

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1255>

Manifestaciones cutáneas de la sífilis: Diagnóstico diferencial y vulnerabilidad social

Cutaneous manifestations of syphilis: differential diagnosis and social vulnerability

Yamil Constanza García Vargas

garciavargasconstanza@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-9728-4312>

Pontificia Universidad Javeriana Cali

Colombia - Santiago de Cali

Ana Maria Garcia Vargas

anagarciaavargas1@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-7946-951X>

Médico general, Universidad de Manizales

Colombia - Santiago de Cali

Artículo recibido: 10 mayo 2025

- Aceptado para publicación: 20 junio 2025

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

La sífilis es una infección de transmisión sexual reemergente, conocida como “la gran imitadora” por la amplia variedad de manifestaciones clínicas que puede presentar. En la piel, las lesiones sífilíticas varían según el estadio de la enfermedad: desde el chancro primario indoloro hasta el exantema polimorfo de la sífilis secundaria y las gomas granulomatosas de la fase terciaria. Este artículo de revisión crítica analiza la clasificación de las manifestaciones cutáneas por estadio, su evolución clínica y hallazgos histopatológicos característicos, enfatizando la importancia del diagnóstico diferencial con otras dermatosis infecciosas (como herpes, chancroide, tuberculosis cutánea) y no infecciosas (como psoriasis, liquen plano o pitiriasis rosada). Además, se examina el impacto epidemiológico y clínico de la sífilis cutánea en poblaciones socialmente vulnerables – incluyendo personas con VIH, trabajadoras sexuales, migrantes, indígenas y personas privadas de la libertad – quienes enfrentan mayor riesgo de infección y complicaciones. Se discuten controversias diagnósticas (pruebas serológicas falsamente negativas/positivas, efecto prozona), desafíos terapéuticos (manejo en coinfección con VIH, alergia a penicilina) y las repercusiones en salud pública de la reemergencia de la sífilis. A pesar de contar con diagnóstico serológico accesible y tratamiento efectivo con penicilina, la sífilis sigue representando un problema vigente de salud pública global, por lo que se requieren estrategias integrales de detección precoz, tratamiento oportuno y abordaje de determinantes sociales para su control.

Palabras clave: sífilis, lesiones cutáneas, diagnóstico diferencial, poblaciones vulnerables, histopatología

ABSTRACT

Syphilis is a re-emerging sexually transmitted infection, historically known as “the great imitator” due to its broad spectrum of clinical presentations. Cutaneous lesions of syphilis vary according to the disease stage: from the painless primary chancre to the polymorphic rash of secondary syphilis and the granulomatous gummas of the tertiary phase. This critical literature review analyzes the classification of cutaneous manifestations by syphilis stage, their clinical evolution and characteristic histopathological findings, emphasizing the importance of the differential diagnosis with other infectious dermatoses (such as herpes, chancroid, cutaneous tuberculosis) and non-infectious dermatoses (such as psoriasis, lichen planus or pityriasis rosea). In addition, we examine the clinical and epidemiological impact of cutaneous syphilis on socially vulnerable populations – including people with HIV, sex workers, migrants, indigenous communities, and persons deprived of liberty – who face higher risk of infection and complications. We discuss diagnostic controversies (false-negative/positive serologies, prozone effect), therapeutic challenges (management in HIV co-infection, penicillin allergy) and public health repercussions of the re-emergence of syphilis. Despite accessible serologic diagnosis and effective penicillin treatment, syphilis remains a current global public health issue, warranting comprehensive strategies for early detection, timely treatment, and addressing social determinants for its control.

Keywords syphilis, skin lesions, differential diagnosis, vulnerable populations, histopathology

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa crónica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, transmitida principalmente por vía sexual o de forma vertical durante el embarazo. Tras su control relativo en las últimas décadas del siglo XX gracias a los antibióticos y campañas de salud pública, en años recientes la sífilis ha resurgido globalmente como un problema de salud pública significativo. Esta reemergencia se ha visto facilitada por factores sociales y conductuales (por ejemplo, el uso de aplicaciones de citas que dificulta la notificación de parejas), así como por brechas en la detección y tratamiento oportuno de casos.

La sífilis ha sido llamada “la gran simuladora” debido a que puede comprometer prácticamente cualquier órgano y manifestarse de formas muy variadas, mimetizando otras enfermedades. En el ámbito dermatológico, las manifestaciones cutáneas son especialmente prominentes y a menudo proporcionan las primeras pistas diagnósticas. Las lesiones en piel y mucosas cambian conforme avanza la infección por sus distintos estadios: primario, secundario, latente y terciario. Cada etapa presenta hallazgos clínicos característicos en la piel, pero también solapamiento y variaciones atípicas que pueden llevar a diagnósticos erróneos si no se consideran adecuadamente.

En este artículo se realiza una revisión narrativa y argumentativa sobre las manifestaciones cutáneas de la sífilis y su diagnóstico diferencial, integrando además una perspectiva epidemiológica y social. En la primera parte, se describen las lesiones cutáneas típicas de la sífilis primaria, secundaria y terciaria, junto con su evolución natural sin tratamiento y los hallazgos histopatológicos más relevantes en cada fase. Posteriormente, se discuten los diagnósticos diferenciales dermatológicos, tanto infecciosos como no infecciosos, que deben considerarse ante lesiones sospechosas de sífilis, dada la capacidad de esta enfermedad de imitar otros procesos. En la siguiente sección, se analiza el impacto de la sífilis cutánea en poblaciones vulnerables – tales como personas que viven con VIH/SIDA, trabajadoras sexuales, migrantes, comunidades indígenas y personas en reclusión – enfatizando las particularidades clínicas y epidemiológicas en estos grupos de alto riesgo. Finalmente, en la discusión crítica se abordan las controversias diagnósticas (incluyendo limitaciones de las pruebas serológicas y dificultades en casos atípicos), los retos terapéuticos (p. ej., manejo en coinfección con VIH) y las repercusiones en salud pública. Esta revisión pretende brindar al profesional de la salud una visión actualizada y crítica sobre la sífilis con énfasis dermatológico y social, en idioma español, aportando evidencia científica de la última década para apoyar la toma de decisiones clínicas y de salud pública.

METODOLOGÍA

El presente estudio se diseñó como una revisión narrativa de la literatura con enfoque

crítico (no sistemática). El objetivo principal fue actualizar y analizar críticamente las manifestaciones cutáneas de la sífilis, haciendo hincapié en su diagnóstico diferencial y en el impacto de la enfermedad en poblaciones socialmente vulnerables. Para recabar la información, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en varias bases de datos electrónicas, incluyendo PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO y Embase. La estrategia de búsqueda incorporó términos clave en inglés y español relacionados con el tema. Entre los términos en inglés se utilizaron “*syphilis*”, “*cutaneous manifestations*”, “*skin lesions*”, “*vulnerable populations*”, “*histopathology*” y “*differential diagnosis*”; sus equivalentes en español incluyeron “*sífilis*”, “*manifestaciones cutáneas*”, “*lesiones cutáneas*”, “*poblaciones vulnerables*”, “*histopatología*” y “*diagnóstico diferencial*”. Estos términos se combinaron mediante operadores booleanos (AND, OR) para asegurar la identificación integral de publicaciones pertinentes al tema de interés. El periodo de búsqueda se concentró principalmente en los últimos diez años (aproximadamente 2015-2025), con el fin de incorporar la evidencia científica más reciente y relevante. No obstante, se ampliaron selectivamente las consultas a literatura previa a ese periodo cuando se identificaron artículos *históricos* o *clásicos* citados con frecuencia que aportaban información fundamental sobre las manifestaciones cutáneas de la sífilis. No se aplicó restricción por idioma dentro de las búsquedas en inglés y español, por lo que se consideraron publicaciones en español e inglés exclusivamente (se excluyeron otros idiomas por razones de practicidad y alcance del equipo revisor). Para la selección de la literatura recuperada, se establecieron criterios de inclusión y exclusión previamente. Se incluyeron aquellos documentos considerados relevantes para los objetivos de la revisión, tales como estudios clínicos (ej. series de casos, estudios observacionales, ensayos clínicos), artículos de revisión (narrativas o sistemáticas), guías de práctica clínica y otros artículos originales que aportaran datos significativos sobre las manifestaciones cutáneas de la sífilis, su diagnóstico diferencial o aspectos epidemiológicos y sociales vinculados (como la afectación de poblaciones vulnerables). Por otro lado, se excluyeron los informes anecdóticos no sometidos a revisión por pares (por ejemplo, reportes aislados sin aval científico sólido) y las publicaciones cuyo enfoque se limitara exclusivamente a las manifestaciones neurológicas (neurosífilis) o cardiovasculares de la sífilis, por encontrarse fuera del ámbito dermatológico y social que aborda esta revisión. En cuanto al análisis de la información, la revisión se llevó a cabo de forma narrativa y crítica. Esto implicó una síntesis cualitativa de los hallazgos obtenidos, integrando la evidencia clínica (descripción de lesiones cutáneas por estadio de la sífilis y hallazgos histopatológicos correspondientes) con datos epidemiológicos y consideraciones sociales sobre la enfermedad. Se compararon y contrastaron los resultados de diferentes fuentes para identificar patrones comunes, discrepancias y vacíos de conocimiento en la literatura. Asimismo, se prestó especial atención a las implicaciones en poblaciones vulnerables, discutiendo cómo los determinantes sociales pueden influir en la presentación, el

diagnóstico y el manejo de la sífilis cutánea. Este enfoque argumentativo permitió contextualizar la información más allá de la mera descripción, ofreciendo una perspectiva integral y actualizada sobre las manifestaciones cutáneas de la sífilis, sus diagnósticos diferenciales y su impacto en la salud de grupos vulnerables.

Manifestaciones cutáneas según el estadio de la sífilis

Sífilis primaria (chancro)

El estadio primario se caracteriza por la lesión cutánea inicial denominada chancro sifilítico. Tras un periodo de incubación promedio de 3 semanas post- infección, aparece una pápula indolora en el sitio de inoculación que evoluciona a una úlcera de borde indurado y base limpia. Típicamente es una lesión única, de forma redondeada u oval y de consistencia firme (“cartilaginosa”), no dolorosa, con bordes bien delimitados. En hombres es más frecuente en pene, y en mujeres en cuello uterino, vulva o vagina. El chancro primario se acompaña de linfadenopatía regional no dolorosa en muchos casos. Sin tratamiento, la lesión primaria cura espontáneamente en un lapso de 3 a 8 semanas, dejando a lo sumo una cicatriz leve. Histopatológicamente, el chancro muestra ulceración con un infiltrado inflamatorio rico en células plasmáticas y linfocitos en la dermis, junto con endarteritis obliterante por proliferación y tumefacción endotelial. La demostración de espiroquetas mediante técnicas especiales (tinciones argénticas de Warthin-Starry o inmunohistoquímica) es posible en esta fase debido a la alta carga bacteriana. El diagnóstico diferencial del chancro incluye otras causas de úlcera genital: chancroide (chancro blando por *Haemophilus ducreyi*), que a diferencia del sifilítico suele ser doloroso, de bordes socavados e inflamatorios, con adenopatías dolorosas que pueden formar bubones; la úlcera genital por herpes simple primoinfección, que típicamente cursa con vesículas dolorosas que ulceran en racimo y se acompañan de dolor intenso y recurrencias; la donovanosis (granuloma inguinal por *Klebsiella granulomatis*), que produce úlceras crónicas indoloras pero de aspecto granulomatoso y tejido de granulación exuberante, entre otras. La presencia de una úlcera genital indurada, no dolorosa, con prueba serológica positiva de sífilis es diagnóstica de chancro sifilítico hasta demostrar lo contrario.

Sífilis secundaria

Corresponde a la diseminación sistémica de *T. pallidum* tras la resolución del chancro primario. Suele iniciarse entre 6 y 8 semanas después de la lesión inicial, aunque puede solaparse con la cicatrización del chancro. Es el estadio con manifestaciones cutáneas más floridas y variadas. El cuadro típico es un exantema maculopapular difuso que puede comprometer palmas y plantas (lo cual es un hallazgo muy sugerente). Las lesiones cutáneas de la sífilis secundaria pueden ser rosadas, rojas o parduscas (“color cobrizo”), inicialmente máculas que luego se elevan a pápulas, a menudo con un fino collarete descamativo en su periferia denominado collarete de Bielt. Es característico que el exantema sifilítico secundario no suele acompañarse de prurito intenso (a diferencia de muchas dermatosis), lo cual es

clínicamente orientador. Un hallazgo clásico en mucosas son los llamados parches mucosos o placas mucosas: áreas eritematosas o blanco-grisáceas en mucosa oral, faríngea o genital, planas y altamente infecciosas. En regiones húmedas intertriginosas (como perianal, perineal, pliegues) pueden aparecer las condilomas planos o condilomas lata, que son placas verrugosas, húmedas, blanquecinas, muy contagiosas, diferentes de los condilomas acuminados (verrugas genitales virales) por su base ancha y aspecto plano y húmedo. La sífilis secundaria también puede cursar con alopecia sifilítica, que se manifiesta como áreas de adelgazamiento difuso del cabello o alopecia “en sacabocados” (parches irregulares de calvicie no cicatricial). Desde el punto de vista sistémico, pueden ocurrir síntomas generales seudogripales (fiebre baja, malestar, cefalea) en ~10-20% de pacientes.², así como poliadenopatías generalizadas no dolorosas (presentes hasta en 70–85% de los casos).² Otras manifestaciones menos comunes de la diseminación treponémica en esta fase incluyen uveítis anterior, hepatitis, síndrome nefrótico, osteítis o artritis.² Histológicamente, la sífilis secundaria presenta una dermatitis superficial y profunda perivascular con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. Las características histopatológicas pueden ser muy variables (“gran imitadora” también en el microscopio): a veces un patrón liquenoide con infiltrado en banda en la unión dermoepidérmica, en ocasiones hiperplasia psoriasiforme de la epidermis con paraqueratosis focal, y frecuentemente endarteritis obliterante en los vasos dérmicos.¹²

Latencia sifilítica

Tras la fase secundaria, la sífilis entra en un periodo latente en el que no hay signos ni síntomas clínicos, aunque las pruebas serológicas permanecen reactivas. La fase latente se divide en latente temprana (primer año desde la infección) y latente tardía (más de 1 año). No existen manifestaciones cutáneas propias del periodo latente; sin embargo, es un estadio crítico a identificar mediante pruebas de tamizaje, ya que el tratamiento en esta fase previene las complicaciones tardías y el contagio congénito.

Sífilis terciaria

En ausencia de tratamiento, una proporción de pacientes puede progresar, tras años o décadas de latencia, a la fase terciaria o tardía de la sífilis. Este estadio se caracteriza por lesiones granulomatosas conocidas como gomas sifilíticas (sífilis benigna tardía) y por afectación cardiovascular o del sistema nervioso central (neurosífilis tardía), aunque estas últimas exceden el alcance de este artículo. Las gomas son masas inflamatorias granulomatosas que pueden formarse en piel, mucosas, huesos u otros órganos. En la piel, un gumma inicia como un nódulo o placa subcutánea que se reblandece en el centro y ulcerar, drenando un material gomoso; suelen tener un diámetro de 1 a 3 cm o más, de bordes irregulares, y pueden ser únicos o múltiples. Las localizaciones comunes incluyen cara, cuero cabelludo, extremidades y región superior del tronco. Sin tratamiento, las lesiones gomosas evolucionan

lentamente con destrucción de tejidos vecinos, pudiendo dejar cicatrices deformantes. Histológicamente, el gumma muestra una inflamación granulomatosa con áreas de necrosis central (“necrosis gomosa”) rodeadas de un infiltrado de células epitelioides, células gigantes multinucleadas tipo Langhans y un denso infiltrado de linfocitos y plasmocitos en la periferia. Esencialmente, el gumma se asemeja a otros granulomas infecciosos, por lo que en la biopsia es fundamental hacer tinciones para bacilos ácido-alcohol resistentes (descartar tuberculosis) y estudios para hongos, además de técnicas para *T. pallidum*. El diagnóstico diferencial de los gomas cutáneos incluye: tuberculosis cutánea (lesiones granulomatosas en cara con tendencia a ulceración y curso crónico, pero suele presentar bacilos de Koch demostrables e hipersensibilidad a tuberculina positiva); leishmaniasis cutánea crónica, que puede dar úlceras de bordes sobreelevados en zonas expuestas (antecedentes de picadura de flebótomo y visualización del parásito confirman la leishmaniasis); esporotricosis cutánea en forma de goma (micosis subcutánea por *Sporothrix schenckii* que causa nódulos y úlceras en trayectos linfáticos); y otras infecciones profundas o síndromes granulomatosos (como nocardiosis, micetoma o sarcoidosis ulcerada).

Sífilis congénita

Aunque la revisión se centra en sífilis adquirida, cabe mencionar que en la sífilis congénita temprana (recién nacidos infectados durante la gestación) también se observan manifestaciones cutáneas, como el pénfigo sifilítico (vesículas y ampollas palmoplantares llenas de treponemas en neonatos) y lesiones cutáneas acrómicas o condilomas planos periorificiales en lactantes. Estas manifestaciones, junto con rinorrea sanguinolenta o mucopurulenta (“coriza sifilítica”) y otras alteraciones, son indicativas de infección congénita y requieren tratamiento inmediato. La sífilis congénita tardía (niños mayores) produce estigmas característicos (dientes de Hutchinson, tibias en sable, etc.) más que lesiones cutáneas activas, y es consecuencia de infecciones no tratadas en el embarazo.

Evolución clínica y hallazgos histopatológicos

La evolución natural de la sífilis adquirida, en ausencia de tratamiento, transcurre por las etapas descritas anteriormente. Es importante resaltar ciertos aspectos de la progresión clínica y la patología tisular que revisten interés diagnóstico:

Evolución temporal y clínica

Luego de la infección inicial, el chancro primario indica la multiplicación local del treponema. La curación espontánea del chancro no significa erradicación, sino diseminación hematógena silenciosa del patógeno. Semanas más tarde, al surgir la sífilis secundaria, el paciente puede presentar un espectro amplio de síntomas cutáneos y sistémicos. Estas manifestaciones secundarias también remiten espontáneamente en 3 a 12 semanas, dando paso a la latencia. Durante la latencia, el individuo es asintomático; aproximadamente un tercio de los pacientes no tratados permanecerán en latencia indefinidamente sin desarrollar complicaciones

tardías, pero otro porcentaje progresará a sífilis terciaria años después.⁵ La evolución a compromiso cardiovascular (como aneurisma de aorta ascendente) o neurológico (neurosífilis) ocurre típicamente a los 10–30 años de la infección inicial en casos no tratados. Las lesiones cutáneas de gomas suelen aparecer en ese intervalo tardío, aunque hoy en día son infrecuentes.

Hallmarks histopatológicos

Dos hallazgos histopatológicos clásicos de la sífilis en cualquier estadio son la endarteritis obliterante y el infiltrado plasmocitario.⁴ La proliferación y tumefacción de las células endoteliales, con estrechamiento luminal (endarteritis), junto con un denso infiltrado perivascular de linfocitos y células plasmáticas, reflejan la respuesta inmune del huésped al *T. pallidum*. En el chancro primario, estas alteraciones se ven en la base de la úlcera; en la sífilis secundaria, en la dermis papilar y reticular acompañando las lesiones; y en la terciaria, formando parte del granuloma guma. Sin embargo, estos hallazgos no son patognomónicos y pueden faltar en algunas biopsias. Las células gigantes multinucleadas y el granuloma bien formado son más propios de la sífilis terciaria (gomas) que de la secundaria. La carga de espiroquetas es máxima en el chancro y lesiones secundarias tempranas; en gomas tardíos a veces es muy baja (lo que explica por qué en esta fase la enfermedad deja de ser contagiosa).

Diagnóstico diferencial dermatológico de la sífilis

Debido a sus variadas manifestaciones, la sífilis debe incluirse en el diagnóstico diferencial de numerosas dermatosis. A continuación, se discuten los principales diferenciales para cada estadio y lesión cutánea sifilítica, resaltando las claves para distinguirlos:

Úlceras genitales (sífilis primaria y diferenciales)

Ante una úlcera anogenital crónica, las etiologías infecciosas son primordiales. El chancro sifilítico (sífilis primaria) se diferencia del chancroide por ser indurado, limpio e indoloro, mientras el chancroide (causado por *H. ducreyi*) es típicamente doloroso, con base sucia y bordes socavados y blandos, acompañado de linfadenitis inguinal dolorosa que puede supurar. La infección primaria por herpes simple puede ocasionar úlceras múltiples y dolorosas, precedidas por vesículas; las lesiones herpéticas tienden a ser más superficiales y muy dolorosas, a menudo agrupadas y recurrentes. El linfogranuloma venéreo (LGV, *Chlamydia* L1-L3) cursa con una pápula o pequeña úlcera transitoria que pasa inadvertida, seguida de linfadenopatía inguinal masiva (bubones); por tanto, la ausencia de adenopatías prominentes hace poco probable el LGV. La donovanosis (granuloma inguinal, *Klebsiella granulomatis*) causa úlceras indoloras y crónicas de base granulomatosa roja, muy vascularizadas y sangrantes al contacto, con bordes hipertróficos; su evolución más indolente la distingue del chancro sifilítico y suele requerir biopsia (cuerpos de Donovan). Otras causas no infecciosas de úlcera genital crónica, como el carcinoma escamocelular de genitales o la enfermedad de Behçet, también podrían simular un chancro en casos atípicos, aunque estas suelen ser diagnósticos de

exclusión tras pruebas infecciosas negativas. En la práctica, cualquier úlcera genital de causa no obvia se investiga con pruebas para sífilis, dada la importancia de no omitir su diagnóstico.

Exantemas y pápulas (sífilis secundaria y diferenciales)

La erupción secundaria sifilítica ofrece un reto diagnóstico por su capacidad de imitar cuadros dermatológicos diversos. Un diferencial clásico es la pitiriasis rosada, especialmente cuando las lesiones sifilíticas adoptan distribución troncal similar. Claves a favor de pitiriasis rosada son: presencia de lesión madre heraldo, distribución en árbol de Navidad, lesiones ovales con collarete escamoso interno y usualmente leve prurito; además, la pitiriasis rosada compromete raramente palmas y plantas, localización que sugiere fuertemente sífilis secundaria por encima de pitiriasis rosada. Igualmente, la presencia de manifestaciones sistémicas leves (fiebre, adenopatías generalizadas) acompañando a lesiones cutáneas sugiere la naturaleza infecciosa sistémica de sífilis secundaria, a diferencia de la mayoría de dermatosis inflamatorias cutáneas primarias. Debido a la importancia de no omitir la detección de sífilis (por sus implicaciones de tratamiento y contagio), muchos autores enfatizan que toda lesión cutánea compatible con sífilis debe ser investigada serológicamente, aun cuando otra patología pudiera explicar los hallazgos, con el fin de no pasar por alto una infección tratable.

Un elemento clave es la correlación clínico-epidemiológica: por ejemplo, una lesión palmoplantar en contexto de conducta sexual de riesgo orienta fuertemente a sífilis secundaria por encima de pitiriasis rosada. Igualmente, la presencia de manifestaciones sistémicas leves (fiebre, adenopatías generalizadas) acompañando a lesiones cutáneas sugiere la naturaleza infecciosa sistémica de sífilis secundaria, a diferencia de la mayoría de dermatosis inflamatorias cutáneas primarias.

En última instancia, la confirmación diagnóstica se realiza mediante pruebas serológicas treponémicas y no treponémicas.

Impacto de la sífilis cutánea en poblaciones vulnerables

La carga de la sífilis no se distribuye homogéneamente en la población, sino que afecta desproporcionadamente a ciertos grupos considerados vulnerables o de alto riesgo. Entre ellos destacan las personas que conviven con el VIH, las trabajadoras y trabajadores sexuales, las poblaciones migrantes e indígenas, y las personas privadas de la libertad (población carcelaria). Estas poblaciones enfrentan condiciones que aumentan tanto la exposición a *T. pallidum* como la probabilidad de desenlaces adversos o diagnóstico tardío. A continuación, se examina brevemente cada grupo:

Personas con infección por VIH

La coinfección de sífilis y VIH es común y preocupante. Se ha descrito una fuerte asociación epidemiológica entre ambas infecciones, al punto que la presencia de úlceras sifilíticas facilita la transmisión del VIH por proveer una puerta de entrada a ese virus.⁵ En algunas cohortes contemporáneas, más del 50% de los casos de sífilis ocurren en individuos

VIH positivos, especialmente en HSH.⁶ La infección por VIH no solo predispone a adquirir sífilis, sino que modifica la presentación clínica y la evolución de la misma. Pacientes inmunodeprimidos por VIH pueden presentar formas atípicas o más agresivas de sífilis. Un ejemplo clásico es la sífilis maligna o *lues maligna*, manifestación infrecuente caracterizada por lesiones cutáneas ulceradas y necróticas extensas acompañadas de síntomas sistémicos; suele ocurrir en personas con VIH avanzado. El manejo sigue siendo penicilina, pero con controles más estrictos y ocasionalmente cursos más prolongados de tratamiento.⁴

Trabajadoras y trabajadores sexuales

Las personas que se dedican al trabajo sexual representan históricamente una de las poblaciones más afectadas por la sífilis. Las razones incluyen la mayor exposición a contactos sexuales con diversas parejas, barreras para el uso consistente de preservativos, estigma social y, en ocasiones, acceso limitado a servicios de salud. Las intervenciones efectivas en este grupo pasan por estrategias comunitarias de educación, distribución de condones y pruebas periódicas de ITS, idealmente con la colaboración de organizaciones locales que brinden confianza y reduzcan el estigma.

Poblaciones migrantes e indígenas

Las personas migrantes – especialmente migrantes económicos o refugiados que enfrentan condiciones precarias – y ciertos grupos indígenas marginados suelen compartir determinantes sociales que las hacen más vulnerables a la sífilis. La movilidad geográfica, barreras idiomáticas y culturales para acceder al sistema de salud, y la discriminación estructural contribuyen a menores tasas de diagnóstico y tratamiento oportuno en estos colectivos. En comunidades indígenas aisladas se han documentado brotes de sífilis congénita asociados a falta de control prenatal adecuado.¹⁴ En el caso de migrantes, la interrupción de sus redes sociales y de salud, sumada a posibles experiencias de violencia sexual o trabajo sexual forzado durante el tránsito, aumentan el riesgo de infección. Abordar la sífilis en estos contextos requiere adaptar las intervenciones – por ejemplo, capacitar promotores de salud bilingües en comunidades indígenas o implementar unidades móviles de ITS en zonas de alta migración – buscando superar las barreras de acceso y confianza.

Personas privadas de la libertad (PPL)

Los entornos carcelarios representan un caldo de cultivo para infecciones transmisibles, entre ellas la sífilis, debido al hacinamiento, acceso limitado a medidas preventivas y a servicios de salud, y alta prevalencia de factores de riesgo (uso de drogas, historia previa de ITS). Diversos estudios han hallado prevalencias muy altas de sífilis activa en poblaciones penitenciarias – por ejemplo, superiores al 10-20% en cárceles femeninas de América Latina.¹⁶ Las dificultades en implementar programas de salud dentro de prisiones, así como la estigmatización de los reclusos, agravan el problema. Se enfatiza la necesidad de realizar

tamizajes sistemáticos de sífilis al ingreso a prisión y periódicamente, además de asegurar el tratamiento inmediato de casos y sus parejas. La reinserción a la comunidad de personas previamente privadas de libertad también es un momento crítico para la continuidad de cuidado, debiendo enlazarse con servicios comunitarios de ITS.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La sífilis continúa planteando desafíos diagnósticos, terapéuticos y de salud pública pese al conocimiento acumulado. A continuación, se abordan críticamente algunas controversias y consideraciones relevantes:

Dificultades diagnósticas

Si bien la confirmación estándar de sífilis se realiza mediante pruebas serológicas (no treponémicas como VDRL/RPR seguidas de treponémicas específicas como FTA-ABS, TPHA o pruebas rápidas), existen situaciones que complican la interpretación. Un fenómeno conocido es el “efecto prozona”, en el cual títulos extremadamente altos de anticuerpos anticardiolipina impiden la floculación en pruebas no treponémicas, dando falsos negativos. Por ello, ante una fuerte sospecha clínica con VDRL no reactivo, se debe diluir la muestra y repetir la prueba para descartar prozona. Por otro lado, resultados falsos positivos de pruebas no treponémicas pueden ocurrir en diversas condiciones: embarazadas, usuarios de drogas intravenosas, enfermedades autoinmunes (lupus, síndrome antifosfolípidos) y otras infecciones crónicas. Estos falsos positivos suelen tener títulos bajos ($\leq 1:4$) y requieren confirmación con pruebas treponémicas.

Manejo terapéutico en contextos especiales

La penicilina G benzatínica continúa siendo la piedra angular del tratamiento de la sífilis: una dosis intramuscular (2,4 millones UI) para sífilis primaria, secundaria o latente temprana, y una dosis semanal por 3 semanas para sífilis latente tardía, terciaria o de duración desconocida, según directrices internacionales. No obstante, en la práctica surgen preguntas. Por ejemplo, en pacientes con infección por VIH, ¿es necesaria una terapia más agresiva? La evidencia indica que el régimen estándar es igualmente efectivo en coinfectados, pero se enfatiza un seguimiento serológico más cercano. En caso de alergia a penicilina, el tratamiento de elección es la doxiciclina oral (100 mg cada 12 horas por 14 días en sífilis temprana, y por 28 días en tardía). Sin embargo, en gestantes alérgicas la única opción efectiva comprobada para prevenir sífilis congénita es la desensibilización a penicilina y su uso, lo que plantea retos logísticos en entornos con recursos limitados. Otra área de discusión es la denominada “serofast”, pacientes que tras tratamiento adecuado no negativizan las pruebas no treponémicas, sino que persisten con títulos bajos estables (p. ej., VDRL 1:2) sin evidencia de actividad. No existe consenso en re-tratar a estos pacientes; en general, si el título se redujo ≥ 4 veces y el paciente está asintomático, se considera respuesta adecuada, aunque no haya negativización completa. En general, el tratamiento de la sífilis es efectivo y la tasa de curación es alta si se

administra correctamente; las controversias se centran más en cómo monitorear la respuesta y cuándo re-tratar (por sospecha de reinfección o serología inadecuada).

Repercusiones en salud pública y consideraciones socio-epidemiológicas

Poblacionalmente, el resurgimiento de la sífilis ha sido más notable en ciertos subgrupos (HSH, personas transgénero, usuarios de drogas) asociándose también con brotes de infección por VIH. La expansión de redes sociales y aplicaciones para encuentros sexuales ha dificultado la trazabilidad de contactos sexuales, complicando la labor tradicional de vigilancia epidemiológica basada en la identificación y tratamiento de parejas. Este anonimato y movilidad de las redes de transmisión exige nuevas estrategias, como la promoción del aviso de parejas por medios electrónicos anónimos o la distribución amplia de kits de pruebas rápidas en comunidades clave.

Otra repercusión importante es el estigma que aún rodea a la sífilis: al ser una ITS históricamente relacionada con conductas “inmorales”, muchas personas retrasan buscar atención por temor a juicios, lo cual permite que la enfermedad progrese y se transmita más. Es importante que a toda persona con diagnóstico de sífilis debe ser ofrecida pruebas de otras ITS (VIH, hepatitis B y C) y viceversa, con el fin de abordar integralmente la salud sexual. Desde un punto de vista de equidad, las poblaciones vulnerables mencionadas requieren intervenciones focalizadas: adaptaciones culturales, involucramiento comunitario y mitigación de barreras. Un ejemplo exitoso es el trabajo con organizaciones de trabajadores sexuales para educar y proveer servicios confidenciales de prueba y tratamiento, lo cual ha demostrado reducir la prevalencia de sífilis en esos grupos. Del mismo modo, en comunidades indígenas, formar promotores de salud locales que faciliten las campañas de tamizaje prenatal ha mejorado la detección de sífilis en el embarazo en algunas regiones. Estas experiencias subrayan que abordar la sífilis cutánea no es solo un ejercicio clínico de diagnóstico y prescripción, sino un esfuerzo multidisciplinario que toca aspectos sociales y estructurales.

CONCLUSIONES

La sífilis es una enfermedad de múltiples facetas cuya expresión cutánea refleja la etapa evolutiva de la infección. El reconocimiento temprano de sus lesiones dermatológicas características en cada fase (chancro primario, exantema secundario, gomas terciarias) es fundamental para iniciar el tratamiento adecuado y evitar complicaciones. Al mismo tiempo, la variabilidad clínica de la sífilis (incluyendo presentaciones atípicas) exige mantener un alto índice de sospecha y confirmar el diagnóstico con pruebas serológicas, incluso cuando otras patologías parezcan explicar las lesiones.

En conclusión, la sífilis cutánea constituye un espejo de la interacción entre un patógeno antiguo y las realidades sociales contemporáneas. Su abordaje exitoso requiere conjugar la pericia clínica para diagnosticar y tratar adecuadamente cada caso, con estrategias de salud

pública que lleguen a quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. La reemergencia de la sífilis nos recuerda que ningún avance médico es definitivo sin equidad: los esfuerzos deben dirigirse tanto a perfeccionar las intervenciones biomédicas (pruebas, tratamientos) como a derribar las barreras sociales que perpetúan la transmisión de esta enfermedad prevenible.

REFERENCIAS

- Ghanem, K. G., Ram, S., & Rice, P. A. (2020). The modern epidemic of syphilis. *The New England Journal of Medicine*, 382(9), 845–854. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1901593>
- Ivars Lleó, M., Clavo Escribano, P., & Menéndez Prieto, B. (2016). Manifestaciones cutáneas atípicas en la sífilis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 107(4), 275–283. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.11.002>
- Forrestel, A. K., Kovarik, C. L., & Katz, K. A. (2020). Sexually acquired syphilis: Laboratory diagnosis, management, and prevention. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 82(1), 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.02.074>
- Wibisono, O., Idrus, I., & Djawad, K. (2021). Malignant syphilis: A systematic review of case reports (2014–2018). *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 112(10), 725–734. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.011>
- Peeling, R. W., Mabey, D., Kamb, M. L., Chen, X.-S., Radolf, J. D., & Benzaken, A. S. (2017). Syphilis. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17073. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.73>
- Freitas, F. L. S., Benzaken, A. S., Passos, M. R., Miranda, A. E., Pinto, V. M., & Gomes, S. T. F. (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>
- Correia, C., Bouceiro-Mendes, R., Sanches, M., Coelho, R., & Filipe, P. (2021). A unique presentation of papulonodular secondary syphilis in an elderly patient. *International Journal of Dermatology*, 60(8), e304–e306. <https://doi.org/10.1111/ijd.15548>
- Forrestel, A. K., Kovarik, C. L., & Katz, K. A. (2020). Sexually acquired syphilis: Historical aspects, microbiology, epidemiology, and clinical manifestations. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 82(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.02.073>
- Ghanem, K. G., Workowski, K. A., Taylor, M. M., Melendez, C., Johnson, J. A., Thorpe, P., & Hoover, K. W. (2020). The laboratory diagnosis of syphilis. *Journal of Clinical Microbiology*, 58(9), e00100–20. <https://doi.org/10.1128/JCM.00100-20>
- Arando, M., Mota-Foix, M., Armegol, P., Vall-Mayans, M., & Sanz, F. (2019). La evolución serológica en sífilis precoz. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(3), 183–186. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.07.005>
- Flamm, A., Alcocer, V. M., Kazlouskaya, V., Vittorio, C. C., Elston, D. M., & Hosler, G. (2020). Histopathologic features distinguishing secondary syphilis from its mimickers. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 82(1), 156–160. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.07.011>

- Reschke, R., Kunz, M., & Ziemer, M. (2022). Gummatous cutaneous syphilis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(26), 457. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0050>
- Nicolet, N., Bhagia, A., Torve, M., Eich, K., Brunner, E., & El-Azab, S. (2024). The epidemic of congenital syphilis in the Indigenous and rural populations of South Dakota. *Pediatrics*, 154(1), e2023063823. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063823>
- Huamán-Chávez, V., Rueda-Torres, L., Ormeño-Delgado, L., Gutiérrez-Vega, D., Romero-Sánchez, J. M., & Fernández-Vargas, M. (2024). Syphilis seroprevalence and associated factors in female sex workers in Peru. *Medicine*, 103(15), e37774. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003774>
- Batista, I. C., Silva, A., Sousa, M., Almeida, R. L. F., Lima, L. N., & Xavier, M. B. (2020). High prevalence of syphilis in a female prison unit in Northeastern Brazil. *Einstein (São Paulo)*, 18, eAO4978. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4978
- O’Byrne, P., Orser, L., & MacPherson, P. (2021). Discussing current syphilis case definitions: A proposal for a “probable infectious” case. *Public Health Nursing*, 38(3), 390–395. <https://doi.org/10.1111/phn.12850>