

Papilomatosis Reticulada y Confluente de Gougerot-Carteaud.

Rosario Alarcón C¹, Felipe Partarrieu M².

¹Dermatóloga, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; ²Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Mujer de 28 años, en tratamiento por hipotiroidismo, hipotriglicéridemia, síndrome de ovario poliquístico y "micosis" de tronco, consulta por oscurecimiento asintomático de cuello y tronco de aproximadamente dos años de evolución. Al examen físico destacan en occipucio, región intermamaria y parte baja del dorso micropápulas hiperqueratósicas, de aspecto verrucoso, ásperas al tacto, marrón grisáceas con tendencia a confluir formando figuras retiformes (Figuras 1 y 2).

El estudio histopatológico de las lesiones mostró ortoqueratosis, papilomatosis y ligera acantosis de crestas interpapilares. PAS y Grocott (-). En laboratorio, solo leve hipotriglicéridemia de 178 mg/dL. Se plantea diagnóstico de Papilomatosis Reticulada y Confluente de Gougerot-Carteaud (PRCGC), iniciándose tratamiento con minociclina 100 mg/día por 8 semanas con aceptable resolución de lesiones.

La PRCGC es una dermatosis ictiosiforme adquirida caracterizada por pápulas pequeñas (4-5 mm), inicialmente eritematosas que evolucionan a parduzcas, verrucosas, habitualmente asintomáticas, que se suelen iniciar en cuello y área pre-esternal, extendiéndose como grandes placas pigmentadas que tienden a confluir en el centro, adquiriendo apariencia reticulada en la periferia. Otros sitios afectados incluyen región sub-mamaria, axilas, abdomen, región paravertebral y cintura. Palmas, plantas y mucosas generalmente son respetadas. Se observa en adolescentes y adultos jóvenes, preferentemente mujeres (M:H=1,4:1).

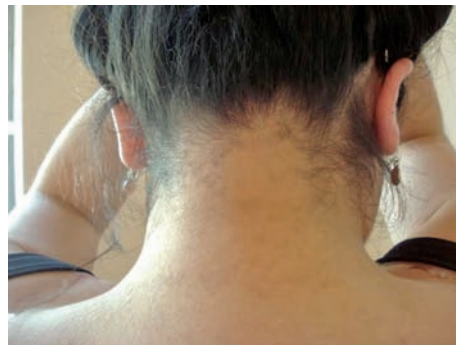
Como etiología se mencionan anomalías endocrinológicas como intolerancia a la glucosa, obesidad y tiroiditis; trastorno de la queratinización (la más aceptada, pues mediante inmunohistoquímica, se han observado aumento de involucrina y queratinas K1-K6 en estrato granuloso, así como de Ki-67 en capas basal y de Malpighi); reacción inmune anormal a bacterias de la flora cutánea (*S. epidermidis*, *P. acnes*) y *Malassezia* y transmisión genética, por la existencia de casos familiares.

El diagnóstico es clínico, requiriéndose rara vez estudio histopatológico, el que revelaría grados variables de papilomatosis ortohiperqueratósica y otros hallazgos menos constantes como atrofia del estrato granuloso y leve infiltrado linfocítico perivasculares en la dermis.

Los criterios diagnósticos propuestos incluyen máculas y placas marrones y descamativas, algunas con apariencia reticulada y papilomatosa; compromiso del tronco superior, cuello o superficies flexoras; tinción para hongos negativa en escamas o ausencia

de respuesta al tratamiento antimicótico y respuesta favorable a antibióticos. Deben cumplirse todos para hacer el diagnóstico. El diagnóstico diferencial incluye acantosis nigricans, pitiriasis versicolor, verrugas planas y enfermedad de Darier.

El tratamiento más efectivo, es el uso de minociclina en dosis de 50-100 mg/día por mínimo dos meses, fármaco que normalizaría el proceso de queratinización y la reacción inmune. También se han usado con relativo éxito antifúngicos sistémicos, retinoides tópicos, queratolíticos y frías con alcohol a 70%. El pronóstico es hacia la remisión, pero se han descrito casos de recidiva por abandono de la terapia.



Referencias bibliográficas

- Scheinfeld N. Confluent and reticulated papillomatosis: a review of the literature. *Am J Clin Dermatol.* 2006; 7(5):305-313
- Jo S, Park HS, Yoon HS. Updated diagnostic criteria for Confluent and reticulated papillomatosis: a case report. *Ann Dermatol.* 2014; 26(3): 409-410.

Correspondencia: Rosario Alarcón C.
Correo electrónico: rosalarc@udec.cl