

el HIV, se deben tener presentes también las infecciones oportunistas<sup>7</sup>. 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 semana<sup>1</sup>. 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](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.