

# Papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot-Carteaud

## Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot-Carteaud

Florencia De Lena<sup>1</sup>, María Victoria Itatí Cordo<sup>2</sup>, Irene Sorokin<sup>1</sup>, Fabricio Torchiani<sup>3</sup> y Sandra Martínez Etchevest<sup>4</sup>

### RESUMEN

La papilomatosis confluyente y reticulada es una dermatosis infrecuente, benigna, de curso crónico y etiopatogenia desconocida. Actualmente, se acepta que se debe a un trastorno de la queratinización. Se caracteriza por máculas y pápulas hiperpigmentadas, que coalescen en el centro y adoptan un patrón reticular en la periferia. Se la puede confundir con otras patologías, como la pitiriasis versicolor y la acantosis *nigricans*. Con la administración de minociclina por vía

oral suelen obtenerse excelentes resultados. Se comunica el caso de un paciente con diagnóstico de papilomatosis confluyente y reticulada. Se describen sus características clínicas, criterios diagnósticos y tratamiento instaurado.

**Palabras clave:** papilomatosis confluyente y reticulada, Gougerot-Carteaud, minociclina.

Dermatol. Argent. 2021, 27 (4): 167-169

### ABSTRACT

*Confluent and reticulated papillomatosis is an infrequent, benign dermatosis of chronic course and unknown etiopathogenesis. Currently it is accepted that this dermatosis is due to a keratinization disorder. It is characterized by hyperpigmented macules and papules that coalesce in the center and adopt a reticular pattern in the periphery. It can be confused with other pathologies such as pityriasis versicolor and acanthosis nigricans. Oral minocycline usually shows excellent results. The present*

*work reports a case of a patient with a diagnosis of confluent and reticulated papillomatosis, describing its clinical characteristics, diagnostic criteria and established treatment.*

**Key words:** confluent and reticulated papillomatosis, Gougerot-Carteaud, minocycline.

Dermatol. Argent. 2021, 27 (4): 167-169

<sup>1</sup> Médica Concurrente, Sala de Dermatología

<sup>2</sup> Médica de Planta, Sala de Dermatología

<sup>3</sup> Anatomopatólogo, Servicio de Anatomía Patológica

<sup>4</sup> Jefa de la Sala de Dermatología

Sala de Dermatología, Hospital San Roque, Gonnet, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Florencia De Lena

E-mail: fdelena16@gmail.com

Fecha de recibido: 10/5/21

Fecha de aceptado: 12/11/21

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

### CASO CLÍNICO

Un paciente de 23 años, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, consultó en la Sala de Dermatología del Hospital San Roque de Gonnet, por la presencia de lesiones cutáneas en el tronco, asintomáticas, de 2 años de evolución. Refería haber realizado tratamientos tópicos sin recordar cuáles. En el examen físico se apreciaban máculas y pápulas hiperpigmenta-

das, con descamación fina, que coalescían y formaban placas con disposición reticular en la periferia, localizadas en la cara anterior y posterior del tronco (Foto 1). Además, presentaba placas hiperpigmentadas aterciopeladas en las axilas y el cuello, similares a acantosis *nigricans* (Foto 2). El signo de la viruta resultó positivo. Dado que la pitiriasis versicolor es una de las dermatosis más frecuentes y que no se contaba en el momento

de la consulta con los elementos necesarios para realizar estudios complementarios (examen micológico directo), se indicó tratamiento antimicótico empírico con fluconazol 300 mg/semana durante 2 semanas y champú a base de ketoconazol al 2% durante un mes, y se citó al paciente a control para la realización de una posible biopsia.

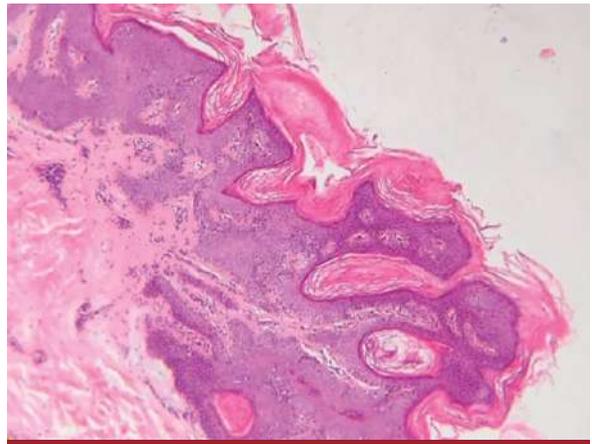
Debido a la permanencia de las lesiones después del tratamiento instaurado, con el signo de la viruta persistentemente positivo, se decidió efectuar la biopsia de piel. En el estudio histopatológico (HyE), se observó: epidermis con hiperqueratosis, acantopapilomatosis, hiperpigmentación de la capa basal e infiltrado inflamatorio perivascular compatible con el síndrome de Gougerot-Carteaud (Foto 3). Ante estos hallazgos, se indicó tratamiento con minociclina 100 mg/día durante 6 semanas, con lo que se obtuvo la resolución total de las lesiones (Foto 4). Por lo tanto, con la clínica, la histopatología, la falta de respuesta al tratamiento antimicótico inicial y la respuesta favorable a la minociclina, se arribó al diagnóstico de papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot-Carteaud. Se solicitó un laboratorio completo en busca de hipotiroidismo y diabetes desconocidos, cuyos resultados fueron normales.



**FOTO 1:** Máculas y pápulas hiperpigmentadas en el tronco, con descamación fina, que coalescen en el centro y adoptan una disposición reticular en la periferia.



**FOTO 2:** Placas hiperpigmentadas aterciopeladas en el cuello semejantes a acantosis nigricans.



**FOTO 3:** Hiperqueratosis, acantopapilomatosis, hiperpigmentación de la capa basal e infiltrado inflamatorio perivascular (HyE, 40X).



**FOTO 4:** Control a las 6 semanas de tratamiento con minociclina, con resolución total de las lesiones.

## COMENTARIOS

En 1927, dos dermatólogos franceses, Gougerot y Carateud, describieron la papilomatosis confluyente y reticulada, una dermatosis infrecuente, benigna y crónica, de etiología desconocida, que afecta con mayor frecuencia a adultos jóvenes de ambos sexos<sup>1-4</sup>.

Se han propuesto diversas teorías sobre su etiopatogenia. La más aceptada afirma que se debería a un trastorno de la queratinización. Esta teoría es avalada por la histopatología y la respuesta favorable a los queratolíticos. Para algunos autores, dicha alteración se debe a una respuesta anormal del huésped ante la presencia de determinados microorganismos micóticos como *Malassezia furfur* (*Pityrosporum orbiculare*) o bacterianos del género *Dietzia*<sup>2,5-8</sup>. Otras causas incluyen reacción a la luz ultravioleta, respuesta cutánea a endocrinopatías subyacentes (obesidad, diabetes, hipotiroidismo), predisposición genética o alguna variante de amiloidosis cutánea, las cuales se descartaron en el paciente<sup>2,9</sup>.

Clínicamente, se caracteriza por máculas cubiertas por escamas o pápulas de aspecto verrugoso, hiperpigmentadas, que se fusionan en placas, confluentes en el centro y con un patrón reticular en la periferia<sup>2,3,10</sup>. En raras ocasiones, se presenta como máculas atróficas con superficie similar al papel de cigarrillo y existe una variante hipopigmentada<sup>2,10</sup>. Suele comenzar en las áreas intermamaria e interescapular, y posteriormente se extiende al cuello, axilas, espalda y abdomen<sup>2-4,10</sup>. En general, es asintomática o se asocia a un prurito leve<sup>2-4</sup>.

El diagnóstico es clínico; sin embargo, a menudo se la confunde con la pitiriasis versicolor y la acantosis nigricans. Existen criterios clínicos para el diagnóstico que incluyen: a) máculas o pápulas de aspecto verrugoso que coalescen en el centro y adoptan un patrón reticular en la periferia, b) compromiso del tronco y el cuello, c) estudio micológico directo de las lesiones negativo, d) falta de respuesta a los antimicóticos, e) respuesta al tratamiento con minociclina por vía oral<sup>2,3</sup>.

Si bien los hallazgos histopatológicos no son patognómicos, en los casos dudosos es útil la realización de una biopsia. En la histopatología se observan hiperqueratosis, papilomatosis e infiltrado linfocítico perivasculares. La evidencia de taponamiento folicular, cuando está presente, es muy sugestiva de papilomatosis confluyente y reticulada, variante II.

En cuanto al tratamiento, no es obligatorio ya que es una afección benigna y casi siempre asintomática<sup>3</sup>. Sin embargo, muchos pacientes desean tratarse por razones estéticas o por el prurito asociado. En ningún ensayo aleatorizado se ha evaluado el tratamiento de esta papilomatosis y las recomendaciones se basan en datos de análisis retrospectivos, series de casos e informes de casos. La terapia antibiótica oral con minociclina es la más efectiva en esta patología y una opción de primera línea bien aceptada<sup>2,4</sup>. Se recomienda una dosis de 50 a 100 mg, 2 veces al día, durante un mínimo de 6 semanas. La mejoría suele ser evidente durante las primeras semanas. Si no hay respuesta después de 3 meses, se sugiere discontinuar el antibiótico<sup>3,4</sup>. Los macrólidos se consideran de segunda línea para los pacientes que no toleran la minociclina o no mejoran con su administración. Los tratamientos menos utilizados incluyen retinoides, análogos de la vitamina D, tacrolimus tópicos y antibióticos orales alternativos como doxiciclina y tetraciclinas. La isotretinoína oral se reserva para los pacientes con enfermedad refractaria<sup>2,3</sup>.

El interés del caso presentado radica en mostrar una patología infrecuente, probablemente subdiagnosticada por su parecido clínico con otras dermatosis más comunes. No se debe obviar su inclusión en los diagnósticos diferenciales de acantosis nigricans y pitiriasis versicolor principalmente, en especial cuando no responde a los tratamientos habituales. Asimismo, cabe destacar que, si bien no hay un tratamiento estandarizado, en el paciente presentado se obtuvo una excelente respuesta a la minociclina por vía oral, así como se describió en otros casos publicados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gougerot H, Carateud A. Papillomatose pigmentée innomineée. *Bull Soc Fr Dermatol Syphil.* 1927;34:719-721.
- Castagno S, Galimberti ML, Mortera M, Merli A. Papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carateud. A propósito de un caso. *Arch Argent Dermatol.* 2015;65:94-98.
- Distel C, Lanteri A, Bollea Garlatti ML, Estofan A, et al. Papilomatosis reticular y confluyente - Síndrome de Gougerot-Carateud. *Educandonos.* 2018;6:12-17.
- Davis MD, Weenig RH, Camilleri MJ. Confluent and reticulate papillomatosis (Gougerot-Carateud syndrome): a minocycline-responsive dermatosis without evidence for yeast in pathogenesis. A study of 39 patients and a proposal of diagnostic criteria. *Br J Dermatol.* 2006;154:287-293.
- Fasano ME, Palacios SV, Ivanov ML, Vereia MA, et al. Papilomatosis confluyente y reticulada. A propósito de dos casos y revisión bibliográfica. *Arch Argent Dermatol.* 2011;61:233-238.
- Jimbow M, Talpash O, Jimbow K. Confluent and reticulated papillomatosis: clinical, light and electron microscopic studies. *Int J Dermatol.* 1992;31:480-483.
- Griffiths CE. Gougerot-Carateud still an enigma after all these years. *J Dermatolog Treat.* 2002;13:1.
- Inalöz HS, Patel GK, Knight AG. Familial confluent and reticulated papillomatosis. *Arch Dermatol.* 2002;138:276-277.
- Marini MA, Pacheco ES, Casas JG. Papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot-Carateud. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Argent Dermatol.* 2007;58:179-184.
- Scheinfeld N. Confluent and reticulated papillomatosis: a review of the literature. *Am J Clin Dermatol.* 2006;7:305-313.