

Placas y pápulas erosivas en los pliegues

Erosive plaques and papules in folds

Eugenia Miraglia¹, Eliana Maribel Gerez², María Victoria Garritano³ y María Roxana Maradeo⁴

¹ Médica Instructora de Residentes

² Médica Jefa de Residentes

³ Médica de Planta

⁴ Médica Jefa del Servicio
Servicio de Dermatología, HIGA General San Martín, La Plata,
Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Contacto del autor: Eugenia Miraglia

E-mail: eugemiraglia9@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 3/8/2020

Fecha de trabajo aceptado: 28/9/2020

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2020, 26 (3): 133-135

CASO CLÍNICO

Una mujer de 23 años, con antecedentes de infección por HIV diagnosticada en 2012, que seguía un tratamiento antirretroviral errático, el cual reinició hacía 3 meses, consultó a nuestro servicio por lesiones cutáneas distribuidas en los pliegues, de un mes de evolución.

En el examen físico presentaba pápulas y placas eritematosas, algunas con un centro erosivo y de borde bien delimitado, que comprometían los pliegues submamario, axilares, inguinales y antecubitales (Fotos 1, 2 y 3). La paciente refería ardor y dolor, además de un



FOTO 1: Pápulas y placas eritematosas, algunas con un centro erosivo, localizadas en el pliegue submamario.



FOTO 3: Compromiso axilar.



FOTO 2: Pápulas eritematosas de superficie brillante y algunas con un centro erosionado, ubicadas en el pliegue antecubital.

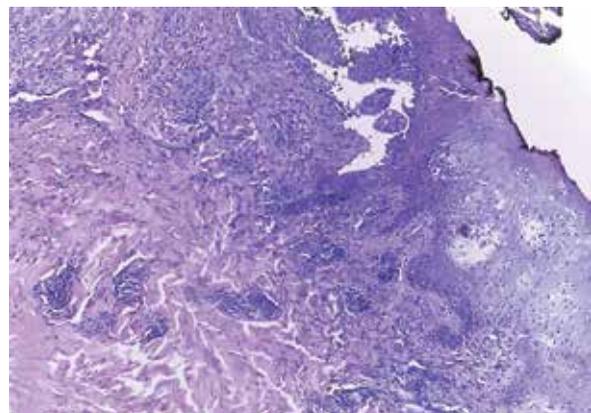


FOTO 4: Infiltrado inflamatorio dérmico mixto perivascular y perianxial (HyE, 10X).

cuadro de repercusión general con astenia, adinamia y pérdida de peso. Las mucosas estaban respetadas y no tenía adenopatías.

Se solicitó un laboratorio general con pruebas serológicas para virus hepáticos, VDRL, nueva carga viral y recuento de CD4. Se realizó una biopsia para estudio histopatológico, que informó: epidermis con acantosis, paraqueratosis, marcada espongirosis, exocitosis leucocitaria y vacuolización de la membrana basal. En la dermis, un infiltrado inflamatorio mixto perivascular y perianexial con linfocitos, histiocitos, células plasmáticas y neutrófilos (véase Foto 4).

DIAGNÓSTICO

Sífilis secundaria: condilomas planos.

COMENTARIO

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica causada por una espiroqueta, *Treponema pallidum*, que se contagia fundamentalmente por contacto sexual y por transmisión vertical durante el embarazo y a través del canal de parto. Representa un problema de salud mundial, con 12 millones de personas infectadas por año^{1,2}.

La sífilis secundaria cursa con lesiones cutaneomucosas que aparecen en brotes y tienden a resolverse dentro del primer año del contagio. Las lesiones características de esta etapa de la enfermedad se denominan sífilides y se presentan en múltiples variedades: maculosas, papulosas, foliculares, papulonecroticas, en placas, vegetantes, anulares, ulceradas, hipopigmentadas o hiperpigmentadas, parches alopecicos, etc. Este gran polimorfismo lesional es el que le ha valido a la sífilis la denominación de “la gran simuladora” y el médico debe mantener un alto índice de sospecha, ya que se pueden confundir fácilmente con lesiones propias de otras patologías¹⁻³.

Cuando las sífilides asientan en los pliegues cutáneos o cutaneomucosos, zonas húmedas o de roce, se denominan condilomas planos. Son lesiones altamente contagiosas, con una gran carga de treponemas y aparecen hasta en el 10% de los casos de sífilis secundaria⁴.

Clínicamente, consisten en pápulas o placas múltiples sobrelevadas, hipertróficas y de tamaño variable. La superficie suele estar erosionada o macerada y emanan un olor característico *sui generis*. A veces, se cubren de una película de color blanco-grisáceo, producto del carácter exudativo de las lesiones. Si bien casi siempre son asintomáticas, algunos pacientes pueden referir ardor, prurito o incluso dolor⁴.

Treponema pallidum es un microorganismo que crece mejor en un ambiente con baja tensión de oxígeno, por eso, los pliegues y las zonas de oclusión son los sitios más favorables para su desarrollo⁴. Los pliegues afectados con mayor frecuencia son el interglúteo, el vulvar, el perianal

y el inguinal. En el escroto también pueden encontrarse estas lesiones. La localización en los pliegues submamario, auricular, axilar e interdigital y en el ombligo, si bien se observó, es excepcional⁴. Fiumara describió la localización axilar en una mujer y Hua *et ál.* presentaron el caso de una paciente con condilomas planos en las axilas, los pliegues inguinales y la región perianal^{5,6}. Cabe aclarar que los casos mencionados correspondieron a pacientes inmunocompetentes, a diferencia de la paciente estudiada que, además, presentaba compromiso de los pliegues antecubitales. No hemos encontrado hasta ahora, en la literatura especializada, ningún caso con esa localización.

Muchos autores consideran que la mala higiene, la hiperhidrosis y el antecedente de intertrigo micótico son factores predisponentes para la aparición de condilomas planos en los pliegues⁴.

La coinfección con HIV y sífilis es frecuente y puede alterar el curso clásico de esta última, con manifestaciones clínicas atípicas y más agresivas o extensas. Se recomienda, al realizar el diagnóstico de sífilis, solicitar serología para el HIV⁷. En el caso de la paciente, el diagnóstico de infección por HIV era conocido y sus valores de CD4, menores de 200 cél./mm³, con alta carga viral, lo que pudo haber influido en la presentación clínica tan extensa y florida.

El cuadro dermatológico muchas veces se acompaña de un síndrome de repercusión general con fiebre, astenia, mialgias, artralgias y pérdida de peso, como sucedió en nuestro caso. Además, es posible el compromiso de órganos internos, como la afectación renal con síndrome nefrótico o síntomas neurológicos por neurosífilis^{4,8}.

Para el diagnóstico de sífilis secundaria se cuenta con diversos métodos de estudio, directos o indirectos. El campo oscuro es de gran utilidad para detectar treponemas en los condilomas, debido a la alta carga que tienen en estas lesiones⁹. En la mucosa oral o anal, este método podría dar falsos positivos, ya que en estas regiones se encuentran treponemas saprofitos, no patógenos, difíciles de distinguir de *Treponema pallidum*⁸. Dada la alta concentración de anticuerpos durante el secundarismo, la sensibilidad de las pruebas serológicas es muy alta, cercana al 100%^{3,10}. En el caso comunicado, la VDRL fue de 64 dils y la prueba treponémica (TP-HA) fue positiva. En el estudio histopatológico se puede encontrar un infiltrado inflamatorio perivascular con plasmocitos. Si bien no siempre es necesaria la realización de una biopsia cutánea, ante la duda diagnóstica puede ser una herramienta útil, en especial para descartar otras patologías⁴.

Los diagnósticos diferenciales de sífilis secundaria planteados habitualmente son: farmacodermia, pitiriasis rosada, pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda y exantemas virales, entre otros. En los pacientes con infección por

el HIV, se deben tener presentes también las infecciones oportunistas⁷. En nuestro caso, además, se incluyeron patologías que afectan los pliegues, como pénfigo vegetante, intertrigo candidiásico y eccema herpético.

La penicilina es el tratamiento de elección y el único antibiótico que, hasta la fecha, no ha generado resistencia y que permite una rápida curación. En la sífilis temprana, se indica una dosis única de 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatínica por vía intramuscular. En la sífilis latente tardía o sífilis terciaria, están indicadas tres dosis separadas por una semana¹. En la paciente del caso comentado, se instauró el tratamiento con una dosis de penicilina y se observó una notable mejoría a las 72 horas de su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Torales G, Galarza P, Soto V. Diagnóstico y tratamiento de sífilis. Recomendaciones para equipos de salud. [en línea], Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina, 2019. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001408cnt-2019-08-30_guia-sifilis.pdf>. [Consulta: julio 2020].
- Bermejo A, Leiro V. Sífilis. El desafío permanente. *Dermatol Argent* 2011;17:156-159.
- Cuellar-Rios I, Ávila F, Lozano A. Secundarismo sífilítico: un amplio espectro de manifestaciones dermatológicas. *UM* 2017;58:1-5.
- Vera CI, Bermejo A, Leiro V, Parra V, et al. Condilomas planos interdigitales. *Dermatol Argent* 2010;16:199-203.
- Fiumara NJ. Unusual location of condyloma lata. A case report. *Br J Vener Dis* 1977;53:391-393.
- Hua H, Zhu X, Yang L, Li M, et al. Multiple condylomata lata: a case report. *Int J Dermatol* 2008;47:56-58.
- Pérez-Pérez L, Cabanillas M, Ginarte M, Sánchez-Aguilar D, et al. Sífilis maligna en un paciente con infección por el VIH. *Actas Dermosifiliogr* 2007;98:351-354.
- Pérez Cortés S, Novales Coloma J, Moreno Agraz G. Secundarismo sífilítico en pacientes inmunocompetentes, comunicación de dos casos. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2005;14:152-155.
- Bermejo A, Monticelli A, Famiiglietti A, Bouzas B, et al. Primer consenso de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. [en línea], Comisión de sida y ETS de la Sociedad Argentina de Infectología; 2011. Disponible en: <<https://drive.google.com/file/d/1vqw7usdeyo5fkjxwb239f8pudq9mbdur/view>> [Consulta: julio 2020].
- Medina Castillo D, Mora Ruiz S. Sífilis secundaria. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2002;11:14-17.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA: Inmunocirocirugía, una alternativa terapéutica en los carcinomas basocelulares invasores

María Belén Mariucci Vázquez

Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

El carcinoma basocelular es la neoplasia maligna más prevalente y una patología muy frecuente de consulta dermatológica.

La cirugía convencional y la cirugía micrográfica de Mohs representan la primera opción de tratamiento, pero se cuenta con numerosas alternativas de segunda línea como el tratamiento tópico con 5-fluorouracilo o con imiquimod, la criocirugía y la terapia fotodinámica, con menores tasas de respuesta y mayores tasas de recidiva.

La inmunocirocirugía consiste en la aplicación diaria de un inmunomodulador, como el imiquimod al 5% en crema durante 2 semanas, sobre la lesión, con un margen de 0,5 cm. En el día 14 de

tratamiento, se realizan dos ciclos de criocirugía de 15 segundos cada uno en el área tratada y luego se continúa con la aplicación del imiquimod durante 3 semanas más (5 semanas de tratamiento total).

La tasa de respuesta completa es mayor del 95% en los carcinomas basocelulares invasores (no superficiales), ampliamente superior a la de la monoterapia con imiquimod o la criocirugía y comparable con el tratamiento quirúrgico. La tasa de recidiva no llega al 10% a los 5 años en las lesiones menores de 2 cm.

Los beneficios de este tratamiento se deben a que el imiquimod generaría un flujo de células dendríticas antes de la liberación de antígenos tumorales con la criocirugía, y la consecuente pre-

sentación antigénica y producción de anticuerpos específicos que destruyen el tumor. El mantenimiento de la respuesta inmunitaria en el tiempo con la finalidad de la eliminación total de la lesión se produce con la aplicación del imiquimod durante 3 semanas más después de la criocirugía.

Si bien los estudios son escasos y la técnica empleada dificulta la realización de ensayos doble ciego con grupo control, se concluye que la inmunocirocirugía constituiría una alternativa de tratamiento eficaz y de bajo costo en los tumores inoperables o en los pacientes que rechazan la cirugía, incluso ante lesiones de gran tamaño y en localizaciones con alto riesgo de recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Gaitanis G, Bassukas ID. Immunocryosurgery for non-superficial basal cell carcinoma: a prospective, open-label phase III study for tumours < 2 cm in diameter. *Acta Derm Venereol* 2014;94:38-44.
- Gaitanis G, Bassukas ID. Immunocryosurgery for non-superficial basal cell carcinomas ≤ 20 mm in maximal diameter: Five-year follow-up. *J Geriatr Oncol* 2019;10:475-478.