

## Papilomatosis reticulada y confluyente (síndrome de Gougerot-Carteaud): reporte de tres casos tratados con minociclina

*Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud syndrome): three cases treated with minocycline*

**Gladys Vidarte-Orrego,<sup>1,2</sup> Arelis F. Tocto-Jaimes,<sup>3</sup> Karina E. Caro-Bisso,<sup>3</sup> César Chian-García<sup>4</sup>**

### RESUMEN

La papilomatosis reticulada y confluyente es una dermatosis ictiosiforme crónica y recurrente que se observa en adultos jóvenes; afecta más a mujeres que a hombres. Se caracteriza por la presencia de máculas, pápulas, parches y placas escamosas color pardo localizadas en cuello, región intermamaria, interescapular y axilas. El tratamiento resulta frustrante pues ningún fármaco ha dado buenos resultados a largo plazo. La minociclina es uno de los antibióticos con el que más éxito se ha obtenido. Se reportan tres casos de mujeres jóvenes con buena respuesta a la administración de este fármaco. Se presentan estos casos por ser una entidad de difícil tratamiento.

**PALABRAS CLAVE.** Papilomatosis. Síndrome de Gougerot-Carteaud. Minociclina. Dermatitis ictiosiforme.

### ABSTRACT

Confluent and reticulated papillomatosis is a chronic and recurrent ichthyosiform dermatosis observed in young adults, affecting more women than men. It is characterized by the presence of macules, papules, patches and brown scaly plaques located in the neck, intermamaria and interscapular region and armpits. Treatment is frustrating because no drug has given good long-term results. Minocycline is an antibiotic of the most successful has been obtained. We report three cases of young women with good response to the administration of the drug. We present these cases as an entity of difficult treatment.

**KEY WORDS.** Papillomatosis. Gougerot-Carteaud syndrome. Minocycline. Ichthyosiform dermatoses.

### INTRODUCCIÓN

La papilomatosis reticulada y confluyente (PRC) de Gougerot y Carteaud (síndrome de Gougerot-Carteaud) es una dermatosis poco común que afecta personas jóvenes y se caracteriza por la aparición de pequeñas pápulas aplanadas rojo-marrones, que confluyen formando una

placa reticulada; localizadas principalmente en las zonas intermamaria y medioescapular. Su etiología y patogénesis son aún poco conocidas, dos hipótesis son aceptadas por la mayoría de investigadores: una respuesta anormal del huésped frente a la colonización por hongos y una queratinización anormal. No existe un tratamiento estándar para la PRC, se han ensayado diversos agentes con resultados variables. Un agente usado para el tratamiento PRC con respuesta favorable es la minociclina, un antimicrobiano que cuenta además con efectos antiinflamatorios.

A continuación, se presentan tres casos de pacientes con PRC tratados con minociclina.

### CASO 1

Paciente mujer de 23 años, natural y procedente de Lima; acude al consultorio de Dermatología refiriendo un tiempo de enfermedad de tres meses, caracterizado por la aparición de lesiones pigmentadas reticulares en región intermamaria. Con antecedente de tiña pedis en tratamiento con fluconazol, 150 mg, semanal, y sin familiar alguno que comparta características clínicas similares. El examen de la piel reveló pequeñas pápulas planas marrones, que formaban manchas confluentes y placas reticuladas en la región intermamaria y en la nuca, con escamas finas en su superficie (Figuras 1 a y b); con sobrepeso, resto del examen

1. Médico asistente del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).
2. Profesor invitado de Postgrado de Dermatología, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
3. Médico residente de Dermatología, HNAL.
4. Médico asistente del Servicio de Patología, HNAL.



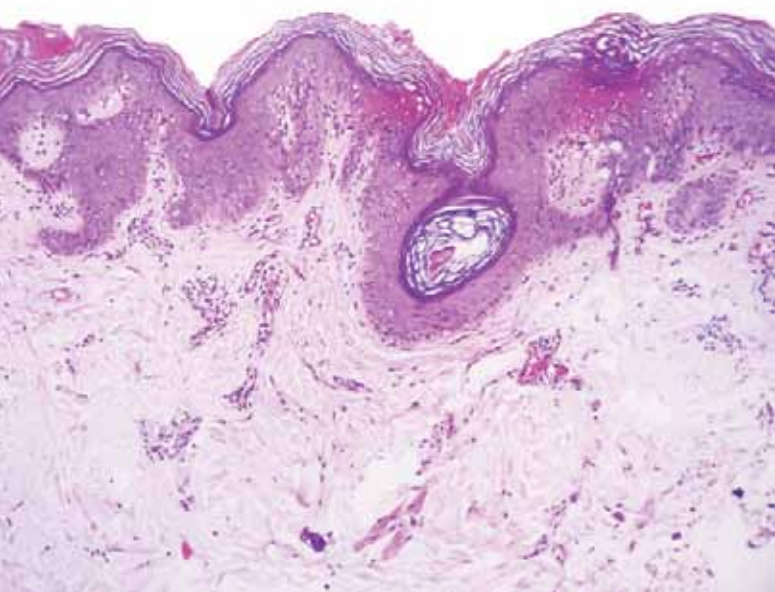
A



B

**Figura 1.** A. Placas reticuladas en región intermamaria. B. Placa reticulada en nuca con escamas finas en la superficie.

dentro de límites normales. Se realizó un micológico directo de las lesiones resultando negativo. Examen de sangre periférica y bioquímicos dentro de límites normales. Se realizó una biopsia de la lesión intermamaria y la tinción con hematoxilina eosina mostró hiperqueratosis en cesto, papilomatosis discreta, acantosis, hiperpigmentación basal y disminución de la capa granular (Figura 3). No había hongos o esporas a la tinción PAS. Se inició tratamiento con minociclina 100mg diarios por 6 semanas al cabo del cual las lesiones desaparecieron casi completamente.



**Figura 2.** Hiperqueratosis en cesto, papilomatosis discreta, acantosis, hiperpigmentación basal.

## CASO 2

Paciente mujer de 22 años, natural y procedente de Lima; acude al consultorio de Dermatología refiriendo un tiempo de enfermedad de 5 meses, caracterizado por la aparición de lesiones pigmentadas reticulares en región intermamaria y nuca. Con antecedente de Cefalea tensional. El examen de la piel reveló pequeñas pápulas planas marrones, que formaban manchas confluentes y placas reticuladas en la región intermamaria, con escamas finas en su superficie (Figura 3); resto del examen dentro de límites normales. Se realizó un micológico



**Figura 3.** Pápulas aplanadas marrones en región intermamaria.



**Figura 4.** Desaparición de lesiones después de tratamiento con minociclina.

directo de las lesiones resultando negativo. Examen de sangre periférica y bioquímicos dentro de límites normales. Se realizó una biopsia de la lesión intermamaria y la tinción con hematoxilina eosina mostró papilomatosis, acantosis y disminución de la capa granular. En el estrato córneo se observó taponamiento folicular e hiperqueratosis en cesto. No había hongos o esporas a la tinción PAS. Se inició tratamiento con minociclina 100mg diarios por 6 semanas al cabo del cual se evidenció desaparición de las lesiones (Figura 4).

### CASO 3

Paciente mujer de 16 años, natural y procedente de Lima, que acude al consultorio de Dermatología. Refieren un tiempo de enfermedad de un año, caracterizado por la aparición de lesiones pigmentadas en el cuello y la región intermamaria. Con antecedente de acné en tratamiento con doxiciclina y peróxido de benzoílo. Sin familiar alguno que comparta características clínicas similares.

El examen de la piel reveló pequeñas pápulas planas marrones, que formaban manchas confluentes y placas reticuladas en nuca, cuello y la región intermamaria, (Figuras 5 a, b y c); con sobrepeso, resto del examen dentro de límites normales.

Se realizó un micológico directo de las lesiones resultando negativo. Examen de sangre periférica y bioquímicos dentro de límites normales.

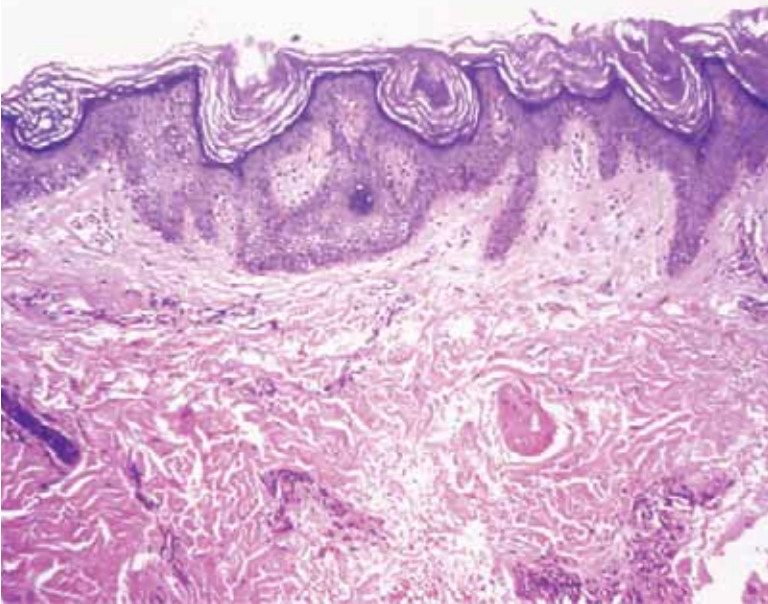
Se realizó una biopsia de la lesión intermamaria y la tinción con hematoxilina eosina mostró papilomatosis, acantosis y disminución de la capa granular (Figura 6). En el estrato córneo se observó hiperqueratosis en cesto. No había hongos o esporas a la tinción PAS.

Se inició tratamiento con minociclina, 100 mg diarios, por seis semanas, al cabo de las cuales se evidenció mejoría de lesiones.



**Figura 5.** A. Placa reticulada marronácea en nuca. B. Placa aspecto reticulado en cuello. C. Placa de aspecto papilomatoso color café claro intermamario.





**Figura 6.** Papilomatosis, acantosis y disminución de la capa granular.

## DISCUSIÓN

La papilomatosis reticulada y confluyente (PRC) o síndrome de Gougerot y Carteaud, es un desorden relativamente raro, crónico, que se manifiesta clínicamente por pequeñas pápulas planas eritemato-marrónceas que se expanden formando un patrón confluyente en el centro y reticulado en la periferia, que luego evolucionan a pápulas y placas hiperqueratósicas y levemente verrugosas.<sup>1-3</sup> Los sitios que a menudo se afectan en primer lugar son el área intermamaria y medioescapular, posteriormente se extienden al cuello, axilas, espalda y el abdomen, en semanas a meses; pueden afectar también la región púbica y la cara pero menos frecuentemente.<sup>4</sup> Son mayormente asintomáticos, algunos refieren prurito leve. Se inicia generalmente entre la segunda y tercera década de la vida, mayormente entre los 18 a 25 años; con distribución similar en ambos sexos; en pacientes blancos, negros y asiáticos; aunque se ha reportado una mayor prevalencia en raza negra y principalmente mujeres.<sup>3,4</sup>

La mayoría de los casos son esporádicos pero han sido reportados ocurrencia familiar.<sup>5</sup>

La sospecha diagnóstica de la PCR es básicamente por la clínica, por la distribución y patrón característico de las lesiones; sin embargo esta entidad puede ser confundida con otras patologías tales como: tiña versicolor, acantosis nigricans, intertrigo, dermatitis seborreica, asteatosis, nevus epidérmico, verruga plana, eritroplasia verruciforme, enfermedad de Darier, amiloidosis macular y papapsoriasis; las que deben diferenciarse con los hallazgos histopatológicos.<sup>1-5</sup>

Los hallazgos histopatológicos son poco característicos, con la tinción con hematoxilina y eosina muestra hiperqueratosis en cesto, a veces taponamiento folicular;

papilomatosis irregular, acantosis predominantemente en áreas interpapilares y disminución de la capa granular. También puede ocurrir atrofia focal de la capa espinosa, hiperpigmentación de la capa basal sin alteración del número de melanocitos.<sup>6-7</sup> Se han reportado también casos de PCR sin papilomatosis.<sup>8</sup>

La causa de la PCR es desconocida aún, se han implicado diversos factores tales como factores genéticos, fotosensibilidad, anormalidades endocrinas, amiloidosis cutáneas; en la actualidad son aceptadas dos teorías principalmente, una respuesta anormal del huésped a la colonización por hongos y una queratinización anormal.<sup>1-5</sup> Algunos estudios sugieren que las bacterias podrían desempeñar un papel en PCR, dentro de ellas el estafilococcus Aureus que a través de sus toxinas podría afectar la queratinización de la epidermis.<sup>9</sup> Se han identificado otras bacterias en lesiones de PCR planteándose como probables agentes etiológicos.<sup>10</sup>

No existe una terapia estándar para la PCR; se han probado diversos agentes como retinoides, corticoides, antifúngicos, derivados de la vitamina D, antibióticos orales y otros agentes con resultados variables.<sup>9,11-14</sup> Dentro de los antibióticos se usaron la minociclina, doxiciclina, eritromicina y azitromicina con resultados favorables en algunos pacientes.<sup>9</sup> El antibiótico que ha demostrado mejor efecto en el tratamiento de la PCR es la minociclina, por lo que incluso en el 2006 Davis y colegas incluyeron la excelente respuesta de la PCR a la minociclina como uno de los criterios para el diagnóstico de esta enfermedad.<sup>4</sup> No se sabe con certeza cual es su mecanismo de acción, algunos investigadores plantean que esto probablemente se deba a sus efectos antiinflamatorios más que antimicrobiano. Los efectos antiinflamatorios de la minociclina han sido atribuidos a su capacidad para inhibir la migración de neutrófilos, prevenir la liberación de especies reactivas de oxígeno e inhibir a las metaloproteinasas. La dosis recomendada es de 100 mg cada 12 o 24

horas durante uno a tres meses. En algunos pacientes las lesiones recurren al suspender el tratamiento. Los efectos adversos son poco frecuentes, varía desde trastornos gastrointestinales, candidiasis oral, pigmentación de la piel y las mucosas hasta lupus eritematoso inducido por medicamentos, hepatitis autoinmunitaria y poliarteritis nodosa positiva a ANCA.<sup>4</sup>

En base a las características clínicas y a la respuesta al tratamiento, en el Davis y colegas propusieron criterios para el diagnóstico de PCR. Estos incluyen:

1. Hallazgos clínicos: máculas y parches marrones, al menos una parte de ellos reticulados y papilomatosos.

2. El compromiso de la parte superior del tronco y el cuello.
3. Tinción para hongos negativo de las escamas de las lesiones.
4. No respuesta al tratamiento antifúngico.
5. Excelente respuesta a la minociclina.

En los casos que presentamos se evidencia la excelente respuesta al tratamiento con minociclina tal como la bibliografía lo señala.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Besson C, Koeppl M, Jacquet P, Andrac L, Sayag J. Confluent and reticulate papillomatosis (Gougerot-Carteaud). *Int J Dermatol.* 1995;34(8):67-9.
2. Jimbow M, Talpash O, Jimbow K. Confluent and reticulate papillomatosis: clinical, light and electron microscopic studies. *Int J Dermatol.* 1992;31 (7):480-3.
3. Carrillo R, Carrillo L, Carrillo J. Papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot-Carteaud. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Med Int Mex.* 2008;24(4):313-8.
4. Davis MD, Weenig RH, Camilleri MJ. Confluent and reticulate papillomatosis (Gougerot-Carteaud 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;154:287-93.
5. Inaloz HS, Patel GK, Knight AG. Familial confluent and reticulated papillomatosis. *Arch Dermatol.* 2002;138:276-7
6. Mello M, Martins L, Jaques C. Papilomatose confluyente e reticulada de Gougerot e Carteaud: relato de três casos. *An Bras Dermatol.* 2009;84(1):78-81.
7. Lee SH, Choi EH, Lee WS, Kang WH, Bang D. Confluent and reticulated papillomatosis: a clinical, histopathological, and electron microscopic study. *J Dermatol.* 1991;18:725-30.
8. Mutasim DF. Confluent and reticulated papillomatosis without papillomatosis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:1182-4.
9. Jang HS, Oh CK, Cha JH, Cho SH, Kwon KS. Six cases of confluent and reticulated papillomatosis alleviated by various antibiotics. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:652-5.
10. Natarajan S, Milne D, Jones A, Goodfellow M, Perry J, Koerner R. Dietzia strain X: a newly described Actinomycete isolated from confluent and reticulated papillomatosis. *Br J Dermatol.* 2005;153:825-7.
11. Ravikumar VC, Balachandran C, Sabitha L. Confluent and reticulated papillomatosis. Treatment response to fluconazole. *Ind J Dermatol.* 1997;42(2):97-9.
12. Bowman PH, Davis LS. Confluent and reticulated papillomatosis: Response to tazarotene. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:S80-1.
13. Raja KK, Snehal S, Sudha D. Confluent and reticulated papillomatosis. Successful treatment with azithromycin. *Br J Dermatol.* 2000;142:1252-3
14. Chang SN, Kim SC, Lee SH, Lee WS. Minicycline treatment for confluent and reticulate papillomatosis. *Cutis.* 1996;57:454-7.

Correspondencia: Dra. Gladys Vidarte Orrego  
givo07@yahoo.es

Fecha de recepción: 10-10-2011  
Fecha de aceptación: 17-10-2011