

Pápulas hiperpigmentadas axilares

E. Roche-Gamón, A. Pérez-Ferriols, G. Pitarch-Bort y B. Martín-González

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario. Valencia. España.

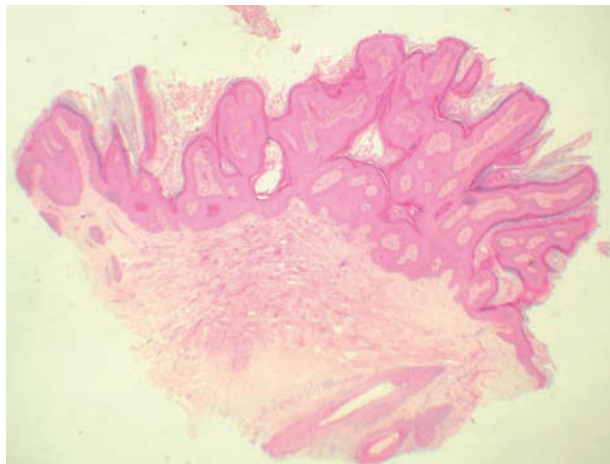
Historia clínica y exploración física

Mujer de 42 años con un índice de masa corporal dentro de la normalidad y cuyo único antecedente patológico de interés era una leve hipercolesterolemia en tratamiento dietético. Presentaba desde la adolescencia múltiples pápulas marrones de aspecto poligonal que confluían formando placas, y se localizaban predominantemente en ambas axilas y en menor número en el tórax. Algunas de las lesiones axilares adoptaban un aspecto papilomatoso y pediculado (fig. 1). La paciente negaba antecedentes familiares similares.



Histopatología

Se practicó una biopsia en sacabocados de la región axilar para estudio histopatológico. Se realizaron funciones con hematoxilina-eosina, PAS y rojo Congo (fig. 2). Se observó una papilomatosis, hiperqueratosis ortoqueratósica y acantosis epidérmica, atrofia focal del estrato granuloso y leve hiperpigmentación del estrato basal de la epidermis. En la dermis aparecía una dilatación moderada de los vasos sanguíneos superficiales. La tinción con PAS no mostró la presencia de elementos fúngicos y la tinción con rojo Congo fue negativa.



Tinción con hematoxilina-eosina, x2.

Correspondencia:
Elena Roche-Gamón.
Huelva, 14, 21. 46470 Catarroja. Valencia. España.
erochega@yahoo.es

Aceptado el 26 de octubre de 2006.

¿Cuál es su diagnóstico?

Papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot y Car-teaud.

Tratamiento

La paciente rechazó el tratamiento oral por tratarse de un proceso asintomático. Ha sido tratada con calcipotriol tó-pico aplicado una vez al día durante 6 meses con discreta mejoría.

Comentario

La PCR fue descrita por primera vez por Gougerot y Car-teaud en 1927. Su origen es incierto, aunque se han pro-puesto diversas teorías: alteraciones endocrinológicas, res-puesta anormal frente al *Pityrosporum orbiculare*, variedad de amiloidosis cutis o de acantosis nigricans y un defecto genético de la queratinización. Esta última parece ser la teoría más aceptada y se basa en el éxito terapéutico obte-nido en algunos casos con retinoides o derivados de la vi-tamina D.

Suele ser esporádica, aunque se han descrito casos fami-liares¹; siendo más frecuente en mujeres y en la raza negra. Se inicia en la pubertad y se localiza predominantemente en la línea media del tronco, en las regiones intermamaria, epi-gástrica e interescapular, y con menos frecuencia en los hombros, el cuello, la espalda, la cara, la zona genital² y axilar.

Inicialmente se presenta como pápulas de 1-2 mm de ta-maño, que van aumentando progresivamente hasta alcanzar 4-5 mm y se tornan hiperqueratósicas y verrucosas pudien-do hiperpigmentarse, especialmente en las personas de piel oscura. En las áreas centrales confluyen formando placas, mientras que en la periferia adoptan un patrón reticulado. Generalmente es asintomática, pero ocasionalmente pro-duce prurito.

El estudio histológico demuestra hiperqueratosis, papi-lomatosis, adelgazamiento del estrato granular y acantosis. Puede hallarse un aumento de la melanina en los melano-citos del estrato basal, una dilatación moderada de los vasos

sanguíneos dérmicos superficiales y un escaso infiltrado lin-focitario perivascular. Se han descrito casos de PCR sin pa-pilomatosis³.

El diagnóstico diferencial de esta entidad debe estable-verse con la acantosis nigricans, la enfermedad de Dow-ling-Degos, la amiloidosis cutis, la pitiriasis versicolor, el nevus epidérmico, la ictiosis, la enfermedad de Darier, las queratosis seborreicas, la dermatitis seborreica y la fotoder-matitis.

El tratamiento resulta frustrante porque el paciente no siempre responde al mismo y, cuando lo hace, suele recidivar al abandonarlo. Los retinoides orales⁴ y la minociclina pare-cen ser los fármacos más efectivos. Otros tratamientos que han mostrado mejorías transitorias son diversos antibióticos orales (azitromicina, doxiciclina, eritromicina), ácido salicí-lico tópico, retinoides tópicos, urea, hidroquinona, antifún-gicos, 5-fluorouracilo, calcipotriol y taccalcitol⁵⁻⁷.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Inaloz HS, Patel Gk, Knight AG. Familial confluent and reti-culated papillomatosis. Arch Dermatol. 2002;138:276-7.
2. Hallel-Halevy D, Grunwald H, Halevy S. Confluent and reti-culated papillomatosis (Gougerot-Carteaud) of the pubic region. Acta Derm Venereol. 1988;68:158-60.
3. Díez E, Alonso LM, Zambrano B, de Eusebio E. Confluent and reticulated papillomatosis without papillomatosis. J Am Acad Dermatol. 2005;52:e20-1.
4. Soloman BA, Laude TA. Two patients with confluent and reticulated papillomatosis: response to oral isotretinoin and 10% lactic acid lotion. J Am Acad Dermatol. 1996;35:645-6.
5. 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.
6. Carrozzo AM, Gatti S, Ferranti G, Primavera G, Paro A, Nini G. Calcipotriol treatment of confluent and reticulated papillo-matosis (Gougerot-Carteaud syndrome). JEADV. 2000;14: 131-3.
7. Bowman PH, Davis LS. Confluent and reticulated papilloma-tosis: response to tazarotene. J Am Acad Dermatol. 2003;48: S80-1.