

# Papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud, Pitiriasis versicolor o Acantosis nigricans

## Reporte de un caso

Carolina Olaizola, Celina Pérez, Arantza Roselló, María Colella, Claudia Hartung, Orlando Jiménez, Sofía Mata

Sección Micología Médica, Instituto de Medicina Tropical, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.  
E-mail: colaizol@cantv.net

### Introducción

En 1927 Gougerot y Carteaud dieron el nombre de “papilomatose pigmentée innominée” a una erupción observada en una mujer de 27 años. En 1928 ellos reportaron otro caso con una erupción similar a la que denominaron “papilomatose pigmentée confluyente et reticulée innominée”. En su trabajo original los autores señalaron cinco criterios fundamentales para el diagnóstico de esta entidad. Estos son: la morfología especial de los elementos aislados, la configuración de la erupción, la disposición de las erupciones primitivas y sus regiones de predilección, la disposición de erupciones separadas y los fenómenos que las acompañan en las axilas y región sacra.

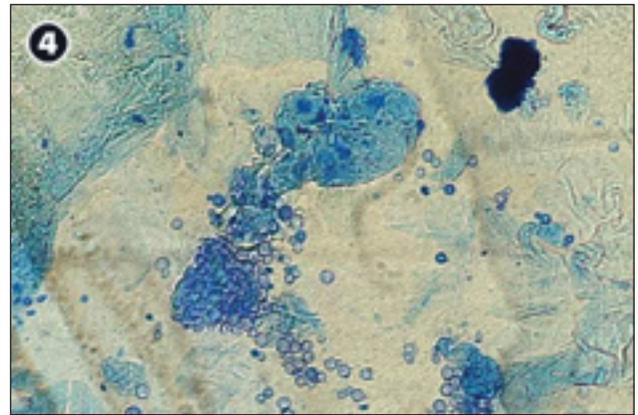
Las lesiones características consisten en pequeñas pápulas de 1-2 mm, verrugosas, color gris a castaño oscuro, no escamosas, inicialmente aisladas, las cuales tienden a confluir en placas de bordes reticulados. Estas lesiones presentan la tendencia a localizarse en los sectores medios del cuerpo y se extienden simétricamente sin generalizarse, localizándose inicialmente en la región intermamaria, epigástrica, interescapular y hombros, con extensión posterior por el eje del tronco hacia la parte inferior del abdomen y la región sacra.

Elementos similares de disposición linear surgen en cara anterior de axilas, cara lateral de cuello, brazos y pliegue del codo. Palmas, plantas y mucosas son respetadas<sup>1,2</sup>.

### Reporte de Caso Clínico

Un paciente masculino de 21 años de edad acudió a la consulta de la Sección de Micología Médica del Instituto de Medicina Tropical en Caracas, por aparición progresiva de lesiones en el tronco, desde 7 meses previos. Al examen físico se apreciaba un paciente de contextura obesa con placas de aspecto reticulado, conformadas por pequeñas pápulas hipercrómicas de superficie verrugosa, localizadas en tórax, axilas y cuello, con tendencia a confluir en las zonas mediales del cuerpo (Fotos 1, 2 y 3). El examen con luz de Wood demostró fluorescencia amarilla intensa en las lesiones y el examen micológico directo con azul de metileno de material obtenido de las escamas, permitió observar abundantes esporas de *Pityrosporum orbiculare*, sin hifas (Foto 4). Se le indicó tratamiento con loción de ácido salicílico y resorcina. Fue referido para evaluación por especialista en endocrinología. En el control, dos semanas después, se evidenció mejoría importante en el aspecto de las lesiones.





## Discusión

Aún cuando recientemente se han propuesto nuevos criterios para el diagnóstico de la PCRGC<sup>3</sup>, los criterios más utilizados siguen siendo, al parecer, los propuestos hace más de 70 años por los que la describieron originalmente, siendo estos criterios básicamente clínicos.

Aunque no se ha logrado determinar su origen o causa, así como tampoco un factor predisponente, entre las teorías respecto a su etiología se mencionan alteraciones endocrino-lógicas, desórdenes de la queratinización y reacción anormal del huésped frente a organismos como el *Pityrosporum* o bacterias, mencionándose en reportes recientes su posible asociación con la presencia de un microorganismo del orden de los actinomicetales, la *Dietzia spp.* en la piel de estos pacientes. También se ha mencionado el posible rol de factores genéticos debido a la ocurrencia de casos familiares e inclusive que esta entidad represente una variante de amiloidosis<sup>4,12</sup>.

Los diagnósticos diferenciales incluyen dermatosis pigmentadas o papulosas del tronco como ictiosis, nevos pigmentados, dermatitis seborreica, enfermedad de Darier, verrugas planas juveniles, epidermodisplasia verruciforme, pseudoatrofoderma colli y otros.

Especial mención merecen dos de los diagnósticos diferenciales: pitiriasis versicolor y acantosis nigricans, ya que en ocasiones las diferencias clínicas entre la papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud (PCRGC), pitiriasis versicolor y acantosis nigricans pueden ser muy sutiles. La situación es más confusa aún, cuando se consideran entre otras teorías respecto a su génesis se ha mencionado que puede estar relacionada a desórdenes de queratinización originados por una respuesta inflamatoria anormal a *Malassezia furfur* o por resistencia a la insulina en pacientes obesos<sup>9,11</sup>.

A pesar de que se menciona que la localización de las placas en la PCRGC y su naturaleza reticulada puede ayudar a distinguir esta entidad de la acantosis nigricans, la diferenciación puede ser a veces difícil, sobre todo al tomar en consideración que la histología de ambas condiciones puede ser muy similar, aunque se menciona que la vacuolización de

células malpighianas, cuando se observa, es una característica distintiva de la PCRGC<sup>2</sup>. Según Quiroga, Bottrich y Molina el losange intermamario e interescapular y la disposición reticulada de los bordes es un fenómeno que no se constata en la acantosis nigricans<sup>13</sup>. Algunos argumentan que en la acantosis nigricans las lesiones desaparecen o mejoran al disminuir el paciente de peso, lo cual no se constataría en los casos de PCRGC asociados a obesidad<sup>1,14</sup>.

Por su semejanza clínica con la pitiriasis versicolor y el hallazgo ocasional de formas levaduriformes en las secciones de biopsia teñidas con PAS, algunos han propuesto que este cuadro se trata de una reacción peculiar del huésped a la *Malassezia furfur* o a su fase levaduriforme. En su primer caso, Gougerot y Carteaud mencionan la gran semejanza del cuadro por ellos descrito con la pitiriasis versicolor.

Roberts & Lachapalle describen un caso de PCRGC en el cual encontraron numerosos grupos de *Pityrosporum orbiculare* sin evidencia de hifas que sugirieran *M. furfur*, aún cuando el examen con lámpara de Wood mostraba fluorescencia amarilla en las lesiones. Basados en este hallazgo y en información similar reportada según estos mismos autores por Beurey et al, sugieren la posible asociación de la PCRGC con el *Pityrosporum orbiculare* y mencionan tres posibles explicaciones de esta asociación. Debido a que la erupción en sus casos desapareció luego de tratamiento inicial con tiosulfato de sodio al 10% (el cual, según ellos no es muy efectivo en los casos típicos de pitiriasis versicolor) y luego champú de sulfuro de selenio al 2.5%, estos autores concluyeron que se trataba de una respuesta anormal a la colonización de la piel por el *P. orbiculare*<sup>4</sup>. Yesudian y colaboradores sustentan que inicialmente deben existir tanto hifas como esporas y que posteriormente las hifas desaparecen o se transforman en *P. orbiculare*. Según estos autores, la respuesta alterada no sería hacia el *P. orbiculare* sino hacia la *Malassezia furfur*, influyendo la existencia concomitante de avitaminosis. Sin embargo, les resulta muy llamativo lo raro de este cuadro en comparación con la frecuencia de la pitiriasis versicolor<sup>6</sup>. Existen otros reportes que soportan la teoría de la patogénesis micótica<sup>8</sup>.

Los que consideran a la pitiriasis versicolor y la PCRGC como entidades diferentes, sostienen que en los verdaderos casos de PCRGC hay ausencia de *M. furfur* o inclusive de *P. orbiculare* y falla de respuesta en muchos pacientes a los tratamientos con antimicóticos<sup>3,7,15</sup>.

Dentro de las diversas modalidades terapéuticas utilizadas en la PCRGC, los resultados más consistentes se han visto con el uso de antibióticos como minociclina, azitromicina y otros como claritromicina, eritromicina y tetraciclinas. También se han utilizado criocauterización, queratolíticos, vitamina A en forma tópica u oral a dosis elevadas, tiosulfato de sodio, anticonceptivos orales, mercurio amoniacal, extracto tiroideo, radiaciones UV, propilenglicol, calcipotrieno, tazaroteno, entre otros. La respuesta al tratamiento con antifúngicos ha sido variable<sup>7,14,16</sup>.

### Comentario

Aún cuando luego de revisar la literatura no queda del todo claro las diferencias fundamentales entre la PCRGC con la pitiriasis versicolor y la acantosis nigricans, se consideró que el presente caso cumplía con los criterios mencionados por los autores que describieron inicialmente la PCRGC, por lo tanto se dio como diagnóstico definitivo. Debido a la observación de abundantes levaduras de *Pityrosporum orbiculare* en el examen directo del material obtenido de una de las lesiones del paciente, se decidió indicar tratamiento con loción de resorcina y ácido salicílico, observándose mejoría evidente a los 15 días. Por este motivo no se consideró necesario realizar biopsia de lesión, que hubiese permitido corroborar las alteraciones histopatológicas que se describen como características de esta entidad.

### Referencias

1. Palomeque FE, Hairston JR. Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteaud. Arch Derm 1965; 92: 49-51
2. Kriner J. Papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Carteaud. Arch Argent Dermat 1970; 20: 53-62
3. Davis MD, Weenig RH, Camilleri MJ. Confluent and reticulated 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
4. Roberts S, Lachapelle J. Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud) and pityrosporum orbiculare. Br J Dermatol 1969; 81: 841-45
5. Morgan J. Confluent and reticulated cutaneous papillomatosis. Cutis 1972; 9:63-66
6. Yesudian P, Samraj K, Razack A. Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud). Acta Derm Venereol 1973; 53: 381-4
7. Thomsen K. Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud). Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 1979; 59:185-7
8. Kellet J, Macdonald R. Confluent and reticulated papillomatosis. Arch Dermatol 1985; 121: 587-88
9. Stein J, Shin HT, Wu Chang M. Confluent and reticulated papillomatosis associated with tinea versicolor in three siblings. Ped Dermatol 2005; 22:331-3
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: 825-27
11. Cannavò SP, Guarneri C, Borgia F, Guarneri B. Confluent and reticulated papillomatosis and acanthosis nigricans in an obese girl: two distinct pathologies with a common pathogenetic pathway or a unique entity dependent on insulin resistance?. Eur Acad Dermatol Venereol [carta al editor] 2006; 20: 478-479
12. Scheinfeld N. Confluent and reticulated papillomatosis: a review of the literature. Am J Clin Dermatol 2006; 7: 305-313
13. Quiroga M, Bottrich H, Molina T. Papilomatosis papulosa confluyente y reticulada (Gougerot y Carteaud) y su vinculación con la acantosis benigna y juvenil. Rev Arg Dermatosisif 1950; 34: 3-17
14. Sau P, Lupton GP. Reticulated truncal pigmentation. Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteaud. Arch Dermatol 1988; 124: 1272-75
15. Nagy R, Fairfield J. Confluent and reticulated papillomatosis. Cutis 1982; 29: 48-50
16. Nordby C, Mitchell A. Confluent and reticulated papillomatosis responsive to selenium sulfide. Int J Dermatol 1986; 25: 194-9.