

Situación epidemiológica de los nuevos casos de sífilis congénita en Chile, 2010-2022

Epidemiological situation of new cases of congenital syphilis in Chile, 2010-2022

Valeria Alfaro-Fierro^{®a}, Pamela Vergara Pinto^{®a}, Jorge Yutronic^{a,b}, Olivia Horna-Campos^c

^aDepartamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^bHospital de niños Dr. Roberto del Río. Santiago, Chile.

^cDepartamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Recibido el 3 de julio de 2025; aceptado el 14 de julio de 2025

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La sífilis congénita es la transmisión transplacentaria del *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* al feto con consecuencias potencialmente devastadoras. La incidencia de la sífilis ha aumentado mundialmente, y recientemente se reportó un aumento de sífilis en mujeres embarazadas en Chile¹.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este estudio presenta los cambios en la tendencia de los casos notificados de sífilis congénita en Chile en los últimos doce años, visualizándose un claro aumento desde el año 2018 y registrando su valor más alto en el 2021. La mayoría de los casos se concentraron en tres regiones, Región Metropolitana, Valparaíso y Biobío.

Resumen

La sífilis congénita ocurre por transmisión transplacentaria del *Treponema pallidum* subspecies *pallidum*. A nivel mundial y en Chile se ha observado un aumento de casos de sífilis. **Objetivo:** Describir las características de los nuevos casos de sífilis congénita en Chile en el periodo 2010-2022. **Sujetos y Método:** Diseño descriptivo, revisión de la base de datos de enfermedades de notificación obligatoria. Las variables fueron sexo, región, etapa clínica, coinfección con otras ITS y año. Los análisis estadísticos se realizaron con Stata v.18. **Resultados:** Se notificaron 454 casos de sífilis congénita. La incidencia muestra una tendencia al incremento desde el 2018, siendo el 2021 el año con más notificaciones. El 63% de los casos se reportaron en tres regiones, Región Metropolitana, Valparaíso y Biobío. El 63% se clasificó como congénita precoz (n = 288) y de ellos el 31% fue sintomático. **Conclusión:** La sífilis congénita en Chile está aumentando.

Palabras clave:

Sífilis;
Sífilis Congénita;
Enfermedades de
Transmisión Sexual;
Vigilancia
Epidemiológica;
COVID-19

Abstract

Congenital syphilis is the transplacental transmission of the *Treponema pallidum* subspecies *pallidum*. The incidence of syphilis has increased worldwide and in Chile. **Objective:** To describe the characteristics of new cases of congenital syphilis in Chile between 2010 and 2022. **Subjects and Method:** Descriptive design, review of the database of notifiable diseases. Variables included sex, region, clinical stage, co-infection with other STIs, and year, among others. Statistical analyses were performed using Stata v.18. **Results:** The incidence has shown an upward trend since 2018, with 2021 having the highest number of reports. 63% of cases were reported in three regions: the Metropolitan Region, Valparaíso, and Biobío. Of the total cases, 63% were classified as early congenital (n = 288), and among these, 31% presented with symptoms. **Conclusion:** Congenital syphilis is on the rise in Chile.

Keywords:

Syphilis;
Congenital Syphilis;
Sexually Transmitted Diseases;
Epidemiological Surveillance;
COVID-19

Introducción

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) provocada por *Treponema pallidum* subsp. *Pallidum*¹. Su incidencia ha aumentado a nivel mundial^{1,2} y es la ITS con mayor tasa de notificación en Chile³. La sífilis congénita (SC) se produce por la transmisión transplacentaria de esta bacteria al feto, con consecuencias potencialmente devastadoras entre ellas, muerte fetal, bebés con bajo peso al nacer, alteraciones neurológicas y oculares^{1,4}. A pesar de ello, es totalmente prevenible mediante la detección prenatal y tratamiento adecuado con penicilina de las mujeres embarazadas infectadas⁴. El screening de SC en gestantes se recomienda mundialmente⁵ año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS). En Chile, el programa de control del embarazo consta de cuatro pruebas no treponémicas durante la gestación (VDRL o RPR). En el año 2016, nuestro país reportó una tasa de sífilis congénita de 0,1 por 1000 nacidos vivos corregidos⁶, alcanzando cifras acordes con la meta de eliminación de la transmisión de la sífilis en las Américas de 0,5 casos por mil nacidos vivos⁷. No obstante, recientemente se reportó un aumento explosivo en los casos de sífilis en embarazadas en nuestro país⁶. A pesar de ello, la situación epidemiológica de la SC en Chile se desconoce.

El objetivo de este estudio fue caracterizar los casos nuevos notificados como sífilis congénita y describir la evolución en las regiones de Chile.

Sujetos y Método

Diseño ecológico de base poblacional descriptivo. Se analizó el total de los nuevos diagnósticos notificados de sífilis congénita en Chile, en el periodo 2010-2022.

Variables y fuente de datos

La base de datos de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) se obtuvo mediante ley de transparencia. Las variables fueron sexo, nacionalidad, etapa clínica, pertenencia a pueblos originarios, situación de coinfeción con otras ITS y región de diagnóstico (lugar al que pertenece el establecimiento de procedencia de la muestra). Para los denominadores de las tasas se usaron las cifras de recién nacidos vivos publicadas el Instituto Nacional de Estadísticas (INE)^{8,9} para el periodo estudiado. Dado que se utilizaron fuentes de datos secundarias, no fue requerida la intervención del comité de ética.

Análisis estadístico

La muestra se describió en números y porcentajes, luego se estimó la tasa de incidencia por año y región. Para los análisis estadísticos se usó Stata v.18.

Resultados

En el periodo (2010- 2022) se notificaron 454 casos de sífilis congénita en Chile. De ellos, el 53.7% fueron hombres (n = 244). El 1.5% (n = 7) se registró perteneciente a pueblos indígenas. El 63% de los casos fueron catalogados como SC precoz (n = 288) y 1,3% como SC tardía (n = 6). Entre los casos de SC precoz, el 31% presentó síntomas (n = 145). Se notificaron cuatro casos de coinfeción, sin especificación del patógeno en ninguno de ellos y todos fuera de la Región Metropolitana (RM) (tabla 1).

La tendencia anual de las tasas de SC, muestra una caída progresiva hasta el 2017 y un repunte en los últimos años. El año con más casos notificados fue el 2021, con 57 casos, duplicando las nuevas infecciones respecto al año anterior (figura 1a). Entre en el inicio y el fin del periodo se observó una reducción neta del

9% de los casos. Sin embargo, si analizamos solo los últimos 5 años, observamos un crecimiento anual promedio de 25%.

En cuanto a la distribución geográfica, las nuevas infecciones se concentraron en la RM con un 30% (n = 135), seguido de Valparaíso 23% (n = 105) y Bío-bío 10% (n = 47) (tabla 1). La RM fue la única región que aumentó el número absoluto de casos entre el inicio y el fin del período. No obstante, al analizar la evolución de las tasas de incidencia se observa un aumento global (figura 1b).

Discusión

Existe un resurgimiento de la sífilis congénita en nuestro país, similar a lo evidenciado en otros países desarrollados¹⁰. El aumento en los últimos años implica que Chile se aleja del objetivo de la eliminación de la SC en la región de las Américas⁷, requiriendo acciones inmediatas.

El aumento de la sífilis en mujeres en edad fértil refleja su incremento en la población general, especialmente en grupos vulnerables como personas indígenas, marginadas⁴ y migrantes⁶. Sin embargo, la incidencia de sífilis congénita sigue siendo considerablemente menor en comparación con el aumento observado en gestantes, lo que refleja la amplia cobertura y efectividad del control prenatal en Chile⁶.

En este estudio el 63% y el 1,5% de los casos fueron clasificados como SC precoz y tardía respectivamente, según si el diagnóstico fue realizado antes o después de los dos años de vida^{1,11}. La presentación tardía fue infrecuente, en concordancia con lo reportado en otras series¹¹.

El diagnóstico de SC requiere un análisis acucioso de antecedentes epidemiológicos (como el antecedente de sífilis en la madre, el tratamiento recibido y el seguimiento posterior), hallazgos clínicos o radiológicos en el recién nacido y exámenes de laboratorio, siendo lo más importante la comparación entre la serología materna y del neonato¹¹. En este contexto, la CDC propone 3 escenarios¹¹:

1. SC presunta o probable: recién nacido con examen físico anormal consistente con SC y/o título serológico no treponémico del neonato cuatro veces mayor que el título de la madre al momento del parto (ejemplo 1:8 neonatal y 1:2 materno). Otras pruebas menos disponibles en la práctica clínica incluyen la prueba de campo oscuro, PCR de placenta, de cordón umbilical, lesiones o fluidos, o una tinción de plata positiva de placenta o cordón. Generalmente se realiza el diagnóstico con la clínica y/o los resultados serológicos. Se recomienda estudio extenso y tratamiento¹¹.

Tabla 1. Caracterización de nuevos casos notificados de sífilis congénita en Chile. Periodo 2010-2022

Variables	Total
	454 (100)
Sexo - n (%)	
Hombre	244 (53,7)
Mujer	210 (46,3)
País de nacimiento – n (%)	
Chile	454 (100)
Etapa Clínica	
Congénita Precoz	288 (63,4)
Congénita Precoz Sintomática	145 (50,3)
Congénita Precoz Latente	51 (17,8)
Congénita Precoz no especificado	92 (31,9)
Congénita tardía	6 (1,3)
No especificado	160 (35,2)
Pueblo indígena - n (%)	
Sí	7 (1,5)
No	447 (98,5)
Coinfección con otra ITS - n (%)	
Sí	4 (0,9)
No	450 (99,1)
Región n (%)	
Región Metropolitana	135 (29,7)
Arica y Parinacota	15 (3,3)
I (Tarapacá)	18 (4,0)
II (Antofagasta)	18 (4,0)
III (Atacama)	15 (3,3)
IV (Coquimbo)	24 (5,3)
V (Valparaíso)	105 (23,1)
VI (O'Higgins)	11 (2,4)
VII (Maule)	24 (5,3)
Ñuble	4 (0,9)
VIII (Bío Bío)	47 (10,4)
IX (Araucanía)	23 (5,1)
XIV (Los Ríos)	4 (0,9)
X (Los Lagos)	8 (1,8)
XI (Aysén)	1 (0,2)
XII (Magallanes)	2 (0,4)

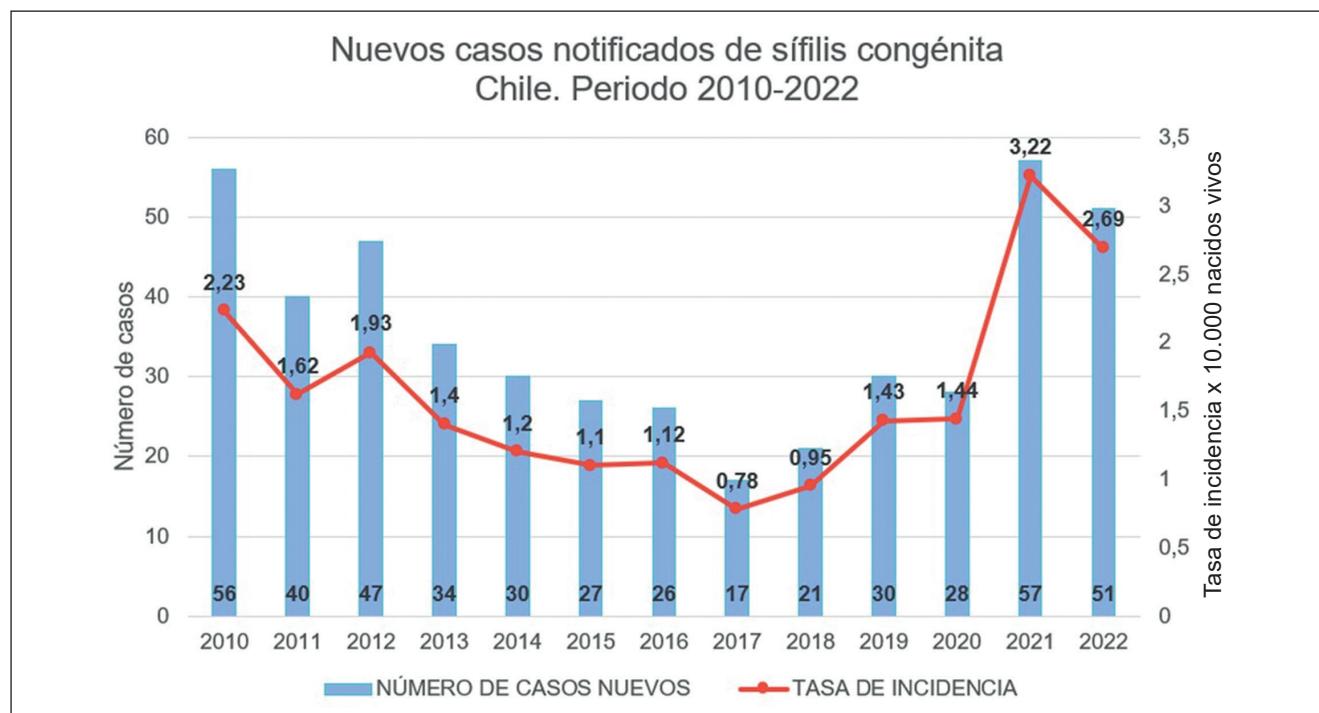


Figura 1a. Distribución anual del número de casos notificados y tasas de incidencia de sífilis congénita en los años de estudio. Chile, 2010-2022.

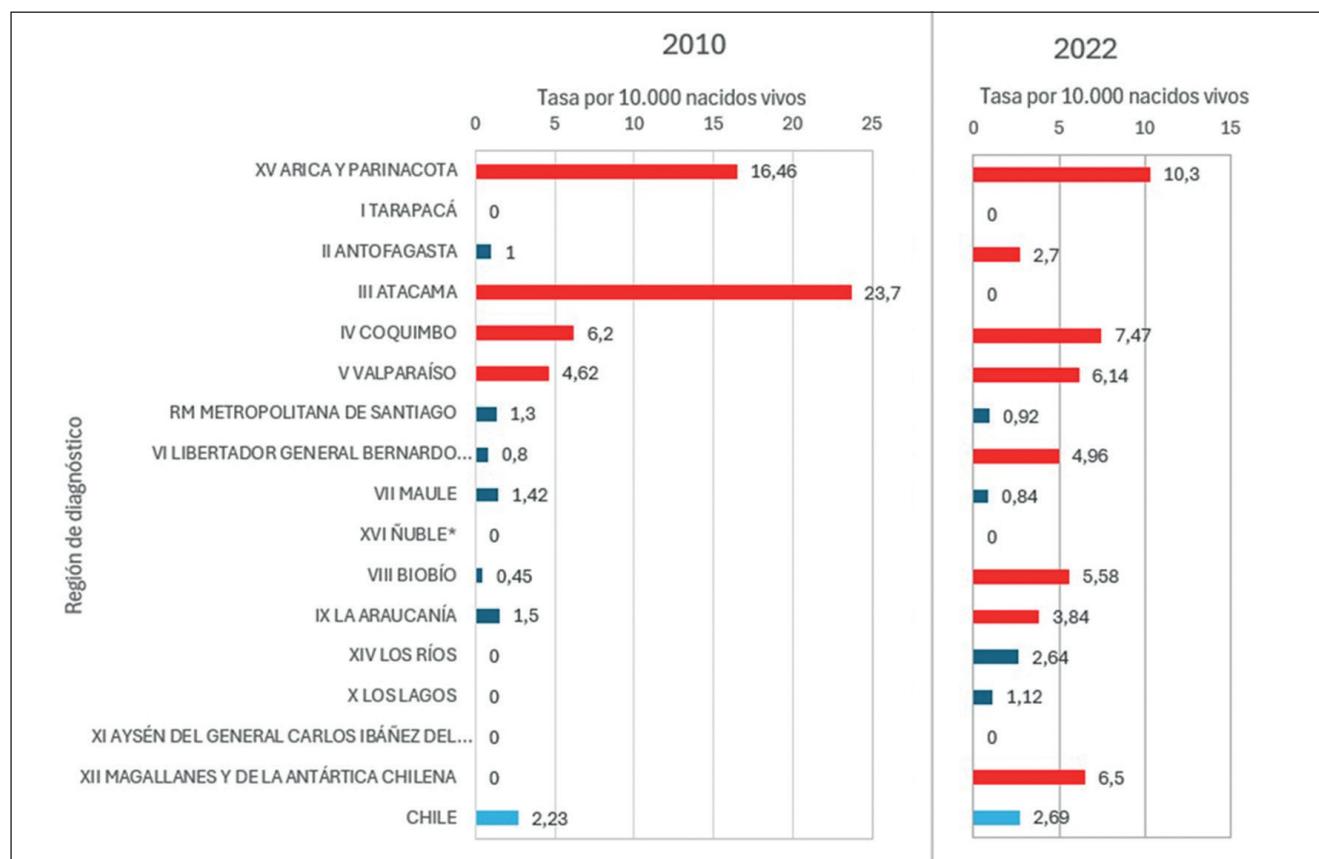


Figura 1b. Distribución regional de tasas de incidencia de sífilis congénita. Chile, 2010-2022. Datos obtenidos a partir de los casos notificados de sífilis congénita (ENO) y de Estadísticas Vitales provistas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se realzan en color rojo aquellas regiones con alta tasa de incidencia (tasas superiores a la tasa de incidencia del país).

2. SC posible: recién nacido con examen físico normal, títulos serológicos no treponémicos con una diferencia de un título (o 2 veces) pero con el antecedente de madre inadecuadamente tratada (tratamiento no documentado, que finalizó el tratamiento a menos de 30 días del parto o que se trató con un antibiótico diferente a penicilina). Se recomienda estudio extenso y tratamiento¹¹.
3. SC poco probable: recién nacido con examen físico normal, madre adecuadamente tratada, sin signos de infección. No se recomienda estudio ni tratamiento¹¹.

Un tercio de los casos de SC precoz presentaron signos o síntomas, en concordancia con la literatura, que indica que el 60% de los casos serán asintomáticos al nacimiento¹¹. Por ello, el análisis de la serología y antecedentes maternos resultan fundamentales para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

El ascenso de la SC comienza en el 2018 y registra su valor más alto en el 2021. Este fenómeno se evidenció en otros estudios de ITS, coincidiendo con la ola migratoria y que debido a las exigencias de ingreso al país, se ha intensificado la migración en condiciones de informalidad, lo que podría generar brechas en el acceso a salud¹². Por otro lado, el peak observado en el 2021 podría estar relacionado con la pérdida de los controles del embarazo durante la pandemia COVID-19¹³. Sin embargo, requiere mayor análisis dilucidar las causas de este comportamiento.

En cuanto a la distribución geográfica, las tasas de incidencia resultaron heterogéneas, pero elevadas globalmente. Esto podría evidenciar otros factores ambientales asociados en algunas áreas de Chile. Las regiones centrales (RM, Valparaíso y Bío Bío) acumularon más del 60% de los casos. Si bien estas son las regiones con mayor densidad poblacional de Chile, están entre las regiones con menor tasa de fecundidad, lo que explica la elevada tasa de incidencia⁸. La RM es la región que concentra el mayor número de nacimientos, lo que podría explicar la baja tasa a pesar del alto número de casos. Por último, Santiago y Valparaíso son regiones receptoras de población migrante, sin embargo, el porcentaje de nacidos vivos de madre extranjera es de 25% y 11% respectivamente, muy inferior a las cifras del norte de Chile⁸, regiones que no evidenciaron un aumento en la SC, pero sí de sífilis en gestantes en otros estudios⁶.

En este contexto, la vigilancia de la sífilis basada en la notificación obligatoria de casos es una estrategia crucial para identificar brechas y priorizar acciones, asegurando datos precisos y una respuesta de salud pública adecuada⁷.

Entre las limitaciones de este estudio, las bases de datos consignan un escaso número de variables. Por

ejemplo, no explicitan los resultados de las pruebas diagnósticas (treponémicas como no treponémicas) de la madre ni del recién nacido, se desconoce la nacionalidad de la madre o variables psicosociales como estado migratorio, ruralidad, adherencia al control prenatal, entre otras condiciones descritas como factores de riesgo para SC⁷. Por otro lado, la región de diagnóstico no necesariamente coincide con la región de residencia. Una de las fortalezas del presente estudio es que analizó datos secundarios con el diagnóstico confirmado y no con la sospecha³.

Conclusiones

Este estudio presenta los cambios en la tendencia de los casos notificados de sífilis congénita en Chile en los últimos doce años. La prevención de la transmisión vertical de la sífilis requiere un abordaje interdisciplinario que involucre a dermatólogos, obstetras y pediatras, con el fin de evitar consecuencias potencialmente graves en la madre y el niño.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Este trabajo se basó únicamente en el análisis secundario de una base de datos de acceso público, que se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://epi.minsal.cl/bases-de-datos-eno/>. En consecuencia, el Comité de Ética resolvió que el trabajo no requirió revisión-aprobación Ética, lo cual consta en el acta respectiva.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Dra. Loreto Villanueva Pabón, PhD, Salud Pública. Profesora asistente del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Universidad de Chile, por su desinteresada ayuda en la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Peeling RW, Mabey D, Chen XS, Garcia PJ. Syphilis. *Lancet*. 2023;340:336-46. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673622023480/fulltext>
2. Tsuboi M, Evans J, Davies EP, Rowley J, Korenromp EL, Clayton T, et al. Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000-20. *Lancet Glob Health*. 2021;9(8):e1110-8.
3. Ministerio de Salud (CL). Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile. 2017:221-33. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/>
4. Thean L, Moore A, Nourse C. New trends in congenital syphilis: epidemiology, testing in pregnancy, and management. *Curr Opin Infect Dis*. 2022;35(5):452-60. Disponible en: https://journals.lww.com/co-infectiousdiseases/fulltext/2022/10000/new_trends_in_congenital_syphilis_epidemiology..13.aspx
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
6. Cáceres K, Martínez R. Situación epidemiológica de sífilis (CIE 10: A50-A53.9). Chile, 2016. *Rev Chil Infectol*. 2018;35(3):284-96.
7. Organización Panamericana de la Salud. Nota técnica: Orientaciones para la eliminación de la sífilis y la sífilis congénita en las Américas. 2024.
8. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Subdepartamento de Demografía, Departamento de Estadísticas Demográficas y Sociales. Instituto Nacional de Estadísticas; 2022. Disponible en: <https://redatam-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=EV&lang=esp>
9. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estadísticas Vitales. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>
10. Stafford IA, Workowski KA, Bachmann LH. Syphilis Complicating Pregnancy and Congenital Syphilis. *N Engl J Med*. 2024;390(3):242-53. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra2202762>
11. Hazra A, Collison MW, Davis AM. CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *JAMA*. 2022;327(9):870-1.
12. Villanueva LP, Alfaro VF, Lagunas M, Horna-Campos O. Caracterización epidemiológica de los nuevos diagnósticos de infección por virus de inmunodeficiencia humana en Chile, período 2010-2019. *Rev Chil Infectol*. 2022;39(4):405-12.
13. Aguilante C, Durán JA, Ahumada E, Sandoval A, Carmona AS. Newborn with syphilitic pemphigus in pandemic's time. *Rev Chil Infectol*. 2021;38(6):800-4.