

Informe breve

RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS. TESTEO DE SÍFILIS/VIH EN EL PUERPERIO Y LACTANCIA PARA LA PREVENCIÓN DE SÍFILIS / VIH ADQUIRIDOS EN LA LACTANCIA.

STRATEGIC RECOMMENDATIONS. SYPHILIS / HIV TESTING IN THE POSTPARTUM AND LACTATION PERIOD FOR PREVENTION OF SYPHILIS / HIV ACQUIRED DURING LACTATION.

Autores: Hirsch, Roberto¹; Sosa, Marisol²; Carvallo, Héctor³

¹ Ex Profesor Titular Infectología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

² Jefa T.P. Infectología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

³ Ex Profesor Adjunto Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Título abreviado: Eestrategias de testeo sífilis / HIV en puerperio y lactancia

Contacto: rrhirsch@intramed.net

Fecha de envío: 04/5/2026

Fecha de aceptación: 29/5/2026

RESUMEN

En 2025, la tasa de incidencia de sífilis en Argentina fue de 117,2 casos por 100.000 habitantes, con un aumento de 75,6% respecto de 2022. Los grupos con mayor incidencia fueron personas de 20 a 24 años. En Argentina viven unas 140.000 personas afectadas de VIH, de las cuales aproximadamente 13% desconoce su diagnóstico. Los nuevos diagnósticos se concentran en personas de 20 a 39 años, persistiendo el problema del diagnóstico tardío. Un subgrupo especial está conformado por el binomio madre / recién nacido. Si hay lesiones en los pezones (grietas, ulceraciones, sangrado, chancros sífilíticos, mastitis con fisuras), el riesgo de transmisión de sífilis no es la leche materna en sí, sino el contacto del lactante con una lesión infecciosa, ya que -si hay lesiones sífilíticas activas en pezón o areola- puede haber transmisión por contacto directo con esas lesiones. Con referencia a VIH, las lesiones mamarias pueden aumentar el riesgo de transmisión durante lactancia al incrementar el paso de virus a la leche, exponer sangre además de leche, y asociarse con inflamación (mastitis), que puede elevar carga viral local. Proponemos un modelo de protocolo ampliado, que incluye tamizaje dinámico en el puerperio y lactancia, manejo adecuado de las lesiones mamarias, optimización del testeo, actualización sobre la gestión hospitalaria, y otras acciones complementarias, para minimizar los riesgos.

Palabras clave: sífilis, HIV, puerperio, lactancia, testeo



SUMMARY

In 2025, syphilis incidence rate in Argentina was 117.2 cases per 100,000 inhabitants, a 75.6% increase compared to 2022. The age group with the highest incidence was 20 to 24 years old. Approximately 140,000 people living with HIV are in Argentina, of whom about 13% are unaware of their diagnosis. New diagnoses are concentrated in people aged 20 to 39, and the problem of late diagnosis persists. A special subgroup is comprised of the mother/newborn dyad. If there are lesions on the nipples (cracks, ulcerations, bleeding, syphilitic chancres, mastitis with fissures), the risk of syphilis transmission is not from breast milk itself, but from the infant's contact with an infectious lesion. If there are active syphilitic lesions on the nipple or areola, transmission can occur through direct contact with these lesions. With regard to HIV, breast lesions can increase the risk of transmission during breastfeeding by increasing viral shedding into breast milk, exposing the breast to blood in addition to milk, and being associated with inflammation (mastitis), which can raise the local viral load. We propose an expanded protocol model, including dynamic screening during the postpartum period and breastfeeding, appropriate management of breast lesions, optimization of testing, updates on hospital management, and other complementary actions, to minimize risks.

Key words: syphilis, HIV, postpartum, breastfeeding, testing

RESUMO

Em 2025, a taxa de incidência de sífilis na Argentina foi de 117,2 casos por 100.000 habitantes, um aumento de 75,6% em comparação com 2022. A faixa etária com maior incidência foi de 20 a 24 anos. Aproximadamente 140.000 pessoas vivendo com HIV na Argentina desconhecem seu diagnóstico, das quais cerca de 13% desconhecem seu status sorológico. Os novos diagnósticos concentram-se em pessoas de 20 a 39 anos, e o problema do diagnóstico tardio persiste. Um subgrupo específico é composto por mães e seus recém-nascidos. Se houver lesões nos mamilos (rachaduras, ulcerações, sangramento, cancro sífilítico, mastite com fissuras), o risco de transmissão da sífilis não é pelo leite materno em si, mas pelo contato do bebê com uma lesão infecciosa. Se houver lesões sífilíticas ativas no mamilo ou na aréola, a transmissão pode ocorrer por contato direto com essas lesões. Com relação ao HIV, as lesões mamárias podem aumentar o risco de transmissão durante a amamentação, aumentando a passagem do vírus para o leite, expondo o sangue além do leite e estando associadas à inflamação (mastite), que pode elevar a carga viral local. Propomos um modelo de protocolo ampliado, que inclui triagem dinâmica durante o período pós-parto e a amamentação, manejo adequado das lesões mamárias, otimização dos testes, atualizações no manejo hospitalar e outras ações complementares para minimizar os riscos.

Palavras chave: sífilis, HIV, pós-parto, amamentação, testes

El éxito en la reducción de la transmisión vertical del VIH mediante el uso de TARGA y cargas virales indetectables (que incluso permiten considerar la LM bajo protocolos estrictos) debe servir como modelo, pero también como advertencia para la sífilis. Mientras que la profilaxis del HIV se controla con medicación, la sífilis requiere un monitoreo constante del comportamiento epidemiológico y clínico, de la población, ya que su facilidad de contagio por contacto directo por piel y mucosas la hace extremadamente sensible en poblaciones jóvenes sexualmente activas, que incluyen a la mujer, durante el periodo de amamantamiento.

Los datos del Ministerio de Salud de la Nación (2025) revelan un escenario crítico que obliga a revisar los protocolos de seguimiento postparto:



- **Récord Histórico:** Con 46.779 casos en 2025, la sífilis ha alcanzado su pico máximo en décadas, con una tasa de 117,2 por 100.000 habitantes.
- **Focalización en Mujeres Jóvenes:** El grupo de 20 a 24 años presenta la tasa más alta del país (366 por 100.000 en mujeres), coincidiendo con la edad de mayor fecundidad y lactancia.
- **Falla en el "Efecto Escudo" del Embarazo:** El aumento del 75,6% respecto a 2022 indica que el testeo sólo durante la gestación es por demás insuficiente ante la persistente circulación del *Treponema pallidum*.

Los datos que aporta el boletín epidemiológico nacional BEN demuestran que no estamos ante una "meseta", sino ante un estallido de casos.

- **La paradoja de la incidencia:** Mientras que para permitir la lactancia (según las nuevas guías SADI 2023) en el HIV el objetivo es la "indetectabilidad", en la sífilis el objetivo es el monitoreo para evitar la reinfección.
- **Vulnerabilidad etaria:** El 76% de los casos se concentra en menores de 39 años con mayor prevalencia en mujeres. Las tasas en mujeres de 20-24 años (366/100.000) triplican la tasa nacional, mientras que el período de lactancia queda totalmente expuesto a la circulación comunitaria del *Treponema*.
- **Ineficacia del control prenatal único:** La aceleración de los casos de lúes del 75,6% en los últimos tres años demuestra que el control de la embarazada — aunque sea exitoso — no protege al binomio si no hay un seguimiento en el postparto durante la lactancia, donde la madre joven retoma su actividad sexual en un contexto de alta prevalencia.

Al igual que ocurre con el HIV, la sífilis presenta un riesgo significativo durante la lactancia en madres negativas durante el embarazo, que se contagian (seroconversión) durante la etapa de lactancia:

- **Transmisión por Lesiones en Pezón:** La transmisión ocurre por contacto directo con chancros primarios o lesiones secundarias en la areola o pezón, agravado esto por las lesiones dermatológicas localizadas y generalizada de difícil diagnóstico, de "la gran simuladora".
- **Parejas no Testeadas:** El reinicio de la actividad sexual postparto, a menudo con parejas que no fueron tamizadas o tratadas durante el embarazo, constituye la principal vía de ingreso del treponema al binomio madre-hijo.
- **Cicatriz Serológica vs. reinfección:** En madres con antecedentes de sífilis la falta de seguimiento de títulos (VDRL) durante la lactancia impide distinguir una cicatriz de la reinfección activa y contagiante.

Haciendo un meta análisis de artículos sobre el HIV y la biología de la sífilis, identificamos tres vías de riesgo para el lactante de una madre "negativa" durante la gestación:

1. **Transmisión por contacto directo (Sifilides):** A diferencia del HIV, que requiere el paso del virus a través de la leche materna, la sífilis en el lactante ocurre por contacto directo y se transmite si la madre desarrolla un chancre primario o lesiones secundarias (placas mucosas sifilides) en el complejo areola-pezón, o por contacto piel con piel.
2. **Seroconversión materna postparto:** La madre puede contagiarse durante la lactancia o en los primeros meses de vida del bebé. Al ser una infección reciente, la carga bacteriana es altísima, facilitando la transmisión incluso por microlesiones cutáneas durante el amamantamiento.
3. **El "Efecto Pareja":** El informe menciona que muchas transmisiones ocurren por parejas no estudiadas o nuevas parejas. En Argentina, el tratamiento de los contactos sigue siendo el eslabón más débil de la cadena.



PROPUESTA DE PROTOCOLO AMPLIADO

Basado en el hecho que las madres negativas o estudiadas en el embarazo, en general, no vuelven a ser testeadas, se propone este esquema de Vigilancia Activa de transmisión en la Lactancia:

A. Tamizaje Dinámico en el Puerperio y lactancia

- VDRL y VIH durante el parto no es suficiente
- Instaurar el Testeo de Infección, Recidiva o Reinfección:
- VDRL/VIH Prueba Rápida al 3er, 6°,9° y 12°mes postparto: Integrar el testeo de la madre en el calendario de vacunación o en los controles de "Niño Sano".
- Aprovechamiento de la Prueba Rápida: Dado que el informe destaca que la expansión de estas pruebas mejoró la detección, su uso en vacunatorios o la sala de espera pediátricas sería una estrategia de "captación oportunista".
- Lactancia hasta los 24 meses. Proponer testeo trimestral en madre en riesgos de exposición
- Testeo de la pareja materna. Proponer testeo de la pareja durante el embarazo, 1° y 3° trimestre o parto. Ante conductas de riesgo testeo trimestral o semestral.

B. Manejo ante Lesiones Mamarias

Todo equipo de salud (puericultoras, enfermeros, pediatras) debe ser capacitado en Diagnóstico Diferencial de Mastitis vs. Lesiones mamarias por Sífilis:

- Ante una grieta del pezón que no cura o una úlcera indolora, se debe realizar hisopado para PCR de Treponema o campo oscuro, VDRL y test rápido en forma inmediata.
- Conducta: Indicar la suspensión temporal de la lactancia del pecho afectado hasta descartar lesión sífilítica activa.



PROPUESTA DE RECOMENDACIÓN DE TESTEO

- (Protocolo "Lactancia Protegida")
- Dada la ausencia de estacionalidad y el aumento sostenido en todas las regiones (especialmente Sur, Cuyo y NEA), se recomienda:

Momento del Testeo	Población Objetivo	Acción Recomendada
Egreso Hospitalario	Todas las púerperas.	Realizar VDRL/HIV Prueba Rápida antes del alta, independientemente de los resultados del 3er trimestre.
Control de los 3 meses	Madres en lactancia activa.	Tamizaje serológico de rutina en el primer control pediátrico/obstétrico post-cuarentena.
Control a los 6 meses y cada 3 meses	Grupos de alta vulnerabilidad.	Repetir testeo coincidiendo con el inicio de la alimentación complementaria. En caso se sostener lactancia hasta los 12 o 24 meses realizar testeo cada 6 meses
Ante Lesiones en Pecho	Madres con o sin dolor o grietas.	Diagnóstico diferencial de lesiones en pezón: descartar chancro sifilítico antes de continuar LM.

ACCIONES CLÍNICAS COMPLEMENTARIAS

- Testeo de la Pareja: No se puede garantizar una lactancia segura sin el testeo efectivo de la pareja sexual. La "curación" de la madre en el embarazo es transitoria si el entorno no se estudia.
- Tratamiento de la Pareja: No se puede garantizar una lactancia segura sin el tratamiento efectivo de la pareja sexual. La "curación" de la madre en el embarazo es transitoria si el entorno no se trata.
- Educación Proactiva: Informar a la madre joven que una VDRL negativa en el parto no la exime de riesgo futuro. Fomentar el uso de preservativos durante la lactancia, si la pareja no ha sido testeada. Informar que el preservativo no protege el contacto con todas lesiones (no protege de localizaciones orales o mamarias)
- Vigilancia del Lactante: Ante una madre con diagnóstico nuevo durante la lactancia, debe evaluarse al niño inmediatamente para descartar sífilis adquirida, siguiendo protocolos de tratamientos, según corresponda.

GESTIÓN HOSPITALARIA

Mientras que el avance en terapias para VIH (TARGA), nos permite ser más flexibles con la lactancia, el retroceso epidemiológico en Sífilis nos obliga a ser más estrictos con el control serológico, ya que no tenemos disponible una 'profilaxis pre-exposición' (PrEP) efectiva para la lúes, más que el diagnóstico precoz y el tratamiento de la cadena de contagio.



LA "DECISIÓN COMPARTIDA" Y LA INFORMACIÓN AL PACIENTE

Basándonos en el enfoque sobre el HIV en países desarrollados, deberíamos cambiar las formas de comunicación con las madres jóvenes, del siguiente modo:

1. Transparencia de Riesgo: Informar que la "negatividad" en el parto es una foto fija y no un seguro de salud permanente.
2. Empoderamiento en la Prevención: Si la madre decide mantener la lactancia (que siempre es la recomendación principal por sus beneficios), debe estar al tanto, que el uso del preservativo y el testeo de su pareja son parte del "cuidado de su hijo". sabiendo que para la prevención de la sífilis, el preservativo no garantiza el 100% de barrera ya que puede haber contagio dependiendo de la localización de las lesiones infectantes.
3. Desestigmatización: El aumento de tasas en 2025 demuestra que la sífilis es una realidad transversal. La recomendación de testeo debe ser universal para evitar el sesgo de riesgo.

CONCLUSIONES

El estudio del binomio madre-hijo lactante constituye un componente esencial para la prevención, detección precoz y manejo oportuno de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis, dado que ambas infecciones pueden involucrar mecanismos complejos de transmisión vertical y, en determinadas circunstancias, exposición posnatal.

En el caso de la sífilis, aunque la principal vía de transmisión ocurre por vía transplacentaria durante la gestación, la evaluación conjunta de madre e hijo es fundamental para identificar infección materna activa, diagnosticar oportunamente sífilis congénita y detectar condiciones particulares que podrían favorecer exposición posnatal, como lesiones sifilíticas en el complejo pezón-areola.

Dado que la infección materna puede ser asintomática o insuficientemente diagnosticada, el estudio simultáneo del binomio madre-hijo permite reducir subdiagnóstico, iniciar tratamiento oportuno y prevenir complicaciones graves en el lactante.

En relación con el VIH, la importancia del abordaje es aún mayor, dado que la transmisión puede ocurrir durante embarazo, parto y lactancia.

El riesgo de transmisión posnatal puede verse influido por múltiples factores biológicos, incluyendo carga viral materna, adherencia al tratamiento antirretroviral, inflamación mamaria, mastitis, grietas o sangrado del pezón, e integridad de las mucosas del lactante. La evaluación conjunta permite identificar estos factores de riesgo, monitorear la exposición del niño y establecer intervenciones preventivas dirigidas a minimizar la transmisión.

Asimismo, el estudio de la díada permite analizar la interacción entre factores protectores — como la respuesta inmune materna y componentes inmunológicos de la leche humana — y factores que pueden favorecer infectividad o susceptibilidad.

Este enfoque resulta particularmente relevante cuando existen lesiones mamarias, dado que pueden alterar barreras anatómicas, modificar la exposición a patógenos y potencialmente aumentar el riesgo de transmisión.

Desde una perspectiva epidemiológica y clínica, el abordaje centrado en el binomio madre-hijo permite no solo identificar eventos de transmisión ya ocurridos, sino también anticipar riesgos, optimizar decisiones sobre lactancia, implementar profilaxis o tratamiento temprano y fortalecer estrategias de vigilancia y control.

En este contexto, el estudio sistemático de la madre y el lactante no constituye únicamente una medida diagnóstica, sino una estrategia integral de prevención orientada a reducir la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis, especialmente en escenarios donde existen factores adicionales de riesgo, como lesiones mamarias o sospecha de exposición durante la lactancia.



Consideramos de importancia superlativa el aprovechar la ocasión del control del lactante para controlar a su nodriza, contactos del cuidado del niño y/u otros factores que faciliten las posibilidades de transmisión de ITS de uno al otro.

A tales efectos, proponemos un modelo de protocolo ampliado, que incluye tamizaje dinámico en el puerperio y lactancia, manejo adecuado de las lesiones mamarias, optimización del testeo, actualización sobre la gestión hospitalaria, y otras acciones complementarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021; 70(4):1-187.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the prevention and control of congenital syphilis. *MMWR Suppl.* 1988; 37(S-1):1-13.
3. Leslie SW, Vaidya R. Congenital and maternal syphilis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available from: National Center for Biotechnology Information.
4. Barbé C, Bitar D, Dupin N, Fouéré S. Secondary syphilis in a 14-month-old girl and child-to-mother transmission. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023; 37(4): e487-e489.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Syphilis (*Treponema pallidum*) 2015 case definition. Atlanta (GA): CDC; 2015.
6. Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015; 64(RR-03):1-137.
7. Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, Richardson B, Overbaugh J, Mwatha A, et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2000; 283(9):1167-74.
8. Semba RD, Kumwenda N, Hoover DR, Taha TE, Quinn TC, Mtimavalye L, et al. Human immunodeficiency virus load in breast milk, mastitis, mother-to-child transmission of HIV-1. *J Infect Dis.* 1999; 180(1):93-8.
9. Willumsen JF, Filteau SM, Coutoudis A, Uebel KE, Newell ML, Rollins NC, et al. Breastmilk RNA viral load in HIV-infected South African women: effects of subclinical mastitis and infant feeding. *AIDS.* 2003; 17(3):407-14.
10. Lunney KM, Iliff P, Mutasa K, Ntozini R, Magder LS, Moulton LH, et al. Associations between breast milk viral load, mastitis, exclusive breastfeeding, and postnatal HIV transmission. *Clin Infect Dis.* 2010; 50(5):762-9.
11. Kasonka L, Makasa M, Marshall T, Sinkala M, Chintu C, Kankasa C, et al. Risk factors for HIV transmission from mother to child during breastfeeding: a case-control study. *Lancet.* 2001; 357(9268):1557-63.
12. Kourtis AP, Lee FK, Abrams EJ, Jamieson DJ, Bulterys M. Mother-to-child transmission of HIV-1: timing and implications for prevention. *Lancet Infect Dis.* 2006; 6(11):726-32.
13. Kuhn L, Kasonde P, Sinkala M, Kankasa C, Semrau K, Scott N, et al. Dynamics of breast milk HIV-1 RNA with unilateral mastitis or abscess. *AIDS.* 2013; 27(4):573-80.
14. Little KM, Kilmarx PH, Taylor AW, Rose CE, Rivadeneira ED, Nesheim SR. A review of evidence for transmission of HIV from children to breastfeeding women and implications for prevention. *Pediatr Infect Dis J.* 2012; 31(9):938-42. (Relevante para transmisión bidireccional en presencia de fisuras del pezón).
15. Centers for Disease Control and Prevention. HIV and breastfeeding. Atlanta (GA): CDC; 2025. Available from: Centers for Disease Control and Prevention.