

CERRANDO LA BRECHA EN LA SÍFILIS GESTACIONAL: DESDE EL CRIBADO HASTA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN CONGÉNITA

CLOSING THE GAP IN GESTATIONAL SYPHILIS: FROM SCREENING TO PREVENTION OF CONGENITAL TRANSMISSION

María Victoria Figueroa Ramírez¹, Álvaro Eduardo Uribe Gil²

Recibido: 15 Mayo de 2026

Aprobado: 15 Junio de 2026

Resumen

La sífilis gestacional continúa siendo un problema de salud pública a pesar de contar con diagnóstico y tratamiento efectivos y de bajo costo. Es considerada una enfermedad reemergente, causada por *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), esta infección puede transmitirse al feto y dar origen a la sífilis congénita, responsable de abortos, muerte neonatal, parto pretérmino y secuelas neurológicas. A nivel mundial, se estima que 7 de cada 1000 embarazadas presentan la infección, con más de 200 mil muertes neonatales anuales, en Colombia, y particularmente en Norte de Santander, las tasas se han mantenido altas entre 2016 y 2021, lo que evidencia fallas en el acceso y seguimiento del control prenatal. La mayoría de las gestantes se encuentran en fase latente y asintomática, por lo que el diagnóstico depende de pruebas serológicas treponémicas y no treponémicas. El tratamiento de elección es la penicilina G benzatínica, aplicada según el estadio de la enfermedad; Este artículo de revisión analiza la evidencia actual sobre epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y manejo de la sífilis gestacional, con el fin de ofrecer una herramienta práctica para el abordaje integral del binomio madre-hijo y reducir la transmisión vertical.

Palabras clave: *Sífilis gestacional; sífilis congénita; Cribado prenatal; Treponema pallidum; Transmisión vertical; Salud materna; Penicilina de benzatina; Colombia*

Summary

Gestational syphilis continues to be a public health problem despite effective and low-cost diagnosis and treatment. It is considered a re-emerging disease, caused by *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), this infection can be transmitted to the fetus and give rise to congenital syphilis, responsible for abortions, neonatal death, preterm delivery and

Cómo citar este artículo: Figueroa Ramírez MV, Uribe Gil AE. Cerrando la brecha en la sífilis gestacional: desde el cribado hasta la prevención de la transmisión congénita, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4): 114-124. Octubre 2026, ISSN 2981-5800



neurological sequelae. Worldwide, it is estimated that 7 out of every 1000 pregnant women have the infection, with more than 200 thousand neonatal deaths per year, in Colombia, and particularly in Norte de Santander, the rates have remained high between 2016 and 2021, which shows failures in access and follow-up of prenatal control. Most pregnant women are in the latent and asymptomatic phase, so the diagnosis depends on treponemal and non-treponemal serological tests (Stafford et al., 2024). The treatment of choice is benzathine penicillin G, applied according to the stage of the disease; This review article analyzes the current evidence on epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and management of gestational syphilis, in order to offer a practical tool for the comprehensive approach to the mother-child binomial and reduce vertical transmission.

Keywords: *Gestational syphilis; congenital syphilis; Prenatal screening; Treponema pallidum; Vertical transmission; Maternal health; Benzathine penicillin; Colombia*

Introducción

Aunque conocemos la sífilis desde hace más de 500 años y contamos con un tratamiento barato y efectivo, sigue siendo una amenaza real para los embarazos en todo el mundo. Cuando una mujer embarazada se infecta con *T. pallidum*, no solo arriesga su propia salud, sino que abre la puerta a la sífilis congénita en su bebé (Leslie & Vaidya, 2026). Lo contradictorio es que mientras entendemos mejor cómo esta bacteria se mueve por el cuerpo, las cifras de contagio han vuelto a subir (WHO, 2025). Parte del problema está en el manejo de las parejas sexuales y en las barreras para acceder a un control prenatal

temprano (Norwitz & Hicks, 2025). Por eso la sífilis gestacional es un evento de notificación obligatoria: no basta con dar el antibiótico, hay que entender cómo se diagnostica y se sigue a tiempo para evitar desenlaces adversos en madre e hijo (Williams, 2026).

La sífilis gestacional y congénita ha resurgido como un problema de salud pública en diversos contextos a nivel mundial (Current, ed 12). A pesar de contar con estrategias diagnósticas y terapéuticas efectivas, se ha observado un incremento en la notificación de casos en los últimos años. En Colombia, la incidencia de sífilis congénita aumentó de 180 casos en 1996 a 1.001 en 2018, mientras que la sífilis gestacional mostró una tendencia ascendente entre 2016 y 2021 (INS, 2026). A nivel regional, la Organización Panamericana de la Salud reportó 30.071 casos de sífilis congénita en las Américas durante 2021, evidenciando un recrudecimiento en varios países tras la pandemia de COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). De manera similar, en Estados Unidos los casos de sífilis congénita se incrementaron en 261% entre 2013 y 2018, alcanzando en 2021 la tasa más alta registrada en los últimos 30 años (Eppes et al., 2022; Stafford et al., 2024). Este resurgimiento

Cómo citar este artículo: Figueroa Ramírez MV, Uribe Gil AE. Cerrando la brecha en la sífilis gestacional: desde el cribado hasta la prevención de la transmisión congénita, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4): 114-124. Octubre 2026, ISSN 2981-5800



se ha asociado a limitaciones en el acceso y la oportunidad del tamizaje prenatal, al tratamiento insuficiente de la pareja sexual, a las barreras en la atención prenatal y a la ocurrencia de reinfecciones durante la gestación.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura con el objetivo de sintetizar la evidencia actual sobre epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y prevención de la sífilis gestacional y su transmisión congénita. La elaboración del manuscrito siguió las recomendaciones de la escala SANRA (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles), utilizada para mejorar la calidad metodológica y la transparencia de las revisiones narrativas. Ver gráfico No.1.

Estrategia de búsqueda: La búsqueda bibliográfica se efectuó entre marzo y mayo de 2026 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Embase y Google Scholar. Adicionalmente, se consultaron documentos técnicos y guías de práctica clínica de organismos internacionales y nacionales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Se utilizaron términos controlados MeSH y palabras clave libres combinadas en: ("Gestational Syphilis" OR "Maternal Syphilis") AND ("Congenital Syphilis" OR "Vertical Transmission") AND ("Pregnancy" OR "Prenatal Screening").

Criterios de inclusión: Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas; Publicaciones en inglés o español; Estudios publicados entre enero de 2015 y mayo de 2026; Investigaciones relacionadas con epidemiología, diagnóstico, tamizaje prenatal, tratamiento, seguimiento y prevención de la sífilis gestacional y congénita y finalmente documentos de organismos internacionales y autoridades sanitarias reconocidas.

Criterios de exclusión: Se excluyeron estudios realizados exclusivamente en población no gestante, reportes de caso aislados sin relevancia para los objetivos de la revisión, cartas al editor, editoriales y resúmenes de congresos sin texto completo disponible, Publicaciones duplicadas entre bases de datos y artículos sin revisión por pares, excepto documentos normativos oficiales.

Selección y síntesis de la evidencia: Los títulos y resúmenes recuperados fueron evaluados inicialmente para determinar su pertinencia. Posteriormente se realizó lectura a texto completo de los artículos potencialmente elegibles. La información seleccionada fue organizada en categorías temáticas relacionadas con

Cómo citar este artículo: Figueroa Ramírez MV, Uribe Gil AE. Cerrando la brecha en la sífilis gestacional: desde el cribado hasta la prevención de la transmisión congénita, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4): 114-124. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

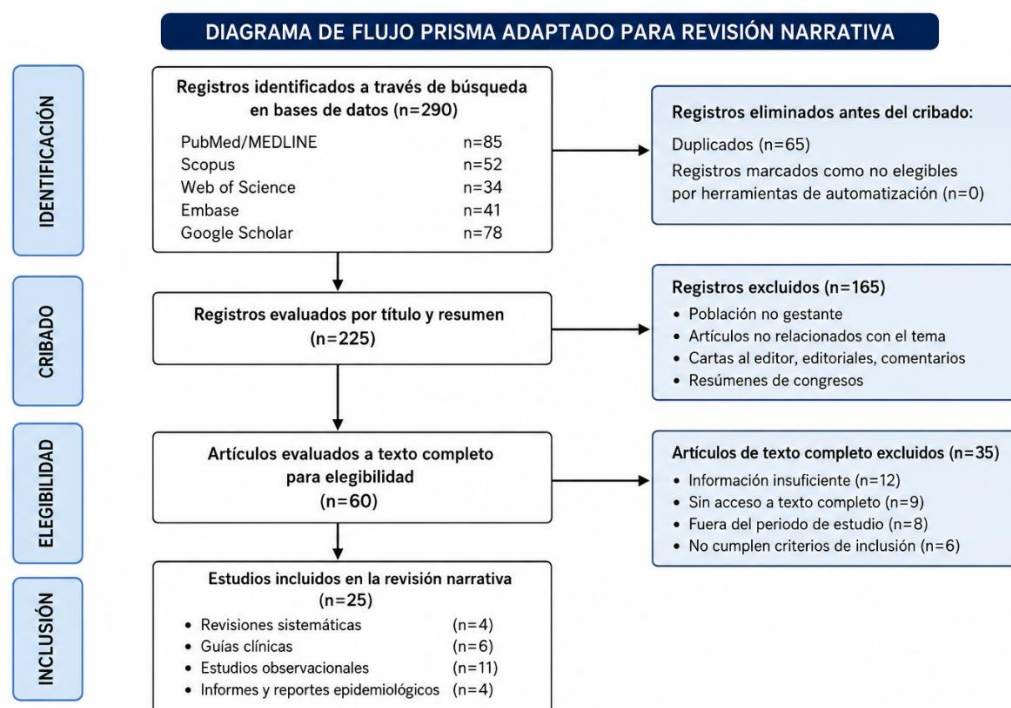


epidemiología, mecanismos de transmisión, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico serológico, tratamiento, seguimiento y prevención de la transmisión materno-fetal.

Debido al carácter narrativo de la revisión y a la heterogeneidad

metodológica de los estudios incluidos, no se realizó metaanálisis cuantitativo. La síntesis de la evidencia se desarrolló de forma descriptiva e interpretativa, enfatizando los hallazgos con mayor relevancia clínica y epidemiológica para el contexto latinoamericano y colombiano. Ver tabla No.1.

Gráfico No.1 Diagrama de flujo adaptado para revisión narrativa



Nota: Adaptado de Page MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.

Fuente: Autores.

Análisis y resultados

¿Qué es y por qué importa? La sífilis gestacional es una infección causada por una bacteria, el *T. pallidum*, que se presenta durante el embarazo, aborto, parto o puerperio inmediato (Ministerio de Salud y Protección Social

Cómo citar este artículo: Figueroa Ramírez MV, Uribe Gil AE. Cerrando la brecha en la sífilis gestacional: desde el cribado hasta la prevención de la transmisión congénita, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4): 114-124. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

[MINSALUD & UNFPA, 2014]). El *T. pallidum* es de gran relevancia médica y su estudio resulta fundamental no solo por el impacto clínico que genera, sino también por las particularidades biológicas que la convierten en un microorganismo especial. (Eppes et al., 2022). Pertenece al grupo de las

espiroquetas, bacterias con forma helicoidal que se desplazan mediante un movimiento ondulante gracias a la presencia de Endo flagelos de extremo a extremo. Esta morfología le confiere una gran capacidad de penetración en los tejidos humanos y entra fácilmente por mucosas y se disemina por sangre y linfa en pocas horas (Norwitz & Hicks, 2025). Es un microorganismo extremadamente delicado: no sobrevive fácilmente fuera del huésped y no puede cultivarse en medios artificiales convencionales, lo que ha dificultado su estudio en laboratorio. (Current, ed 12).

Mecanismo de transmisión: La vía principal de transmisión es sexual, a través del contacto directo con lesiones activas. También puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo, lo que se conoce como sífilis congénita. La espiroqueta puede atravesar la placenta e infectar al feto desde la sexta semana de gestación, pero las manifestaciones clínicas no aparecen hasta después de la decimosexta semana. El sistema inmunológico fetal madura y puede responder a la espiroqueta, pero es la reacción inmunitaria a la infección la responsable de la destrucción del tejido en lugar de la lesión directa de la espiroqueta (Current, ed 12).). En menor medida, puede adquirirse por transfusiones de sangre contaminada, aunque esta forma es actualmente muy rara gracias a los controles sanitarios. (Eppes et al., 2022)

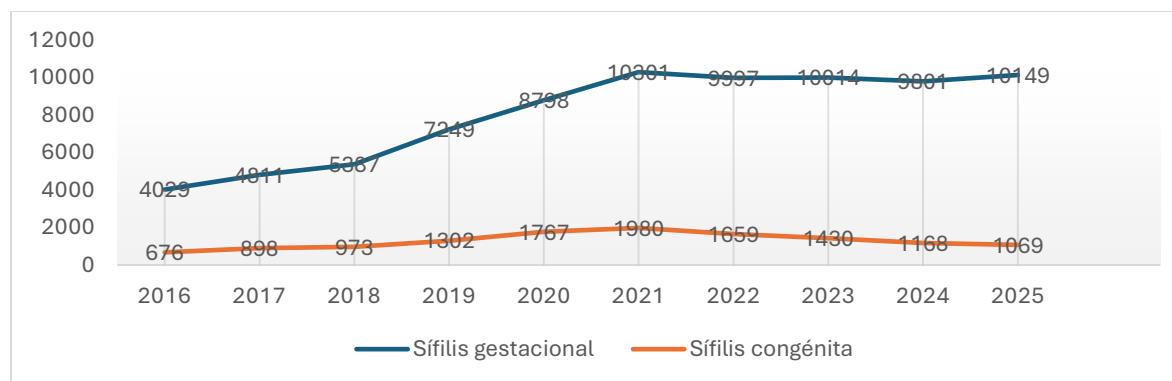
Factores de riesgo: Diversos son los factores de riesgo, entre ellos: práctica sexual de alto riesgo, actividad comercial sexual, inicio de vida sexual temprana, presencia de VIH/SIDA, promiscuidad sexual, consumo de drogas ilícitas y alcohol, presencia de otras ETS, compañero sexual con ETS, ausencia, insuficientes o inadecuados controles prenatales, el vivir en zonas de alta prevalencia (situación de calle o encarcelamiento) (Villamizar et al., 2025).

Prevalencia en Colombia y Norte de Santander: La OMS calcula que en 2022 hubo 8 millones de casos nuevos en adultos de 15 a 49 años (WHO, 2025). En embarazadas sin tratamiento adecuado, el riesgo resultados obstétricos adversos llega al 50-80% (Leslie & Vaidya, 2026). En Colombia y Norte de Santander los datos muestran un aumento entre 2016 y 2021, con una meseta alta y sostenida posteriormente (INS, 2026).

En el cuadro 1 se observa los casos de sífilis gestacional y sífilis congénita presentados en Colombia entre los años 2016 a 2025. El acumulado de casos nuevos hasta la semana epidemiológica 20 del 2026 (cobija entre 1 de enero al 23 de mayo), son 4350 de sífilis gestacional y 357 de sífilis congénita (INS 2016 – 2026).

Cuadro 1: Sífilis gestacional y congénita Casos de prevalencia en Colombia

Cómo citar este artículo: Figueroa Ramírez MV, Uribe Gil AE. Cerrando la brecha en la sífilis gestacional: desde el cribado hasta la prevención de la transmisión congénita, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4): 114-124. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

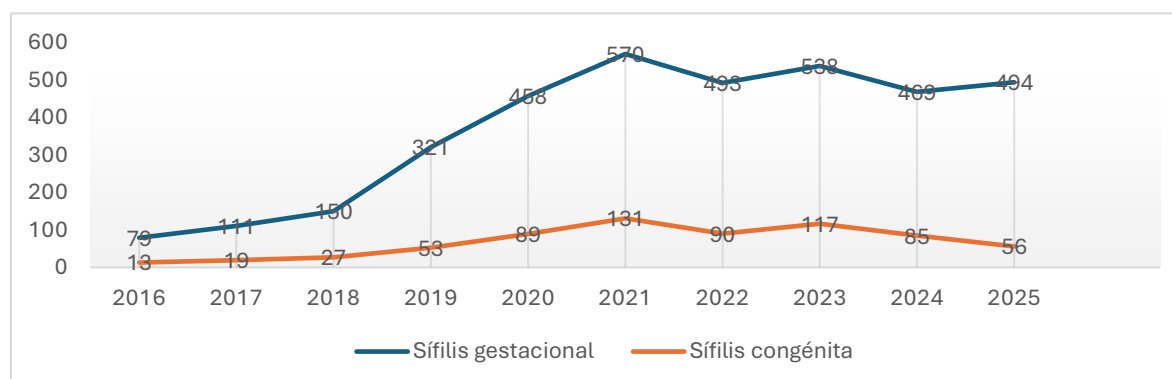


Autoría propia: Uribe Gil, A y Figueroa Ramírez MV / (INS 2016 – 2025)

Por su parte, en el cuadro 2 se observa los casos de sífilis gestacional y sífilis congénita presentados en el departamento Norte de Santander de los años 2016 a 2025. El acumulado de

casos nuevos hasta la semana epidemiológica 20 del 2026 (cobija entre 1 de enero al 23 de mayo), son 195 de sífilis gestacional y 10 de sífilis congénita (INS 2016 – 2026)

Cuadro 2: Sífilis gestacional y congénita Casos de prevalencia en Norte de Santander



Autoría propia: Uribe Gil, A y Figueroa Ramírez MV / (INS 2016 – 2025)

Manifestaciones en la gestante: La mayoría de las mujeres embarazadas con sífilis no tienen síntomas porque están en fase latente cuando llegan al control prenatal (Stafford et al., 2024). Cuando hay manifestaciones, dependen del estadio (Syphilis,2021).

Sífilis primaria: aparece un chancro único, indoloro, de fondo limpio sin pus significativo, Borde elevado y firme, generalmente en genitales, ano o boca (Norwitz & Hicks, 2025). Resuelve solo (de 2 a 8 semanas)

Sífilis secundaria: tras la diseminación las espiroquetas por sangre aparecen

Cómo citar este artículo: Figueroa Ramírez MV, Uribe Gil AE. Cerrando la brecha en la sífilis gestacional: desde el cribado hasta la prevención de la transmisión congénita, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4): 114-124. Octubre 2026, ISSN 2981-5800

fiebre baja, malestar, cefalea, mialgias y un exantema maculopapular difusa, lesiones tipo diana que afecta palmas y plantas, alopecia en parches, parches mucosos o condilomas lata (Stafford et al., 2024). Estas manifestaciones se presentan de 4 a 10 semanas después del chancro

Sífilis latente y tardía: subclínica, pero con serología positiva. Por lo general adquirida en los 12 meses anteriores. El riesgo de transmisión al feto baja con el tiempo, pero nunca desaparece por completo (ACOG, 2024).

Diagnóstico: serología es la clave; No hay una prueba directa de rutina. El diagnóstico se hace con serología (Stafford et al., 2024). Se recomienda el algoritmo inverso: empezar con prueba treponémica por su alta sensibilidad como la prueba rápida treponémica (PRT), y confirmar con una no treponémica cuantitativa como VDRL o RPR (ACOG, 2024).

Los test no treponémicos (VDRL, RPR) permiten detectar anticuerpos inespecíficos, (anticuerpos tipo Ig G e Ig M, que la paciente formó contra la cardiolipina) mientras que los treponémicos (FTA-ABS, TPHA) confirman la infección (miden anticuerpos específicos que la paciente formó contra el *T. pallidum*). La combinación de ambos es esencial para establecer el estado clínico del paciente (Williams, 2026).

Tratamiento y seguimiento: La penicilina G benzatínica sigue siendo el único tratamiento que previene la transmisión vertical de forma segura (MINSALUD & UNFPA, 2014; MINSALUD, 2018). Para sífilis temprana se usa dosis única de 2.4 millones UI IM; para sífilis de duración desconocida o tardía, 2.4 millones UI IM una vez por semana por 3 semanas (ACOG, 2024). Si hay alergia a penicilina, se debe hacer desensibilización en la gestante. Posteriormente se debe aplicar penicilina G benzatínica (Norwitz & Hicks, 2025). La pareja o parejas sexuales deben tratarse al mismo tiempo con penicilina G benzatínica y deben evitar relaciones sexuales hasta 7 días después de completar el tratamiento de ambos (Stafford et al., 2024), no necesita realizar pruebas confirmatorias y en caso de alergia a la penicilina se debe administrar doxiciclina 100 MG vía oral cada 12 horas por 14 días (MINSALUD & INS, 2015). Para evaluar respuesta, los títulos de RPR/VDRL deben bajar al menos 4 veces (ACOG, 2024). Ver tabla No.2.

Complicaciones: La transmisión al feto puede causar aborto espontáneo, parto pretérmino, restricción de crecimiento, polihidramnios, anemia, hepatomegalia, hidropesía no inmune y muerte perinatal, anomalías congénitas (Leslie & Vaidya, 2026). En sífilis temprana no tratada, la transmisión llega al 100% (WHO, 2025). Las tasas de muerte fetal intrauterina oscilan entre el 10 y el 35%

El riesgo de sífilis congénita aumenta con adquirir la infección al final del embarazo, recibir el tratamiento en periodo menor a 30 días antes del parto, recibir tratamiento inadecuado de la madre, la falta de pruebas serológicas prenatales

Los fetos con infecciones congénitas pueden presentar: hepatoesplenomegalia, ascitis, polihidramnios, engrosamiento placentario, hidropesía (Elimination, 2016)

Conclusión

La sífilis gestacional es prevenible, diagnosticable y tratable. Se considera una enfermedad reemergente. La persistencia en cifras altas habla más de fallas en el acceso y seguimiento que de falta de herramientas médicas. Requiere un enfoque integral: tamizaje temprano en el primer control prenatal, repetirlo en el tercer trimestre, tratar a la pareja(s) adecuadamente, y hacer seguimiento estricto con serología.

Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). Screening for syphilis in pregnancy. ACOG.
2. Current Diagnosis and Treatment - Obstetrics and Gynecology, 12e, Chapter 15: Congenital Fetal Infections / Unzila Nayeri; Stephen F. Thung - Access Medicine.

3. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. UpToDate 2016 ISBN: 978-92-75-11955-6

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34074>.

4. Eppes, C. S., Stafford, I., & Rac, M. (2022). Syphilis in pregnancy: An ongoing public health threat. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 227(6), 822–838. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.041>.

5. Instituto Nacional de Salud. (2026). Boletín Epidemiológico Semanal. Bogotá: INS., semana 52 de los años 2016 a 2019 y de 2021 a 2025, 53 del 2020 y semana 20 del 2026

6. Instituto Nacional de Salud. (2016 - 2026). Boletín Epidemiológico Semanal. Bogotá: INS., semana 52 de los años 2016 a 2019 y de 2021 a 2025, 53 del 2020 y semana 20 del 2026

7. Las enfermedades emergentes y reemergentes: un problema de salud en las Américas Guillermo Mesa Ridel, Iraida Rodríguez Luis y Julio Teja, 2004

8. Leslie, S. W., & Vaidya, R. (2026). Congenital and maternal syphilis. StatPearls.

9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, & UNFPA. (2014). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la

Cómo citar este artículo: Figueroa Ramírez MV, Uribe Gil AE. Cerrando la brecha en la sífilis gestacional: desde el cribado hasta la prevención de la transmisión congénita, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(4): 114-124. Octubre 2026, ISSN 2981-5800



sífilis gestacional y congénita (GPC-2014-41).

10. Ministerio de Salud y Protección Social – Instituto Nacional de Salud, Colombia: Protocolo de vigilancia en salud pública: Sífilis gestacional y congénita, 2015.

11. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018.

12. Norwitz, E. R., & Hicks, C. B. (2025). Syphilis in pregnancy. UpToDate.

13. Organización Panamericana de la Salud. (2022). El regreso de la sífilis como infección relevante durante el embarazo: Conclusiones del encuentro de expertos. OPS.

14. Syphilis in pregnancy – Errol Norwitz, Charles Hicks, UpToDate – www.uptodate.com – 2021

15. Stafford, I. A., Workowski, K. A., & Bachmann, L. H. (2024). Syphilis complicating pregnancy and congenital syphilis. *New England Journal of Medicine*, 390(3), 242–253.

16. Villamizar, H., Vergara, N., Martínez-Barreto, D., Moreno-Chaparro, J., & Gaitán-Duarte, H. (2025). Reinfeción por sífilis gestacional: reporte de caso y revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 76(1).

17. Williams Obstetrics, 26e, Chapter 68: Sexually transmitted infections - 2026.

18. World Health Organization. (2025, May 29). Syphilis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>.

Tabla 1. Características de los estudios incluidos

Autor/Año	País	Diseño	Población	Tema principal	Hallazgos relevantes
Eppes et al., 2022	EE.UU.	Revisión narrativa	Gestantes con sífilis	Epidemiología y manejo	Incremento sostenido de casos de sífilis gestacional y congénita; necesidad de fortalecer el tamizaje prenatal.
Stafford et al., 2024	EE.UU.	Revisión clínica	Gestantes y recién nacidos	Diagnóstico y tratamiento	Recomienda algoritmo inverso de tamizaje y seguimiento serológico estricto.
ACOG, 2024	EE.UU.	Guía clínica	Mujeres embarazadas	Tamizaje prenatal	Tamizaje universal en primer control prenatal y repetición en tercer trimestre.
Norwitz & Hicks, 2025	Internacional	Revisión clínica	Gestantes	Sífilis en embarazo	Penicilina G benzatínica continúa siendo el único tratamiento eficaz para prevenir transmisión vertical.
Leslie & Vaidya, 2026	Internacional	Revisión narrativa	Gestantes y fetos	Complicaciones fetales	Riesgo elevado de muerte fetal, parto pretérmino y secuelas neonatales cuando no existe tratamiento oportuno.
INS, 2016–2026	Colombia	Vigilancia epidemiológica	Población nacional	Tendencia epidemiológica	Persistencia de altas tasas de sífilis gestacional y congénita en Colombia.
OPS, 2022	América Latina	Informe regional	Países de América	Salud pública	Incremento regional de casos tras pandemia COVID-19.



Tabla 2. Principales recomendaciones clínicas derivadas de la evidencia

Aspecto	Recomendación
Tamizaje	Realizar prueba serológica en la primera consulta prenatal.
Repetición de pruebas	Repetir en tercer trimestre y al momento del parto en zonas de alta prevalencia.
Diagnóstico	Utilizar pruebas treponémicas y no treponémicas de forma complementaria.
Tratamiento	Penicilina G benzatínica según estadio clínico.
Alergia a penicilina	Desensibilización seguida de tratamiento con penicilina.
Manejo de pareja	Tratamiento simultáneo para evitar reinfección.
Seguimiento	Control seriado con títulos VDRL o RPR.

¹ <https://orcid.org/0009-0000-7206-3850>, Universidad de Santander

² <https://orcid.org/0009-0004-2792-8914>, Universidad de Santander