

Papilomatosis confluente y reticulada de Gougerot y Carteaud: correlación micológica e histopatológica de 5 casos

Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteaud: Mycological and histopathological correlation of 5 patients.

Rafael Arteaga Covarrubias¹, Ramón Felipe Fernández Martínez², Roberto Arenas²

¹ Servicio de Dermatología, Hospital Regional Militar, Irapuato, Guanajuato; Dirección General de Sanidad Militar, SEDENA

² Sección de Micología, División de Dermatología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", SSA, Ciudad de México

Fecha de aceptación: enero, 2013

RESUMEN

La papilomatosis confluente y reticulada de Gougerot y Carteaud es una dermatosis benigna, poco frecuente, de etiología desconocida y sin tratamiento específico. El presente artículo informa los hallazgos de los estudios micológicos e histopatológicos de 5 pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Militar Regional de Irapuato, Guanajuato, en el periodo marzo 2009-febrero 2010. La relación mujer-hombre fue de (3:2) y en ningún caso se demostró la existencia de levaduras en el estudio micológico directo ni en la histopatología. Todos los casos correspondieron a la variedad confluente y reticulada.

PALABRAS CLAVE: Papilomatosis reticulada y confluente, Gougerot-Carteaud.

ABSTRACT

Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteaud is a benign, uncommon dermatosis of unknown etiology for which there is no specific treatment. We report 5 patients studied by our dermatology department between March 2009-February 2010. The female-male ratio was 3:2 and there was no evidence of yeast in either the mycological or histopathological analyses. All cases corresponded to the confluent and reticulated variety.

KEYWORDS: Confluent and reticulated papillomatosis, Gougerot-Carteaud.

Introducción

La papilomatosis confluente y reticulada de Gougerot y Carteaud es una dermatosis crónica, benigna e infrecuente, de causa desconocida y que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. El tratamiento es inespecífico y se han utilizado, con diferentes resultados, agentes queratolíticos, antimicrobianos (p.ej. tetraciclinas), antimicóticos tipo imidazoles, y retinoides tópicos y sistémicos.^{1,2,3}

Descrito por primera vez en 1927 por Gougerot y Carteaud, el cuadro clínico se caracteriza por la aparición de pápulas parduzcas, verrugosas y pequeñas (4-5 mm), que suelen iniciar en el cuello y tronco (área preesternal), extendiéndose como grandes placas pigmentadas que tienden a confluir en el centro y adquieren una apariencia reticulada en la periferia. Otros sitios afectados incluyen región submamaria, axilas, abdomen, región paraverte-

bral, cintura y raíz de miembros, aunque palmas, plantas y mucosas generalmente son respetadas.¹⁻⁴

La dermatosis casi siempre inicia en la pubertad, con predominio en mujeres de raza negra; sin embargo, también se observa en adolescentes y adultos jóvenes (menores de 30 años) y hay informes de casos familiares. La edad promedio es 18 años (rango: 5 a 42 años) y la relación hombre-mujer es 2.5:1.4.^{1,5}

Se desconoce la etiología precisa. La frecuente concomitancia de pitiriasis versicolor hace pensar en una reacción del huésped o una variante clínica de la misma en pacientes predisponentes, como sugieren el hallazgo de levaduras de *Malassezia* sp en el examen con hidróxido de potasio y la mejoría del cuadro con el uso de antifúngicos tópicos o sistémicos. También se ha postulado la coexistencia de alteraciones endocrinas, pero ninguna de las descritas (tolerancia anormal a la glucosa o tiroidi-

CORRESPONDENCIA

Dr. Rafael Arteaga Covarrubias ■ rafaarte@live.com.mx

Camino de la Diligencias 716, Col. Las Plazas, C.P. 36620, Irapuato, Guanajuato. Teléfono: (462) 635 1291

tis) está presente en todos los casos. Otras teorías sobre el origen de la papilomatosis apuntan a una alteración en la queratinización y una respuesta anormal del huésped desencadenada por microorganismos presentes en la piel de adolescentes o adultos jóvenes (*Malassezia* sp, *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis*); también se ha sugerido una correlación con *Actinomyces*, *dietzia* y con algunas toxinas bacterianas que pueden afectar la queratinización; o bien, la existencia de superantígenos que pueden inducir moléculas de adhesión en los queratinocitos y producción de citocinas. Lo más aceptado a la fecha es la presencia de queratinización anormal. Mediante inmunohistoquímica, se ha observado aumento de involucrina y de queratinas K1-K6 en el estrato granuloso, así como de Ki-67 en las capas basal y de Malpighi.^{1,2,6}

En 1932 Gougerot y Carteaud propusieron la siguiente clasificación:⁸

- I. Papilomatosis *punctata* pigmentada y verrugosa.
- II. Papilomatosis confluente y reticulada.
- III. Papilomatosis numular confluente.

De ellas, la variedad más frecuente corresponde a la papilomatosis confluente y reticulada.¹

La histopatología es inespecífica y junto con la ocasional presencia de estructuras fúngicas PAS positivas en el estrato córneo, los hallazgos más frecuentes incluyen: discreta hiperqueratosis y papilomatosis, adelgazamiento de la granulosa y acantosis focal interpapilar. En ocasiones, los vasos de la dermis papilar pueden experimentar cierto grado de ectasia rodeándose de infiltrado inflamatorio de carácter linfocitario.^{7,8,9}

El diagnóstico diferencial debe establecerse con acantosis *nigricans*, en la que el inicio intertriginoso de las lesiones y la ausencia de patrón reticulado orienta al diagnóstico; pitiriasis versicolor, que presenta una discreta semejanza clínica; verrugas planas; y enfermedad de Darier, cuya histología da la pauta diagnóstica.^{1,3,10}

No hay un tratamiento específico. Entre las opciones tópicas con buena respuesta se mencionan la asociación de cremas con urea 12%, tretinoína 0.03% dos veces al día y ungüento de calcipotriol dos veces al día.¹¹ También se ha observado mejoría utilizando champú de disulfuro de selenio en el baño diario y a lo largo de varias semanas, posiblemente por su efecto queratolítico.¹² A fin de normalizar el proceso de queratinización y la reacción inmune de estos pacientes, se ha sugerido administrar tetraciclinas (1 g/día), doxiciclina (200 mg/día) o minociclina (100 mg/día) durante un mínimo de dos meses. Por otra parte, se han descrito buenas respuestas terapéu-

ticas con antimicóticos tópicos (miconazol) y orales (ketococonazol).^{1,2,7,11}

Casos clínicos

El Cuadro 1 muestra 5 casos detectados en el servicio de dermatología del Hospital Militar Regional de Irapuato, Guanajuato, durante el periodo de marzo 2009 a febrero 2010. Los casos fueron correlacionados mediante examen micológico directo y biopsia de piel, con los hallazgos mostrados en el Cuadro 1.

Discusión

Después que Gougerot y Carteaud describieran una “papilomatosis pigmentada” en 1927, ellos mismos reclasificaron dicha dermatosis cinco años después (1932) como una nueva variedad de papilomatosis.² En 1954, Meischer estudió el trastorno concluyendo que se trataba de un defecto de queratinización genéticamente determinado⁶ y en 1969, Roberts y Lachapelle señalaron su asociación con la colonización de *Pityrosporum orbiculare*.⁷ Entre tanto, en 1965, Carteaud refirió el beneficio terapéutico de las tetraciclinas en el tratamiento de esta dermatosis, hallazgo que otros autores^{1,9,7,12} corroboraron más tarde.

La papilomatosis confluente y reticulada afecta a adolescentes y adultos jóvenes, observándose con más frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida (edad promedio: 18 años, con un rango de 5 a 42 años) y muestra un predominio relativo en varones.¹ Lo anterior fue confirmado en nuestra casuística: el paciente más joven contaba 17 años y el más aoso, 41; con una proporción mujer-hombre de 3:2. Aun cuando hay informes de dos o más miembros afectados en una familia, la mayoría de los casos son esporádicos¹³ y en este estudio de 5 pacientes, ninguno tenía antecedentes familiares.

Pese a que esta dermatosis se ha relacionado con trastornos endocrinos como diabetes mellitus, hirsutismo y obesidad,^{1,7} sólo uno de nuestros pacientes tenía sobrepeso (IMC: 28 kg/m²) e hipertensión.

Dentro de la etiopatogenia se ha sugerido una reacción secundaria a *Malassezia* sp y aunque el consenso actual es que la presencia de esta levadura es coincidente hasta en 30%¹ de los casos, los exámenes micológicos directos y reportes de histopatología de nuestros pacientes no revelaron *Malassezia* sp (Fotografías 1 y 2).

De nuestra población, 100% correspondió a papilomatosis confluente y reticulada, hallazgo que también coincide con la literatura.¹

Dado que el diagnóstico clínico debe confirmarse con histopatología, fundamentamos esta dermatosis con hallazgos histopatológicos en todos nuestros pacientes.

Si bien no existe un tratamiento específico, es posible obtener la mejoría con una combinación de medicamentos orales y tópicos. En nuestra población se utilizó minociclina (100 mg/día durante 8 semanas) combinada con una crema de urea 10% y ácido láctico 10%, observándose buenos resultados durante un periodo de seguimiento de entre 6 meses y un año (Fotografías 3 y 4).

Al respecto, investigadores japoneses describieron, en fecha reciente, una entidad clínicamente similar denominada prurigo pigmentoso. Estudiaron una serie de 200 pacientes con edades de 16 a 30 años, en quienes la manifestación inicial consistió de placas eritematosas y pruriginosas que, posteriormente, se volvieron pigmentadas y reticulares, obteniendo hallazgos histopatológicos de hiperqueratosis, espongiosis, infiltrado perivascular superficial y profundo, así como queratinocitos necróticos.

En sus conclusiones, los investigadores señalaron que el cuadro puede responder a una terapia con minociclina y dapsona.^{13,14,15}

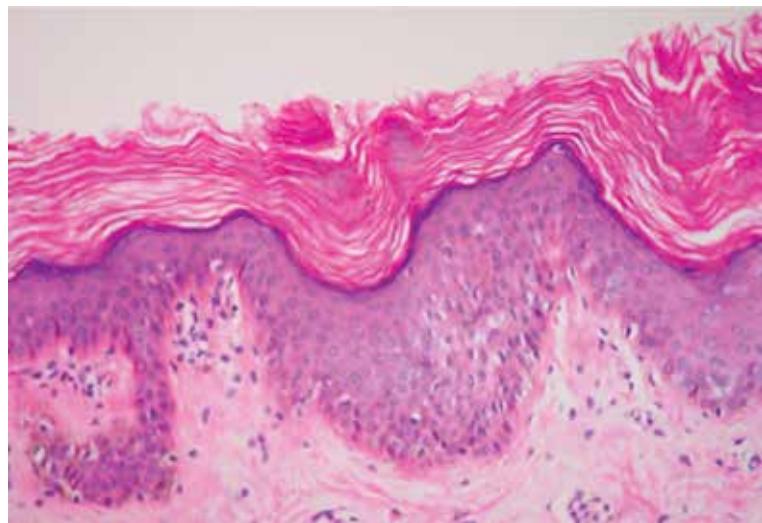
Conclusiones

La papilomatosis confluente y reticulada de Gougerot y Carteaud es una dermatosis benigna y asintomática en la mayoría de los casos, aunque puede cursar con prurito leve. La consulta suele estar motivada por la inquietud de que pueda tratarse de una entidad maligna y también por consideraciones estéticas, lo que obliga a dar tratamiento. En ese sentido, minociclina ofrece buenos resultados y se recomienda mantener la terapia durante 3 meses. Los hallazgos histopatológicos apoyan la teoría de que esta dermatosis es consecuencia de un trastorno de queratinización.

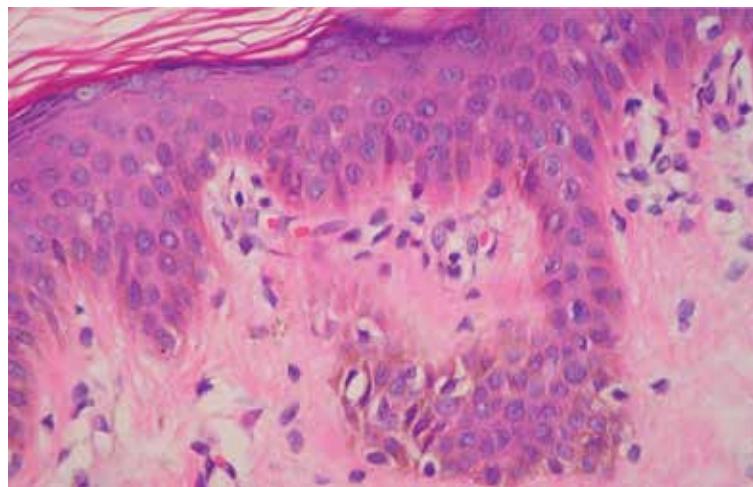
Cuadro 1. Casos clínicos y estudios de laboratorio

CASO	SEXO/EDAD	TOPOGRAFÍA Y MORFOLOGÍA	HISTOPATOLOGÍA	EMD	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
1	F/25 años	Tórax anterior y posterior. Placas formadas por innumerables pápulas no foliculares, de 3 a 4 mm, queratósicas, de coloración pardo y café oscuro, con escama pitiriasiforme en su superficie, de consistencia firme y acartonada, coalescentes y confluentes en el centro, guardando configuración reticular en la periferia.	Hiperqueratosis, papilomatosis, acantosis, hiperpigmentación de la capa basal	Negativo	Prurito leve	Minociclina 100 mg/24 horas por 8 semanas, en combinación con crema de urea y ácido láctico 10%/12 horas.
2	F/23 años	Tórax anterior y cuello. Placa de 10 cm constituida por pápulas queratósicas, color café claro, confluentes en el centro y con aspecto reticulado en la periferia.	Hiperqueratosis, papilomatosis, acantosis, infiltrado linfohistiocitario leve en dermis superficial	Negativo	Ninguno	Minociclina 100 mg/24 horas por 8 semanas, en combinación con crema de urea y ácido láctico 10%/12 horas.
3	M/41 años	Tórax anterior y posterior, cuello. Placa de 17 cm constituida por pápulas queratósicas, color café claro, reticulada en la periferia y de aspecto acartonado.	Hiperqueratosis, papilomatosis, acantosis, infiltrado leve linfohistiocitario en dermis superficial, hipogranulosis	Negativo	Prurito ocasional	Minociclina 100 mg/24 horas por 12 semanas, en combinación con crema de urea y ácido láctico 10%/12 horas.
4	M/17 años	Placas formadas por innumerables pápulas no foliculares, de 3 a 4 mm, queratósicas, de coloración pardo y café oscuro, con escama pitiriasiforme en su superficie, de consistencia firme y acartonada, coalescentes y confluentes en el centro, guardando configuración reticular en la periferia.	Hiperqueratosis, papilomatosis, acantosis, infiltrado leve linfohistiocitario en dermis superficial.	Negativo	Prurito leve	Minociclina 100 mg/24 horas por 12 semanas, en combinación con crema de urea y ácido láctico 10%/12 horas.
5	F/25 años	Tronco anterior. Placa de 5 cm constituida por pápulas queratósicas, color café oscuro, confluentes en el centro y con aspecto reticulado en la periferia.	Hiperqueratosis, papilomatosis, acantosis, hiperpigmentación de la capa basal.	Negativo	Ninguno	Minociclina 100 mg/24 horas por 12 semanas, en combinación con crema de urea y ácido láctico 10%/12 horas.

EMD: Examen micológico directo; M: masculino; F: femenino.



Fotografía 1. Biopsia de piel que muestra hiperqueratosis, papilomatosis, acantosis focal y disminución del estrato granuloso.



Fotografía 2. Detalle que revela pigmentación de la capa basal y disminución del estrato granuloso.



Fotografía 3. Pápulas queratósicas de color café oscuro, que confluyen en el centro y aspecto reticulado en la periferia.



Fotografía 4. Mismo paciente después de cuatro semanas de tratamiento con minociclina y crema de urea y ácido láctico 10%.

REFERENCIAS

1. Arenas R. *Atlas de diagnóstico y tratamiento*. México, McGraw Hill, 2009: 571-573.
2. Navarro MA, Benuto RE, Moreno CA y cols, "Papilomatosis confluente y reticulada de Gougerot y Carteaud. Presentación de 6 casos". *Rev Mex Derm* 2003; 47: 194-203.
3. Rodríguez M, Cervantes AM. "Papilomatosis confluente y reticulada de Gougerot y Carteaud. Presentación de un caso". *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001; 11(1): 49-52.
4. Kellet JK, MacDonald RH. "Confluent and reticulated papillomatosis". *Arch Dermatol* 1985; 121: 588-589.
5. Rodríguez-Carreón A, Arenas R, Fonte-Ávalos V, Gutiérrez-Mendoza D, Vega-Memije ME, Domínguez-Cherit J. "Papilomatosis reticulada y confluente de Gougerot y Carteaud. Un caso con excelente respuesta a la minociclina". *Gac Med Méx* 2008; 144(1): 67-70.
6. Carbajosa J, Vega Memije E, Álvarez Páque L y cols. "¿Cuál es la relación del *Pityrosporum ovale* con la papilomatosis reticulada y confluente de Gougerot y Carteaud?" *Dermatología Rev Mex* 1995; 39: 265-267.
7. Villarreal I, Fajardo D, Amiela G. "Papilomatosis confluente y reticulada de Gougerot-Carteaud: Variedad numular". *Dermatología Rev Mex* 2004; 48: 219-221.
8. Tarango-Martínez VM, Mayorga J, Fuentes F, y cols. "Papilomatosis reticulada y confluente de Gougerot y Carteaud. Revisión del tema a propósito de un caso". *Dermatología Rev Mex* 2002; 46: 174-180.
9. Bonifaz A. *Micología Médica Básica*. México, McGraw Hill, 2010: 113.
10. Scheinfeld N. "Confluent and reticulated papillomatosis: a review of the literature". *Am J Clin Dermatol* 2006; 7: 305-313.
11. Ginarte M, Fabeiro JM, Toribio JJ. "Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud) successfully treated with tacalcitol". *Dermatol Treat* 2002; 13: 27-30.
12. Carrillo-Esper R, Carrillo LD, Carrillo JR. "Papilomatosis reticulada y confluente de Gougerot-Carteaud. Reporte de un caso y revisión de la bibliográfica". *Med Int Mex* 2008; 24(4): 313-318.
13. Chiam LY, Goh BK, Lim KS, Ng SK. "Prurigo pigmentosa: a report of two cases that responded to minocycline". *Clin Exp Dermatol* 2009; 34(8): 584-586.
14. Lu PH, Hui RC, Yang LC, Yang CH, Chung WH. "Prurigo pigmentosa: a clinicopathological study and analysis of associated factors". *Int J Dermatol* 2011; 50(1): 36-43.
15. Kim JK, Chung WK, Chang SE, Ko JY et al. "Prurigo pigmentosa: Clinicopathological study and analysis of 50 cases in Korea". *J Dermatol* 2012; 39(11): 891-897.