

Papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot y Carteaud. Presentación de un caso

Dra. Myrna Rodríguez Acar,* Dra. Alejandra María Cervantes Acevedo**

RESUMEN

La papilomatosis confluyente y reticulada es considerada una enfermedad benigna, rara, de etiología desconocida, aunque la presencia en algunos pacientes de *Pitirosporum ovale* u *orbiculare* hace pensar que éste actúa como desencadenante en individuos predispuestos. Se caracteriza por una erupción de color café claro, asintomática. No tiene tratamiento específico. Reportamos el caso de un paciente de 19 años de edad con Papilomatosis reticulada y confluyente.

Palabras clave: Papilomatosis confluyente y reticulada.

ABSTRACT

The confluent and reticulate papillomatosis is considered a benign rare disease, of unknown etiology, although the presence in some patients of Pitirosporum ovale and orbiculare makes think that this act as reading in individuals to predispose. Clinically is observed a color eruption sure coffee asymptomatic. There is no specific treatment. We report a case of patient of 19 years of age with reticulada and confluent papillomatosis.

Key words: Confluent and reticulated papillomatosis.

INTRODUCCIÓN

La papilomatosis confluyente y reticulada (PCR) fue descrita por primera vez en 1927 por Gougerot y Carteaud. Este cuadro se caracteriza clínicamente por la aparición de pápulas parduscas, verrugosas, de pequeño tamaño (4-5 mm), que generalmente comienzan en el cuello y tronco (área preesternal), extendiéndose en su evolución en forma de grandes placas pigmentadas que tienden a confluir en el centro y dan una apariencia reticulada en la periferia de las mismas.¹ Otros sitios afectados, además de los mencionados, son la región submamaria, axilas, abdomen, región paravertebral, cintura y raíz de miembros.² Las palmas, plantas y mucosas generalmente están respetadas.³

La papilomatosis reticulada y confluyente se presenta generalmente en la pubertad, predominando en mujeres y en la raza negra. Existen reportes de casos familiares.⁴

tes hace pensar en una reacción del huésped o una variante clínica de la misma en un paciente predispuesto, como lo demuestra el hallazgo de levaduras de *Pitirosporum ovale* en el examen con hidróxido de potasio y la mejoría en algunos pacientes con el uso de antifúngicos tópicos o sistémicos.⁵ También se ha hablado de la presencia de alteraciones endocrinas, pero ninguna de las descritas (tolerancia anormal a la glucosa, tiroiditis) se repite de manera constante.⁶

Otras teorías sobre el origen de la papilomatosis indica que existe una alteración en la queratinización y una respuesta anormal del huésped desencadenada por microorganismos (*Pitirosporum ovale*, *Propionibacterium acnes*, *estafilococo epidermidis*) presentes en la piel de adolescentes o adultos jóvenes.⁷

CLASIFICACIÓN

En 1932 Gougerot y Carteaud realizaron la siguiente clasificación:⁸

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

La variedad más frecuente corresponde a la papilomatosis confluyente y reticulada.

ETIOLOGÍA

Su etiología precisa se desconoce. La frecuente aparición de las lesiones de Pitiriasis versicolor concomitan-

* Dermatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 3º año Dermatología, CDP.

HISTOPATOLOGÍA

La histopatología no es específica, y junto a la ocasional presencia de formaciones PAS positivas en el estrato córneo, los hallazgos más frecuentes, son: discreta hiperqueratosis y papilomatosis, adelgazamiento de la granulosa y acantosis focal interpapilar. Ocasionalmente, los vasos de la dermis papilar pueden experimentar cierto grado de ectasia rodeándose de infiltrado inflamatorio de carácter linfocitario.⁹

MICROSCOPIA ELECTRÓNICA

Con el estudio de microscopia electrónica se sugiere que la fisiopatología de la enfermedad está relacionada con una diferenciación anormal de los queratinocitos.⁵

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial más importante, hemos de plantearlo con la *Acantosis nigricans*: el inicio intertriginoso de las lesiones y la ausencia de patrón reticulado nos inclina a ese diagnóstico.¹⁰ Es preciso descartar inicialmente una *Pitiriasis versicolor* que presenta una discreta semejanza clínica con la Papilomatosis confluyente y reticulada (*Cuadro I*).¹¹

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico. Entre los tratamientos tópicos con buena respuesta se mencionan la asociación de cremas con urea al 12% y tretinoína 0.03% dos veces al día y calcipotriol ungüento dos veces por día.¹² Se ha observado también mejoría, probablemente por su efecto queratolítico, con hiposulfuro de selenio en champú aplicado varias semanas diariamente durante el baño.¹³ Las tetraciclinas normalizan el proceso de queratinización y la reacción inmune en estos pacientes. La dosis utilizadas son: 1 g/día, doxiciclina 200

mg/día y minociclina 100 mg/día. La duración del tratamiento es por lo menos de dos meses.¹⁴

Se ha descrito una respuesta al tratamiento con antimicóticos tópicos (miconazol) y orales (ketoconazol).¹⁵

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino de 19 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, de ocupación estudiante de preparatoria. Acudió por primera vez a la consulta del Centro Dermatológico Pascua el día 6 de mayo del 2001, por presentar una dermatosis localizada a tronco del cual afecta tórax anterior a nivel de región esternal y supraclaviculares (*Figura 1*). De aspecto monomorfo constituida por placa de aspecto papilomatoso de color café claro, de aproximadamente 20 cm, que se eleva de la superficie cutánea 1 a 2 mm, agrupándose con una disposición lineal reticulada en el centro (*Figura 2*). De evolución crónica, asintomática. Al interrogatorio: refiere una evolución de 3 meses con "granitos" en el pecho que han crecido progresivamente. No se encontraron otras patologías al interrogatorio ni por exploración física.

El diagnóstico presuntivo fue de papilomatosis confluyente y reticulada. Para confirmarlo se realizó estudio micológico encontrándose la presencia de *P. ovale*. Además, se realizó biopsia incisional en la cual se encontró una epidermis con tapones córneos, acantosis regular moderada a expensas de los procesos interpapilares en unas áreas, en otras la capa espinosa presenta proyecciones digitiformes hacia la capa córnea. En dermis superficial hay discretos infiltrados linfocitarios focales perivasculares (*Figuras 3 y 4*). El diagnóstico histológico fue de papilomatosis reticulada y confluyente, con cambios mínimos.

Con los datos obtenidos al interrogatorio y por el resultado del estudio micológico directo se corrobora el diagnóstico presuntivo.

COMENTARIOS

Dada la infrecuencia de esta enfermedad, nos ha parecido interesante describir el caso de un paciente con Papilomatosis confluyente y reticulada, cuyo diagnóstico se basó en los datos clínicos y los obtenidos en el estudio micológico, observándose una respuesta favorable a la administración de minociclina oral con la desaparición de las lesiones al mes de iniciado el tratamiento (*Figura 5*). En nuestra opinión, consideramos que esta enfermedad probablemente no sea rara, sin embargo, son pocos los casos reportados hasta la fecha. Muchos tratamien-

CUADRO I. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pitiriasis versicolor
Acantosis nigricans
Pseudoacantosis nigricans
Pseudoatrofoderma colli
Amiloidosis cutánea
Papilomatosis confluyente numular (variante PCR)
Transtorno de la queratinización: ictiosis, Darier.



Figura 1. Aspecto clínico del paciente con papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud.



Figura 2. Morfología típica de esta dermatosis.

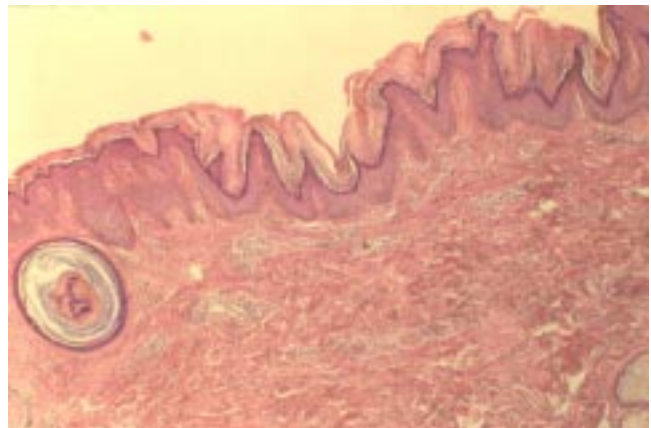


Figura 3. Se observan en la epidermis tapones córneos, acantosis regular a expensas de procesos interpapilares (H.E 10x).

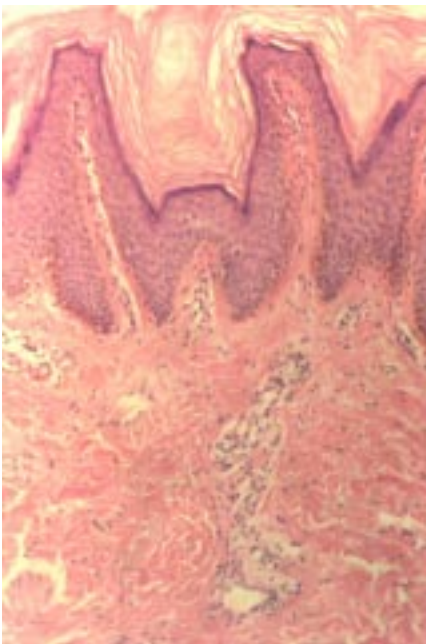


Figura 4. La capa espinosa presenta proyecciones digitiformes hacia la capa córnea. Hay infiltrados linfocitarios focales perivasculares (H.E 10x).



Figura 5. Aspecto, después de un mes de tratamiento con minociclina.

tos han sido utilizados para la PCR, pero no hay un agente uniformemente efectivo, sin embargo, la respuesta de los pacientes a la minociclina puede ser una terapia alternativa, ya que es segura y menos costosa que otras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabo H, Marini M, Pagano P. Papilomatosis reticulada y confluyente (Geugerot y Carteaud). *Dermatología Argentina* 2000; VI(1): 35-38.
2. González AMP, García DJ. Papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud. A propósito de un caso. *Medicina Cutánea ILA* 1994; XXII(6): 287-290.
3. Kellet JK, Mac Donald RH. Confluent and reticulated papillomatosis. *Arch Dermatol* 1985; 121: 587-588.
4. Henning JP, De Wit RFE. Familiar occurrence of confluent and reticulated papillomatosis. *Arch Dermatol* 1981; 17: 809-810.
5. Jimbow M, Talpash O, Jimbow K. Confluent and reticulated papillomatosis. A clinical, histopathological and electron microscopic study. *J Dermatol* 1992; 194(1): 59-61.
6. Henning JP, De Wit RFE. Familiar occurrence of confluent and reticulated papillomatosis. *Arch Dermatolog* 1981; 17: 809-810.
7. Lee Hun S, Choi Ho E, Lee Soo W et al. Confluent and reticulated papillomatosis. A clinical, histopathological and electron microscopic study. *J Dermatol* 1991; 18: 725-730.
8. Martínez L, Iribe P. Papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud. Tratamiento con minociclina. *Revista de CDP* 1997; 6(1): 21-26.
9. Katayama I, Yokozeki H, Nishioka K. Oral minocycline improved keratosis follicularis squamosa (Dohi) and related disorders: bacterial factors are possibly involved aberrant keratinization. *J Dermatol* 1994; 21: 604-608.
10. Martínez L, Iribe P. Papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud. Tratamiento con minociclina. *Revista de CDP* 1997; 6(1): 21-26.
11. González A, García J, Armesto S. Papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot y Carteaud. A propósito de un caso. *Med Cut ILA* 1994; 22: 287-290.
12. Solomon B, Laude T. Two patients with confluent and reticulated papillomatosis: response to oral isotretinoin and 10% lactic acid lotion. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35(4): 645-6.
13. Kagi MK, Trueb R. Confluent and reticulated papillomatosis associated with atopy. Successful treatment with topical urea and tretinoin. *Br J Dermatol* 1996; 134: 381-2.
14. Baalbaki S, Malak J, Al-Kahars M et al. Confluent and reticulated papillomatosis: treatment with etretinate. *Arch Dermatol* 1993; 129: 961-963.
15. Benson AC, Koeppl MC, Jaquet P et al. Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud) treated with tetracyclines. *Int J Dermatol* 1995; 34(8): 567-569.