



DECLARACIÓN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA SOBRE LAS CAUSAS DEL INCREMENTO DE LA SÍFILIS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, provocada por el *Treponema pallidum* (Tp), que se contrae habitualmente a través de la piel o las mucosas, por contacto sexual no protegido. Se trata de una enfermedad generalizada desde el comienzo, que sigue un curso cónico, en el que alternan períodos de exacerbación clínica con etapas de latencia clínica. No existe inmunidad natural ni deja inmunidad. No es hereditaria pero sí transmisible a la descendencia por vía transplacentaria, a partir del 4to mes del embarazo (sífilis congénita). En su curso evolutivo se consideran dos etapas fundamentales y claramente diferentes: precoz o temprana (períodos primario y secundario) y tardía. Despues del chancre primario y de las manifestaciones clínicas del secundarismo, la sífilis se oculta y parece clínicamente curada, comenzando la etapa de latencia. En la práctica, la denominación de sífilis latente o serológica corresponde a los casos en que se descubren reacciones inespecíficas y treponémicas positivas en el transcurso de un examen clínico, sin que existan manifestaciones de sífilis actual o pasada. Es una eventualidad frecuente cuando se realizan las pruebas diagnósticas en forma rutinaria.

Las estadísticas mundiales demuestran, sin lugar a dudas, que en los últimos años la sífilis ha experimentado un nuevo aumento en su incidencia que, además de alarmante, es progresivo. El incremento comprende fundamentalmente a la denominada etapa precoz o temprana de la enfermedad (sífilis primaria, secundaria y latente). El fenómeno no respeta países ni clases sociales, pero se observa un hecho trascendente y que es importante señalar: ciertas características y formas de presentación clínica de la enfermedad han cambiado. La primoinfección o chancre de inoculación o chancre sifilítico, en el sitio de ingreso del Tp, se presenta con frecuencia con ciertos aspectos semiológicos que en nada se asemejan a las descripciones clásicas y en muchas ocasiones falta (sífilis decapitada). El secundarismo, de por sí caracterizado por su gran polimorfismo lesional y clínico, muestra modificaciones asociadas con tratamientos previos, en especial la antibioticoterapia. La sífilis tardía, en especial la neurológica, ha adelantado y modificado sus formas de presentación y puede observarse entre 2 a 5 años después del chancre, en especial en pacientes VIH positivos u otros inmunocomprometidos, con compromiso fundamentalmente meníngeo o meningovascular, que requieren un adecuado algoritmo de diagnóstico, además de la sospecha clínica.

¿Cuáles son los motivos que han promovido el repunte de la enfermedad? Aquí deberíamos considerar varios aspectos. En primer lugar, aquellas causas atribuibles a los pacientes:

1. Comienzo de la actividad sexual en etapas cada vez más precoces de la vida.
2. Desconocimiento de las formas de transmisión de la enfermedad y de sus rasgos clínicos fundamentales.
3. Ausencia de las elementales normas de higiene al término del contacto sexual. Es posible que un buen lavado con jabón del área genital, inmediatamente después del acto sexual, posea un considerable valor preventivo.
4. El empleo de anticonceptivos orales para evitar el embarazo es cada vez más frecuente y a edades más precoces.
5. La pérdida del temor al embarazo ha llevado a una marcada reducción en el uso del preservativo, el mejor método de barrera para evitar esta y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
6. La costumbre, cada vez más común, de autorrecetarse antibióticos de amplio espectro, que al ser ingeridos durante el período de incubación de la sífilis evitan la aparición de la lesión primaria y retrasan y modifican las manifestaciones clínicas del secundarismo.
7. El abandono de la consulta una vez desaparecido el chancre luego de algunas semanas de su aparición, por considerar que la enfermedad se ha curado definitivamente.
8. El uso de la profilaxis pre-exposición para el VIH (PrEP) como única estrategia preventiva en algunas personas, lleva a la idea errónea que lo único de lo que hay que protegerse es del VIH.

Entre los motivos atribuibles a los médicos, es posible citar:

1. Falta de sospecha del diagnóstico, en especial, ante la presencia de chancros extragenitales. Un 20% a 30% de los chancros sifilíticos tienen ubicación fuera de los genitales, siendo la región anal y perianal y la cavidad bucal, los sitios más frecuentes de localización.
2. La localización del chancre en el cuello uterino, sitio de compromiso frecuente, que requiere un adecuado examen semiológico para su visualización, lo que puede retrasar el diagnóstico.
3. El concepto erróneo frecuente de las lesiones intraorales erosivas del secundarismo que se consideran como aftas o anginas.
4. Confundir la lesión inicial del secundarismo luético y la única no transmisible, la roséola sifilítica, con exantemas de otras etiologías.
5. Tratar las uretritis gonocócicas y no gonocócicas con antibióticos de amplio espectro, sin confirmación microbiológica del diagnóstico.
6. No realizar de manera sistemática las pruebas serológicas en cada trimestre de la gestación.
7. No efectuar un adecuado control de foco epidemiológico, con evaluación de los contactos (parejas sexuales).

8. Divulgación y conocimiento entre los odontólogos de las características más frecuentes de la sífilis de la cavidad bucal (a veces la única manifestación de la enfermedad).

Entre las causas atribuibles al diagnóstico, se pueden incluir:

1. Desconocer la importancia de la técnica del examen de microscopía de fondo oscuro (FO), realizable en lesiones primarias y secundarias.
2. El examen de FO debe reiterarse si fuera necesario, en especial en aquellas personas que han sometido a la lesión a tratamientos tópicos, pomadas o baños con antisépticos.
3. El aumento de sífilis va unido al incremento de infecciones por VIH. En la actualidad pueden emplearse pruebas rápidas para el diagnóstico de ambas infecciones.
4. Siempre es aconsejable tomar sangre para las pruebas serológicas específicas e inespecíficas, en especial la VDRL, que es cuantitativa y que permitirá controlar la evolución del paciente una vez completado el tratamiento, así como diagnosticar las reinfecciones.

El incremento de casos de sífilis en Argentina no es un fenómeno aislado ni repentino, sino la consolidación de una tendencia que se arrastra desde hace más de una década. Los registros oficiales muestran un aumento sostenido desde 2011, acelerado especialmente a partir de 2015.

En Argentina se han registrado 39.917 casos de sífilis en 2024 y 36.702 en las primeras 44 semanas de 2025, lo que representa un aumento alarmante en la incidencia de esta enfermedad de transmisión sexual. Esto representa un aumento del 38.5 % en comparación con 2022 y un 20.5 %, en comparación con el mismo período del año anterior. El incremento es de casi el 70 % en los últimos dos años. Las tasas, más elevadas corresponden al grupo de 20 a 24 años y de 25 a 29 años, donde la mayor cantidad de casos fueron registrados en mujeres.

También se observan cifras preocupantes en relación con los casos de sífilis congénita. En 2022 se notificaron 696 casos de sífilis congénita. La tasa de incidencia nacional es 1.3 por 1000 nacidos vivos.

Conclusión: el incremento de los casos de sífilis en la última década es un hecho incontrovertible. La eficacia, así como las dosis del tratamiento con penicilina es admitida de forma unánime. El diagnóstico precoz y el tratamiento con penicilina, para la que no se ha hallado resistencia, es un componente clave del control de esta enfermedad.

Declaración de ANM aprobada ad referéndum del Consejo de Administración del 28 de enero de 2026.