



PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

www.elsevier.es/piel



Caso clínico

Papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot-Carteaud: respuesta al tratamiento con limeciclina

Reticulated and confluent Gougerot-Carteaud papillomatosis: Response to treatment with lymecycline

Yohana Moyano*, María Agustina Fumis, María Laura Gubiani, María Pía Boldrini y Beatriz Pinardi

Servicio de Dermatología, Nuevo Hospital San Roque, Córdoba, Argentina

Introducción

La papilomatosis reticulada y confluyente (PRC) es una rara dermatosis benigna, crónica, que cursa con exacerbaciones y remisiones. Se presenta con mayor frecuencia en individuos jóvenes, por lo general, entre los 18 y los 25 años, en fototipos altos (IV-VI de Fitzpatrick) y es ligeramente más frecuente en mujeres¹⁻³. Clínicamente se caracteriza por pápulas pigmentadas que confluyen formando placas hiperqueratósicas y levemente verrucosas, localizadas en primer lugar en el área intermamaria y medioescapular. No existe un tratamiento estándar para la PRC; se han ensayado diversos agentes con resultados variables. Un agente usado para el tratamiento de la PRC con respuesta favorable es la minociclina, un antibiótico que cuenta además con efectos antiinflamatorios.

Caso clínico

Una mujer de 20 años de edad consulta por lesiones pigmentadas, localizadas en la región intermamaria, asintomática de meses de evolución. Entre sus antecedentes patológicos destacan: un hipotiroidismo secundario a tiroiditis aguda idiopática tratada con levotiroxina, un síndrome de ovario poliquístico de reciente diagnóstico tratado con

metformina y anticonceptivos orales, y una alopecia difusa tratada con loción de minoxidil al 5%.

En el examen físico se observan múltiples pápulas que confluyen formando una placa asimétrica, de bordes difusos, color pardo-amarronado, con centro homogéneo y aspecto reticulado en su periferia, localizada en la región intermamaria (fig. 1 A).

La analítica hemática de rutina se encontraba dentro de parámetros normales y el examen micológico directo y el cultivo de las escamas fueron negativos.

El estudio anatomopatológico de una biopsia reveló en la epidermis hiper y paraqueratosis, acantosis e hiperpigmentación en la capa basal. En la dermis había edema, vasocongestión y un leve infiltrado inflamatorio mononuclear (fig. 2). Con esta histología y la clínica establecimos el diagnóstico de papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot-Carteaud e iniciamos tratamiento con limeciclina 150 mg/día durante 3 meses, sin recidivas a los 2 meses de finalizado el tratamiento (fig. 1 B).

Comentario

La PRC es una enfermedad rara descrita por Gougerot y Carteaud en el año 1927¹.

Su etiología y patogénesis son aún poco conocidas; 2 hipótesis son aceptadas por la mayoría de los investigadores:

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yohana_m85@hotmail.com (Y. Moyano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2016.09.015>

0213-9251/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 1 – A) Múltiples pápulas que confluyen formando una placa asimétrica, de bordes difusos, de color pardo-amarronado, con centro homogéneo y aspecto reticulado en su periferia, localizada en la región intermamaria. B) Control postratamiento con lincicline 150 mg/día durante 3 meses, con buena respuesta.

una queratinización anormal o una respuesta alterada del huésped frente a la colonización por hongos, como la *Malassezia furfur* (*M. furfur*) y/o bacterias como *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis* y *Actinomyces dietzia*^{4,5}. La teoría que involucra al *Pityrosporum orbiculare* o *M. furfur* en su patogenia se basa en la semejanza de las lesiones de la PRC con la producida por dicho microorganismo, la presencia del hongo en gran cantidad de pacientes y la respuesta al tratamiento con antimicóticos en determinados casos. Sin embargo, dicha teoría pierde validez en la actualidad, dado que no todos los pacientes son portadores de *M. furfur* en el examen directo de las escamas, el 90% puede presentarlo sin tener PCR y, por lo general, quienes tienen PCR no responden adecuadamente al tratamiento antimicótico. Recientemente, se ha involucrado un agente bacteriano en su patogenia,

conocido como *Actinomyces dietzia*, el cual sería sensible a tetraciclinas y eritromicina. Aún se debe investigar con mayor profundidad la influencia de este microorganismo⁶. El mecanismo fisiopatológico más aceptado actualmente es la alteración de la queratinización, avalado por la histopatología y la buena respuesta a queratolíticos y otros moduladores de la queratinización³. En el examen con microscopía electrónica se demostró un incremento en el número de células transicionales y focos de queratina 16, el cual es un marcador de hiperproliferación¹.

Esta dermatosis se ha vinculado también con alteraciones metabólicas, como anomalías menstruales, obesidad, tolerancia anormal a la glucosa, enfermedad tiroidea, hirsutismo e hipertriosis, exposición a la luz ultravioleta, avitaminosis, amiloidosis y pieles seborreicas^{4,7,8}. Nuestra paciente tenía antecedentes de hipotiroidismo y síndrome de ovario poliquístico como enfermedades asociadas. En el laboratorio se hallaron valores dentro de parámetros normales y tanto el examen micológico directo como el cultivo fueron negativos.

Se manifiesta clínicamente por pequeñas pápulas, eritemato-marronáceas, 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. Los sitios que se afectan en primer lugar son el área intermamaria y el área interescapular; posteriormente se extienden al cuello, las axilas, la espalda y el abdomen⁵. Evoluciona con remisiones y exacerbaciones, y con frecuencia se reactivan al suspender el tratamiento. En la mayoría de los pacientes las lesiones son asintomáticas, ocasionalmente presentan prurito y el principal motivo de consulta es la alteración cosmética que ocasiona^{3,5,9}.

Los hallazgos histopatológicos encontrados son hiperqueratosis compacta, papilomatosis, adelgazamiento de la capa granulosa y una capa espinosa que varía desde la acantosis hasta la atrofia. En la dermis superficial se observa infiltrado linfocitario perivascular². Aunque los hallazgos histopatológicos son característicos, no son diagnósticos⁴. En el caso de nuestra paciente se observa en la epidermis hiperqueratosis y paraqueratosis, acantosis e

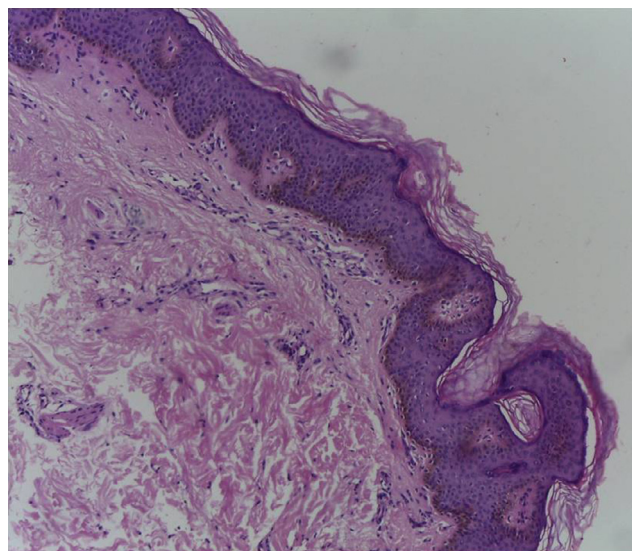


Figura 2 – Estudio anatomopatológico: en la epidermis se observa hiper y paraqueratosis, acantosis e hiperpigmentación de la capa basal, y en la dermis, edema, vasocongestión y un leve infiltrado inflamatorio mononuclear (H/E 40×).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5650179>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5650179>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)