueden presentarse en cualquier estadio de la enfermedad y con variedad de apariencias⁵. En este contexto, los profesionales de la salud bucal tienen un papel central en la identificación temprana de estas manifestaciones clínicas, lo que posibilita la interconsulta médica oportuna, el inicio temprano del tratamiento antibiótico y, por ende, la prevención de complicaciones y la interrupción de la cadena de transmisión⁶.

El presente trabajo describe un caso clínico de sífilis con manifestaciones orales y revisa la evidencia más reciente en Latinoamérica, con el propósito de sensibilizar sobre la importancia del diagnóstico diferencial y del rol del equipo de salud bucal.

La sífilis puede manifestarse en la cavidad oral, particularmente durante la fase secundaria tras el periodo de incubación. Clínicamente, en el ámbito de la medicina bucal, se observan úlceras induradas, placas blanquecinas o gris-blanquecinas de apariencia levemente opalescente en la mucosa labial, región posterior de las comisuras, cara ventral de la lengua y tercio posterior del paladar blando; también se han descrito pápulas sifilíticas de aspecto variable^{6,7}. El apoyo de pruebas de laboratorio es de gran valor para confirmar el diagnóstico, debido a que estas lesiones pueden confundirse fácilmente con otras entidades bucales como aftas, leucoplasias, candidiasis o lesiones por irritación crónica⁵. Las manifestaciones orales resultan altamente variables según el estadio de la infección, y es crucial que los estomatólogos conozcan con claridad los patrones clínicos de cada fase, ya que muchas veces los pacientes no perciben síntomas lo que puede retrasar el diagnóstico.

En la sífilis primaria, se presenta típicamente un chancro solitario, indoloro, altamente infeccioso y ubicado en el sitio de inoculación, y se estima que entre el 4 % y el 12 % de los pacientes pueden presentar chan-

cross en cavidad oral, comúnmente en labios, lengua, mucosa bucal, paladar o pilar amigdalino⁶. Durante la fase secundaria, el clínico puede observar múltiples lesiones mucosas y cutáneas. Las manifestaciones orales suelen incluir placas mucosas blanco-rosáceas en patrones lineales o serpiginosos (patrón de serpiente), con implicación de labio, lengua, mucosa bucal y paladar, y en ocasiones necrosis superficial que expone tejido conectivo subyacente. Además suelen acompañarse de síntomas generales como malestar, fatiga, mialgia, odinofagia, fiebre y cefalea. En menos casos se identifican lesiones papulares elevadas de color gris/blanco, lo cual refuerza la dificultad diagnóstica⁷.

El diagnóstico diferencial es amplio y debe considerar úlceras traumáticas, carcinoma oral de células escamosas, linfoma no-Hodgkin, donovanosis, entre otras entidades. Desde el punto de vista histopatológico, se sospecha sífilis cuando se observa hiperplasia epitelial atípica, infiltrado plasmocitario perivascular, endarteritis y neuritis; dado que *Treponema pallidum* no puede cultivarse in vitro, la detección definitiva se realiza mediante técnicas directas (inmunohistoquímica, microscopía de campo oscuro) e indirectas (anticuerpos anti-treponema)⁵.

El objetivo de este trabajo es informar un caso de sífilis con manifestaciones orales, revisar las características clínico-diagnósticas en la cavidad oral y destacar el papel de los profesionales de salud (odontólogos/Médicos) en el reconocimiento temprano y el manejo interdisciplinario de la enfermedad.

Presentación del Caso Clínico

Adulto masculino de 36 años quien acude a la consulta de medicina bucal particular por motivo de unas "llagas" que le han aparecido en diferentes partes de la boca con una evolución de 5 semanas aproximadamente. Refiere que habría acudido a la consulta con odontología en donde filieron el diagnóstico de úlceras aftosas y le prescriben enjuagues bucales. Estas lesiones son poco dolorosas y no seden al tratamiento y el dolor fue en aumento.

Sus antecedentes patológicos son los siguientes:

- Alergias a medicamentos: niega.
- Niega enfermedad sistémicas: niega.
- Hábitos tóxicos como fumar o consumir alcohol: niega.
- Hábitos sexuales: soltero, heterosexual, niega presentar actos de conducta sexuales promiscuidad.

A la exploración física se encuentra hallazgos patológicos de importancia:

- Cuello: adenomegalia bilateral a la palpación.
- Extremidades Superiores: no se observan lesiones.
- Extremidades Inferiores: no se observan lesiones.
- Región Ínguino Genital: no se observan lesiones.

A la exploración intraoral se evidencia:

- Úlcera única en el paladar blando (ver Figura 1).
- Placas blancas en dorso de lengua que no se desprenden al raspado (ver Figura 2)
- En los carrillos se observa placa blanca ulcerada que no se desprende al raspado (ver Figura 3).

Se plantearon como diagnósticos diferenciales:

1. Úlcera Neoplásica TNK, por presentarse en la línea media del paladar y tener adenomegalia en cuello.
2. Candidiasis Oral, por la presentaciones placas blanquecinas en la lengua.
3. Manifestación oral del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
4. Enfermedad de Transmisión sexual (ETS) por presentar úlceras y placas blancas en diferentes partes de la boca.

Se planteo en realizar la biopsia de las lesiones, previo se envió exámenes analíticos de sangre: Biometría hemática, glucosa, urea y creatinina y exámenes de Venereal Disease Research Laboratories (VDRL), Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) para descartar sífilis y virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH).

Previo a la autorización del consentimiento informado por el paciente para la realización de fotografías y toma de muestras se llevo a cabo este caso.

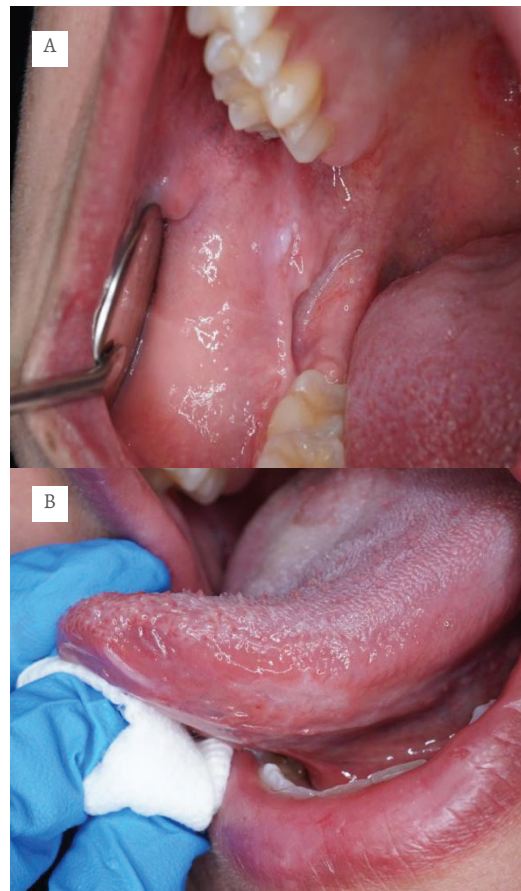
Figura 1: Úlcera única en paladar blando.



Figura 2: Placas Blancas en dorso de lengua que no se desprenden al raspado con gasa.



Figuras 3. A.- Placa ulcerosa en carrillo derecho que no se desprende al raspado con gasa. **B.-** Úlcera en la punta de lengua.



El examen analítico dio como resultados:

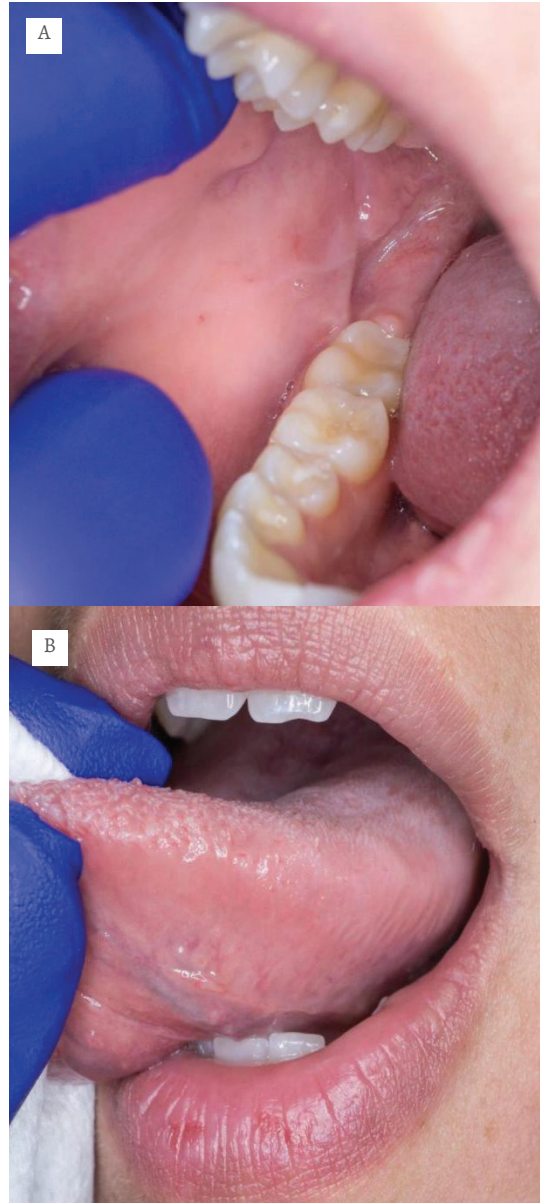
- VDRL: reactivo.
- VIH: no reactivo.

Este hallazgo es significativo considerando las características clínicas de las lesiones y la semiología que no es habitual en los casos de Sífilis. Se prescribe tratamiento para Sífilis, para lo cual se realizó interconsulta con medicina. Se administró penicilina G benzatínica 2.400.000 unidades internacionales (UI) intramuscular (IM). A los 14 días posttratamiento se revaloró a paciente observando notable mejoría (ver figuras 4 y 5) Se solicitó al paciente otros controles tanto clínicos y de laboratorio dando negatividad para *Treponema pallidum*.

Figuras 4.- A.- La úlcera en paladar ha desaparecido. B.- Se observa en que en el dorso de lengua las placas blanquecinas han desaparecido.



Figuras 5.- A.- La placa ulcerosa blanquecina en carrillo ha desaparecido. B.- Úlcera en punta de lengua sin evidencia de cicatriz.



DISCUSIÓN

La sífilis es una infección de transmisión sexual cuyo agente causal, *Treponema pallidum*, penetra típicamente a través de microabrasiones o de mucosas intactas y, tras el ingreso mucocutáneo, puede replicarse localmente y diseminarse por vía linfática hacia otros tejidos, dando lugar a las distintas fases clínicas (primaria, secundaria, latente y terciaria), cada una con manifestaciones orales características (úlceras/“chancro” en primaria; placas mucosas, pápulas y lesiones ulceradas múltiples en secundaria). (4,7, 8)

La infección se clasifica en adquirida (transmisión sexual por contacto directo con lesiones durante sexo oral/genital y, con mucha menor frecuencia, por transfusión) y congénita (transmisión vertical), ambas relevantes en la práctica clínica actual y en salud pública de las Américas por su incremento reciente. Además, la coinfección con VIH puede modificar el curso clínico y el riesgo de complicaciones, lo que justifica un tamizaje integral y la confirmación serológica con algoritmos diagnósticos actualizados^{2,4,9}.

La transmisión de la sífilis ocurre fundamentalmente por contacto directo con lesiones mucocutáneas infectadas durante relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección, así como por vía vertical de madre a hijo durante el embarazo¹. En particular, el sexo oral se ha identificado como una vía relevante de contagio de *Treponema pallidum*, pues las lesiones orales pueden funcionar como “puerta de entrada” o de salida de espiroquetas, lo cual justifica la inclusión de la cavidad oral en los protocolos de tamizaje y prevención⁷. Esta vía se vuelve aún más importante en el contexto actual de resurgimiento de la infección en las Américas, lo que exige reforzar el uso de barreras de protección, el tamizaje regular de Infección de transmisión sexual (ITS) y la educación específica sobre riesgos de transmisión en la práctica del sexo oral².

Estudios recientes en América Latina muestran que la prevalencia de Sífilis sigue siendo elevada en poblaciones clave. Por ejemplo, un análisis de 220 trabajadoras sexuales en Lima (Perú) halló una prevalencia de 7,3 % (IC 95 %: 4,2 %-11,5 %) mediante RPR, siendo la homosexualidad un factor de riesgo significativo (OR 19,6; IC 95 %: 4,8-80,0)¹⁰. Asimismo, una metaanálisis sobre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Latinoamérica estimó una prevalencia de sífilis de 10,6 % (IC 95 %: 8,5-12,9)¹¹. Estos datos subrayan la relevancia de incorporar la cavidad oral como zona de posible manifestación y transmisión, y motivan que los profesionales de salud bucal estén alertas ante lesiones orales atípicas. En Ecuador, un informe nacional del Ministerio de Salud Pública de Ecuador titulado Informe de prevalencia de VIH e ITS – TS 2021, se reporta que en población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans y trabajadoras sexuales en Ecuador la prevalencia de sífilis es del 18,99 % (IC 95 %: 16 %-21 %)¹².

La sífilis oral continúa representando un reto diagnóstico en la práctica clínica por su heterogeneidad fenotípica. Su denominación como “la gran imitadora” se justifica porque

puede simular aftas, candidiasis, liquen plano, leucoplasia e incluso neoplasias malignas⁷. En la revisión sistemática de Zhou y colaboradores, que incluyó 95 estudios con 145 casos, la lengua fue el sitio más afectado (37,5 %), seguida por labios (29,5 %), paladar (19,3 %) y mucosa yugal (6,8 %). Los patrones clínicos variaron según el estadio: úlcera solitaria indurada en fase primaria y placas mucosas o parches blanquecinos en secundaria. Estos hallazgos coinciden con las manifestaciones observadas en el presente caso, lo que refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha en Estomatología.

Un estudio reportará seis casos de sífilis oral diagnosticados entre 2016 y 2023, de los cuales cinco correspondieron a la fase secundaria; en todos, la apariencia “benigna” o aislada de la lesión retrasó el diagnóstico inicial¹³. Asimismo, se han descrito presentaciones que se asemejan a un tumor, por ejemplo, en un estudio documentaron un nódulo ulcerado de 3 cm en labio inferior inicialmente interpretado como carcinoma, lo que resalta la importancia de la serología confirmatoria y, en casos atípicos, de la histopatología e inmunohistoquímica para *Treponema pallidum*¹⁴. Estas observaciones justifican que la sífilis forme parte rutinaria del diagnóstico diferencial de lesiones orales persistentes.

Respecto al diagnóstico, las guías actuales recomiendan un enfoque serológico combinado que consten de pruebas no treponémicas como VDRL o RPR (informadas como “reactivo/no reactivo” y con títulos cuantitativos para seguimiento) seguidas de confirmación con pruebas treponémicas (FTA-ABS, TPPA, EIA/CIA)^{4,9}. Cada vez más laboratorios implementan el algoritmo inverso (tamizaje inicial con prueba treponémica automatizada seguido de la segunda prueba treponémica si es necesario), lo que disminuye el riesgo de falsos negativos en fases tempranas y permite distinguir infecciones activas de previas. Además innovaciones recientes como el tamizaje en fluido oral o pruebas rápidas han mostrado sensibilidades y especificidades aceptables para cribado (mayor al 95%), aunque siempre requieren confirmación con algoritmos estándar¹⁵. En los casos de lesiones atípicas o tumoriformes, la biopsia con inmunohistoquímica o TP-PCR en hisopados de lesión puede resultar decisiva.

En lo que respecta al tratamiento, el estándar continúa siendo la penicilina G benzatínica en dosis única de 2,4 millones de Unidades Internacionales, por vía Intramuscular para sífilis primaria, secundaria o latente temprana.

na^{1,4}. Un ensayo clínico multicéntrico y aleatorizado publicado en 2025 confirmó que la administración de una sola dosis es no inferior a tres dosis semanales en cuanto a la respuesta serológica a los 6 meses, sin diferencias en la tasa de recaídas clínicas ni en el perfil de seguridad, incluso en subgrupos de pacientes con VIH, independientemente del recuento de CD4¹⁶. Estos hallazgos se alinean con las recomendaciones de las principales guías internacionales, incluyendo las del CDC y el HHS de EE. UU., que no recomiendan dosis adicionales en la sífilis temprana, ni siquiera en personas con VIH¹⁷.

El odontólogo desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y manejo de la sífilis con manifestaciones bucales, dada la frecuencia con la que las lesiones orales pueden ser la primera o única manifestación clínica, especialmente en los estadios primario y secundario de la enfermedad. La sífilis oral suele presentarse con lesiones que imitan otras patologías, como placas mucosas, úlceras, máculas eritematosas, áreas de depapilación lingual y lesiones blanquecinas o grisáceas, lo que puede dificultar el diagnóstico diferencial. Por ello, el odontólogo debe mantener un alto índice de sospecha ante lesiones orales atípicas, dolorosas o multifocales, especialmente en pacientes jóvenes o con factores de riesgo epidemiológico^{4,13,14}.

En cuanto al tratamiento, el odontólogo no administra directamente la terapia antibiótica específica, pero tiene la responsabilidad de derivar al paciente a medicina (infectología o medicina interna) para la instauración del tratamiento estándar, que consiste en penicilina benzatínica intramuscular, siguiendo las guías internacionales. Además, el Odontólogo debe informar al paciente sobre la naturaleza transmisible de la enfermedad, la importancia de la notificación y el rastreo de contactos, y colaborar en la educación para la prevención

de infecciones de transmisión sexual^{3,4,14,18,19}.

La literatura destaca la necesidad de mejorar la formación y la conciencia de los Odontólogos sobre la sífilis oral, dado el aumento de su incidencia y el riesgo de subdiagnóstico, lo que puede perpetuar la cadena de transmisión y favorecer complicaciones sistémicas¹⁹.

CONCLUSIONES

La sífilis oral representa un reto diagnóstico significativo debido a la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas y su capacidad de simular múltiples enfermedades orales, lo que justifica su denominación como la gran imitadora. La literatura reciente confirma que la lengua, labios y paladar son los sitios frecuentemente afectados en sífilis temprana, con un espectro que va desde úlceras solitarias en fase primaria hasta placas blanquecinas en la sífilis secundaria.

El presente caso resalta la importancia de la sospecha clínica temprana por parte de los profesionales de la salud bucal, quienes suelen ser el primer punto de contacto en pacientes que consultan por lesiones orales. La confirmación serológica mediante algoritmos diagnósticos actuales, incluido el algoritmo inverso recomendado por las guías actuales y la rápida respuesta al tratamiento con penicilina G benzatínica refuerzan la pertinencia de integrar estos protocolos en la práctica odontológica.

En el contexto epidemiológico actual, donde la OPS reporta un incremento sostenido de casos de sífilis en las Américas y en Ecuador se registran tasas relevantes tanto en poblaciones clave como en sífilis congénita, la identificación de manifestaciones orales cobra especial relevancia. Reconocerlas puede contribuir a reducir el retraso diagnóstico, limitar la transmisión y mejorar la salud pública regional.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. (2025, mayo 29). Syphilis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
2. OPS. (2024). Syphilis cases increase in the Americas. <https://www.paho.org/en/news/22-5-2024-syphilis-cases-increase-americas>
3. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Poto M, Patel R. European guideline on the management of syphilis Conflicts of interest. (2020). <https://doi.org/10.1111/jdv.16946>
4. Leonardi N, Panico RL, Caciva R. Sífilis, la gran simuladora. Reporte de un caso. *Rev Odont Mex.* 2020; 24 (1): 59-65
5. Gabriela Fonseca Rocha, Ana Cláudia Oliveira Telles, Larissa Doalla de Almeida e Silva, Herberth Campos Silva, Cássio Roberto Rocha dos Santos, Evânio Vilela Silva, Jorge Esquiche León, Ana Terezin-

- ha Marques Mesquita.** Sífilis Primária Intraoral Mimetizando Doença Linfoproliferativa. R. CROMG BELO HORIZONTE V. 22 SUPL.4 ANAIS DO 2º CIOD 2023
6. **Norberto Sugaya, Dante Migliari.** Secondary oral syphilis presenting as a tumor-like lesion on the lower lip. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 2024;66:e6
 7. **van Staden SM, de Villiers C, Alwan J, Moloi M, Mahlangu S.** Oral Manifestations of Syphilis: Report of Four Cases. *Pathogens* 2022, Vol. 11, Page 612, 11(6), 612. <https://doi.org/10.3390/PATHOGENS11060612>
 8. **Zhou X, Wu MZ, Jiang TT, Chen XS.** Oral Manifestations of Early Syphilis in Adults: A Systematic Review of Case Reports and Series. *Sexually Transmitted Diseases,* (2021). 48(12), E209–E214. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001538>
 9. **Sankaran D, Partridge E, Lakshminrusimha S.** Congenital Syphilis—An Illustrative Review. *Children* 2023, Vol. 10, Page 1310, 10(8), 1310. <https://doi.org/10.3390/CHILDREN10081310>
 10. Papp JR, Park IU, Fakile Y, Pereira L, Pillay A, Bolan GA. CDC Laboratory Recommendations for Syphilis Testing, United States, 2024. *MMWR. Recommendations and Reports,* (2024). 73(1), 1–32. <https://doi.org/10.15585/MMWR.RR7301A1>
 11. **Huamani-Chavez V, Rueda-Torres L, Ormeño-Delgado L, Li J, Rosales-Rimache J.** Syphilis seroprevalence and associated factors: A cross-sectional study in formal female sex workers in a province of Peru. *Medicine (United States),* (2024). 103(15), E37774. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037774>
 12. **de Lima Morais TM, Kitakawa D, da Silva Peralta F, Gonzales S, e Silva de Carvalho LFC.** Secondary syphilis in oral cavity: Case report and literature review. *Int J Case Rep Images* 2022;13(2):226–229
 13. **Yuri de Lima Medeiros, Maria Emília Mota, Daniel Amaral Alves Marlière.** Multifocal white plaques on the tongue: isolated oral manifestation of secondary syphilis. *Wien Klin Wochenschr.* <https://doi.org/10.1007/s00508-025-02515-9>
 14. **Maloney B, Healy CM.** Oral syphilis - the great imitator: a series of six cases. *British Dental Journal,* (2024). 237(7), 543. <https://doi.org/10.1038/S41415-024-7891-9>
 15. **Piemonte ED, Molina Ávila IJ, Pimentel Solá JM, Gilligan GM, Lazos JP, Leonardi N, Panico RL.** Manifestaciones gingivales de sífilis secundaria. Serie de casos. *Rev Asoc Odontol Argent* 2023;111:e1111232. <https://doi.org/10.52979/raoa.1111232.1234>
 16. **Bilhalva B, Dura N, Lapi Corradi ML, Locatelli Lencina ML.** Manifestaciones orales de la sífilis secundaria. *Salud Mil [Internet].* 8 de octubre de 2024 [citado DD de MM de AAAA];43(2):e501. Disponible en: <https://revistasaludmilitar.uy/ojs/index.php/Rsm/article/view/435>. DOI: 10.35954/SM2024.43.2.6.e501.
 17. **Cuellar-Díaz Aylen, Moreno-Sierra Evelyn, Barraza-Sánchez Brenda Elizabeth.** Manifestaciones clínicas de sífilis en la cavidad oral y su importancia para el manejo de pacientes en la práctica clínica de estudiantes de odontología. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.* (2024). Vol. 13, No. 25 53-58. DOI: <https://doi.org/10.29057/icsa.v13i25.13921>
 18. **Mauceri R; Coppini M; Cascio A; Trizzino M; Crivello V; Florena AM; Campisi G.** Oral Secondary Syphilis in an HIV-Positive Transgender Patient: A Case Report and Review of the Literature. *Dent. J.* 2023, 11, 231. <https://doi.org/10.3390/dj11100231>
 19. **Sugaya N, Migliari D.** Secondary oral syphilis presenting as a tumor-like lesion on the lower lip. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo,* (2024). 66, e6. <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202466006>

COMO CITAR

Guevara Cabrera O, Guevara Cabrera F, Guevara Cabrera J, Gerber Mora R. Sífilis Oral, a propósito de un Caso Clínico. *ODONTOLOGÍA.* 12 de diciembre de 2025; 27(Especial (3)):133-9. Disponible en: <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/9058>