

## Papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud. Revisión del tema y reporte de un caso

Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteaud. Review of the literature and case report

MAIRA HERZ RUELAS,\* AMIT PANDYA\*\*

\*Residente de cuarto año, Hospital Universitario Dr. José E. González, UANL, Monterrey;

\*\*Profesor del Departamento de Dermatología, University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas

### RESUMEN

LA PAPILOMATOSIS CONFLUENTE Y RETICULADA DE GOUGEROT Y CARTEAUD FUE DESCRITA POR PRIMERA VEZ EN 1927. SU ETIOLOGÍA AÚN PERMANECE INCIERTA. PROBABLEMENTE SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD MULTIFACTORIAL DEBIDO A LA RESPUESTA CLÍNICA FAVORABLE OBTENIDA CON DIVERSAS TERAPIAS.

**PALABRAS CLAVE:** PAPILOMATOSIS, PIGMENTACIÓN

### ABSTRACT

CONFLUENT AND RETICULATED PAPILLOMATOSIS OF GOUGEROT AND CARTEAUD WAS FIRST DESCRIBED IN 1927. ITS ETIOLOGY STILL REMAINS UNCERTAIN. IT IS PROBABLE THAT IT COULD BE A MULTIFACTORIAL DISEASE DUE TO THE FAVORABLE CLINICAL RESPONSE OBTAINED WITH DIVERSE THERAPIES.

**KEY WORDS:** PAPILLOMATOSIS, PIGMENTATION

### Introducción

La papilomatosis confluyente y reticulada (PCR) fue descrita por primera vez en 1927 por Gougerot y Carteaud como dermatosis.<sup>1</sup> Típicamente ocurre durante la pubertad, y las mujeres jóvenes son afectadas 2.5 veces más frecuentemente que los hombres jóvenes; los individuos de raza negra son dos veces más propensos a padecerla que los de raza blanca. Esta entidad ocurre esporádicamente aunque se han descrito casos familiares.<sup>2</sup>

A pesar de que la patogénesis de la PCR permanece incierta, existen varias teorías que tratan de explicarla. Algunos piensan que se debe a un desequilibrio endocrino,<sup>3</sup> por ejemplo resistencia a la insulina, debido a su ocasional asociación con desórdenes de obesidad, irregularidades menstruales, diabetes mellitus, enfermedad hipofisiaria y tiroidea, así como debido a su semejanza con la acantosis nigricans. Otra teoría establece que se debe a una queratinización anormal,<sup>4</sup> sugerida por la resolución clínica en

algunos casos tratados con retinoides sistémicos o tópicos.<sup>5</sup> También se ha sugerido una respuesta de hipersensibilidad anormal a *Pityrosporum orbiculare* debido al hallazgo de éste en ocasiones en las lesiones causadas por esta entidad, así como a la respuesta clínica favorable obtenida en casos tratados con sulfuro de selenio tópico.<sup>6</sup>

Otras teorías mencionadas en la literatura incluyen: fotosensibilidad,<sup>7</sup> factores genéticos, amiloidosis cutánea,<sup>8</sup> además de una participación bacteriana debido a las respuestas clínicas exitosas reportadas con diversos antibióticos sistémicos.

Clínicamente se manifiesta por múltiples pápulas hiperqueratósicas, color café, de 4-5 mm de diámetro en la región intermamaria, interescapular o en el epigastrio; típicamente respeta las áreas intertriginosas. En forma paulatina confluyen centralmente y se tornan verrucosas, dejando en la periferia un aspecto reticulado. Otros sitios que también pueden afectarse son el cuello y los hombros. Las lesiones son asintomáticas o, en raras ocasiones, levemente pruriginosas.

A nivel histopatológico encontramos hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis, aunque se ha descrito un caso sin papilomatosis;<sup>9</sup> así como hiperpigmentación del estrato basal por un incremento en la melanina. Además, se observa un escaso infiltrado linfocítico perivascular superficial.

### CORRESPONDENCIA:

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Madero y Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, CP 64460, Monterrey, NL. Tel (01 81) 83-48-14-65

Entre sus diagnósticos diferenciales se encuentran acantosis nigricans, pseudoacantosis nigricans, tiña versicolor, amiloidosis cutánea, síndrome de Dowling-Degos e ictiosis.

### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 30 años de edad, mexicana, que acude a la clínica de Parkland refiriendo seis meses de evolución con múltiples pápulas milimétricas de color café, pruriginosas, confluentes centralmente y con aspecto reticulado en la periferia, en las caras anterior y posterior del tórax.

Se decide la toma de biopsia en sacabocado de una de las lesiones, y se encuentran datos histopatológicos compatibles con papilomatosis confluyente y reticulada: acantosis, papilomatosis, hiperpigmentación del estrato basal, así como infiltrado inflamatorio perivascular (Foto 1).

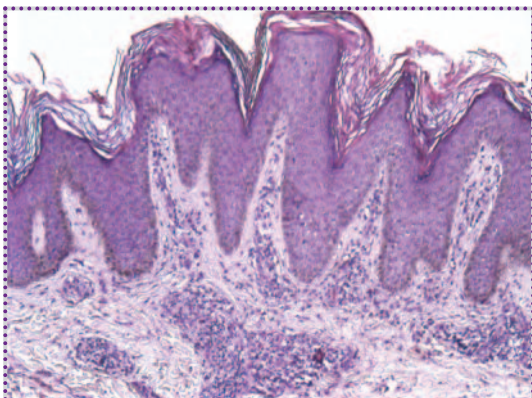


Foto 1. Acanthosis, papilomatosis, hiperpigmentación del estrato basal, así como infiltrado inflamatorio perivascular.

Debido a los reportes encontrados en la literatura acerca de la eficacia del uso de antibióticos sistémicos para este padecimiento, especialmente con la minociclina, se decide su manejo inicialmente con minociclina 100 mg c/12 hrs, además de aplicación de loción de lactato de amonio al 12% c/12 hrs durante un periodo de dos meses. Al término de este tiempo la paciente acudió, con mejoría de 70%, desaparición del prurito y aplanamiento de las pápulas hasta convertirse en máculas de aspecto reticulado (Fotos 2 y 3).

Se decide continuar su manejo con minociclina, además de aplicación de ketoconazol shampoo tres veces por semana, así como hidroquinona 4% crema c/12 hrs sobre las áreas afectadas, en un intento de disminuir la hiperpigmentación residual. La paciente logró mejoría clínica importante de sus síntomas, aunque persisten múltiples máculas de color café y aspecto reticulado (Foto 4).



Foto 2. Lesiones en cara anterior de tórax posterior a dos meses de tratamiento con minociclina y loción de lactato de amonio al 12%.



Foto 3. Lesiones en cara posterior de tórax posterior a dos meses de tratamiento con minociclina y loción de lactato de amonio al 12%.



Foto 4. Acercamiento de las lesiones.

## Discusión

El manejo de esta dermatosis en ocasiones es frustrante, porque es posible que no responda al tratamiento, y de hacerlo, comúnmente recurre al suspenderlo. Se ha logrado mejoría con el uso de diversos antibióticos sistémicos (minociclina, ácido fusídico, claritromicina, eritromicina y azitromicina);<sup>10</sup> la minociclina es un antibiótico frecuentemente reportado como efectivo.<sup>11</sup>

Además, se han utilizado antimicóticos, ácido salicílico, urea, ácido láctico, calcipotriol,<sup>12</sup> 5-fluoruracilo; los retinoides tanto sistémicos<sup>13</sup> como tópicos<sup>14</sup> también han sido reportados con resultados favorables.

Debido a la respuesta clínica favorable obtenida en esta dermatosis con el manejo de múltiples y diversas terapias, concluimos que probablemente la papilomatosis confluyente y reticulada es el resultado de una reacción de la piel a factores múltiples y que no podemos atribuir su etiología a un factor aislado, sino que más bien se trata de una enfermedad multifactorial.

## Conclusión

Los resultados obtenidos en nuestra paciente después del tratamiento con minociclina concuerdan con los reportados en la literatura, ya que se obtuvo una mejoría clínica significativa en un breve tiempo. Sin embargo, así como obtuvimos una respuesta satisfactoria, estaremos a la expectativa de una recidiva de las lesiones en caso de una interrupción del tratamiento.

## REFERENCIAS

1. Gougerot H, Carteaud A. *Papillomatose pigmentée innominée*. Bull Soc Fr Dermatol Syph 1927; 34: 719-721
2. Henning JP, de Wit RFE. *Familial occurrence of confluent and reticulated papillomatosis*. Arch Dermatol 1981; 117: 809-810
3. Storck H, Schnyder U, Schwarz K. *Papillomatosis confluenta et reticulata (Gougerot-Carteaud) bei hypertbreeose*. Arch Klin Esp Dermatol 1964; 218: 969-971
4. Talpash O, Jimbow K. *Confluent and reticulated papillomatosis: clinical light and electron microscopic studies*. Int Dermatol 1992; 31: 480-483
5. Buynzeel-Koomen CAFM, de Wit RFE. *Confluent and reticulated papillomatosis successfully treated with aromatic etretinate*. Arch Dermatol 1984; 120: 1236-1237
6. Nordby AC, Mitchell AJ. *Confluent and reticulated papillomatosis responsive to selenium sulfide*. Int J Dermatol 1986; 25: 194-199
7. Vassileva S, Pramatarov K. *Ultraviolet light-induced confluent and reticulated papillomatosis*. Arch Dermatol 1989; 21: 413-414
8. Groh V, Schnyder U. *Nosologie der papillomatose papules confluenta et reticulata (Gougerot-Carteaud)*. Hautarzt 1983; 34: 81-86
9. Diya FM. *Confluent and reticulated papillomatosis without papillomatosis*. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 1182-1184
10. Ho SJ, Chang KO, Jung HC et al. *Six cases of confluent and reticulated papillomatosis alleviated by various antibiotics*. J Am Acad Dermatol 2001; 44: 652-655
11. Chang SN, Kim SC, Lee SH, Lee WS. *Minocycline treatment for confluent and reticulated papillomatosis*. Cutis 1996; 57: 454-457
12. Carrozzo AM, Gatti S, Giulio F et al. *Calcipotriol treatment of confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud syndrome)*. JEADV 2000; 14: 131-133
13. Lee MP, Stiller MJ, McClain SA et al. *Confluent and reticulated papillomatosis: response to high-dose oral isotretinoin therapy and reassessment of epidemiologic data*. J Am Acad Dermatol 1994; 31: 327-331
14. Paul HB, Loretta SD. *Confluent and reticulated papillomatosis: response to tazarotene*. J Am Acad Dermatol 2003; 48: S80-S81