



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## E-CASOS CLÍNICOS

# Papilomatosis confluyente y reticulada con pseudoestrías lineales: descripción de 20 casos



C.A. Morales-Cardona<sup>a,\*</sup>, C. Tejada-Figueroa<sup>a</sup> y D.M. Méndez-Velasco<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> E.S.E Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá D.C., Colombia

<sup>b</sup> Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá D.C., Colombia

### PALABRAS CLAVE

Atrofia;  
Acanthosis nigricans;  
Tiña versicolor;  
Minociclina

### KEYWORDS

Atrophy;  
Acanthosis nigricans;  
Tinea versicolor;  
Minocycline

**Resumen** La papilomatosis confluyente y reticulada, o síndrome de Gougerot y Carteaud, es una enfermedad infrecuente, crónica, de etiología desconocida, que se presenta habitualmente en adultos jóvenes y se caracteriza por placas pardo-eritematosas ovales, que confluyen en un patrón reticulado y afectan el tronco, particularmente la región intermamaria e interescapular, y el cuello. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, se basa en la localización y el aspecto de las lesiones, así como en la respuesta al tratamiento con minociclina. Presentamos 20 casos de papilomatosis confluyente y reticulada, confirmados por histopatología, en quienes se identificó la presencia de pseudoestrías lineales, un hallazgo semiológico poco reconocido. © 2017 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Confluent and Reticulated Papillomatosis With Linear Pseudo-striae: A Description of 20 Cases

**Abstract** Confluent and reticulated papillomatosis, also known as Gougerot-Carteaud Syndrome, is a rare chronic disease typically affecting young adults. Of unknown etiology, the condition is characterised by oval grayish-brown or erythematous papules that coalesce to form a reticular pattern, usually on the trunk, especially in the intermammary or interscapular region and on the neck. Diagnosis is primarily clinical, based on the appearance of the lesions, the areas affected, and the response to treatment with minocycline. We report 20 cases of patients with histologically confirmed confluent and reticulated papillomatosis who presented linear pseudo-striae, a little known diagnostic sign.

© 2017 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

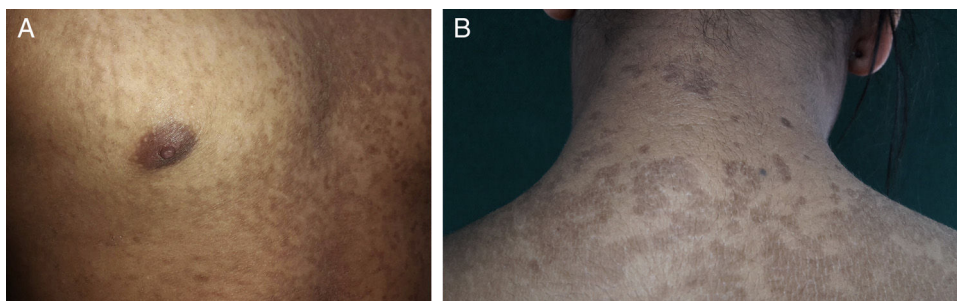
La papilomatosis confluyente y reticulada es una enfermedad infrecuente, crónica, de etiología desconocida. Se ha descrito en diferentes grupos poblacionales y raciales, con un

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [camiderm@yahoo.com](mailto:camiderm@yahoo.com)  
(C.A. Morales-Cardona).

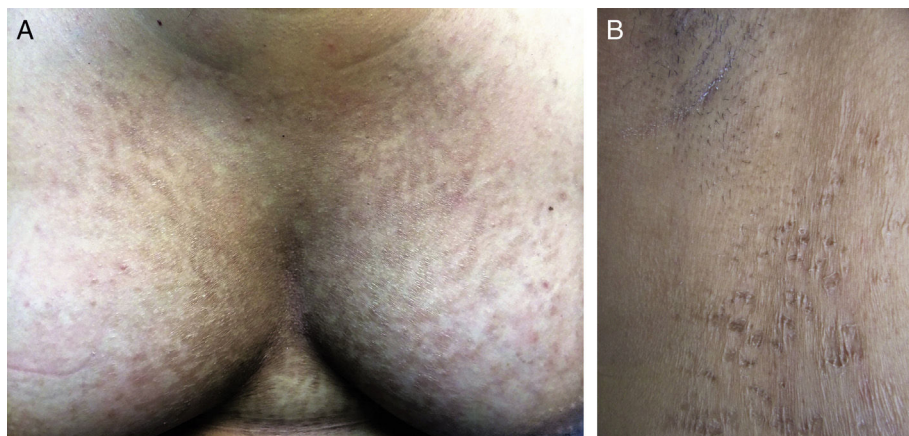
Tabla 1 Características epidemiológicas, manifestaciones clínicas y tratamiento

Paciente	Edad/sexo	Tiempo de evolución	Aspecto de las lesiones	Localización	Tratamiento	Evolución
1	24/F	6 meses	Placas pardas lineales, reticuladas, con aspecto en «papel de cigarrillo»	Cuello, región intermamaria y espalda	Minociclina 100 mg/d por 1 m	Desconocida
2	23/F	5 años	Placas pardas reticuladas, con aspecto en «papel de cigarrillo»	Cuello, pliegue inter e inframamario	Minociclina 200 mg/d por 2 m	Mejoría total
3	21/M	3 meses	Placas pardas lineales y atróficas	Espalda, región lumbar, tórax anterior	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Mejoría total
4	27/F	10 años	Placa parda aterciopelada con pápulas y pseudoestrías	Cara posterior de cuello	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Desconocida
5	29/M	12 meses	Placas pardas lineales reticuladas, con pseudo-estrías	Cuello, espalda y abdomen	Minociclina 100 mg/d por 3 m	Desconocida
6	20/M	6 meses	Placas pardas lineales, reticuladas, con pseudo-estrías	Cuello y abdomen	Minociclina 100 mg/d por 3 m	Mejoría parcial
7	48/M	5 años	Placas reticuladas con aspecto en «papel de cigarrillo»	Tórax anterior	Minociclina 100 mg/d por 3 m	Desconocida
8	28/M	12 meses	Placas pardo-eritematosas lineales, con pseudoestrías	Cuello y tórax anterior	Doxiciclina 100 mg/d por 6 m minociclina 200 mg/d por 3 m Isotretinoína 40 mg/d por 9 m	Mejoría con recurrencia
9	26/M	8 meses	Placas pardas reticuladas con zonas atróficas lineales	Tórax anterior	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Mejoría total
10	17/M	24 meses	Máculas pardas confluentes y lineales	Tórax anterior	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Mejoría con recurrencia
11	17/F	12 meses	Placas pardas reticuladas, con aspecto en «papel de cigarrillo»	Inframamaria	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Desconocida
12	41/F	12 meses	Placas pardo-eritematosas reticuladas, con aspecto en «papel de cigarrillo» y descamación fina	Cara posterior de cuello, axilas y región lumbar	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Mejoría parcial
13	21/M	36 meses	Placas pardo-eritematosas con superficie rugosa y pseudoestrías	Espalda y cuello	Minociclina 100 mg/d por 1 m	Mejoría parcial
14	15/F	12 meses	Placas eucrómicas lineales reticuladas, con zonas atróficas y descamación	Región intermamaria y supraclavicular	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Mejoría total
15	41/F	6 meses	Placas pardas lineales de superficie brillante	Pliegue intermamario	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Mejoría parcial
16	17/M	12 meses	Placas pardas conformadas por pápulas y pseudo-estrías lineales	Pliegue intermamario	Desonida 0,05% emulsión	Desconocida
17	15/M	10 meses	Parches pardos reticulados con pseudo-estrías lineales	Axilas y tórax anterior	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Mejoría con recurrencia
18	17/M	12 meses	Parches reticulados confluentes con aspecto en «papel de cigarrillo»	Abdomen y axilas	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Desconocida
19	17/M	12 meses	Placas pardas reticuladas con pseudoestrías lineales y descamación	Tórax anterior y espalda	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Mejoría total
20	43/F	5 años	Placas pardas reticuladas, brillantes, con pseudoestrías lineales	Región intermamaria y cervical posterior	Minociclina 100 mg/d por 2 m	Mejoría parcial

d: día; F: femenino; M: masculino; m: mes.



**Figura 1** Aspecto clínico de las lesiones: placas pardas reticuladas y confluentes en el tórax anterior (A) y la nuca (B).



**Figura 2** A y B. Placas reticuladas mezcladas con áreas de piel sana que forman pseudoestrías lineales.

ligero predominio en las mujeres (1,4:1) y en individuos de fototipos oscuros<sup>1,2</sup>. Usualmente la enfermedad se inicia en adultos jóvenes, aunque puede ocurrir a cualquier edad<sup>3-5</sup>. En un centro dermatológico de referencia en Bogotá (Colombia), ciudad ubicada a una altitud de 2.630 m, con una temperatura promedio de 14 °C y clima frío de sabana tropical, se diagnosticaron 93 casos nuevos de esta enfermedad entre el año 2011 y el 2015, y la incidencia fue de 0,03 casos por cada 100 pacientes nuevos/año. En esta serie de casos se describe la presencia de delgadas placas brillantes con zonas de piel arrugada «en papel de cigarrillo» que dan la impresión de pseudoestrías lineales, lo cual constituye un aspecto semiológico relevante para orientar el diagnóstico clínico de la enfermedad.

### Casos clínicos

Nueve mujeres (45%) y 11 hombres (55%) mestizos, naturales y procedentes de la ciudad de Bogotá (Colombia), con edades entre 15 y 48 años (media de 24 años), con lesiones asintomáticas en el tórax anterior (75%) y el cuello (45%), con una evolución promedio de 2 años, presentaban además de las placas pardas reticuladas típicas de la enfermedad (100%) pseudoestrías lineales (tabla 1). En todos los casos se realizó una biopsia de piel que permitió confirmar el diagnóstico y los hallazgos más frecuentes fueron: epidermis con hiperqueratosis, depósito de melanina en la capa basal, acantosis y papilomatosis de las crestas interpapilares con un infiltrado inflamatorio perivascular en la dermis.

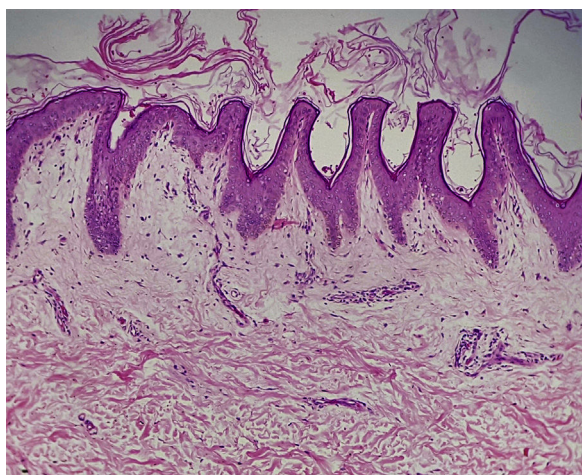
La tinción para hongos con hidróxido de potasio al 10% (solución de KOH) se realizó en 4 casos (20%) con resultado negativo.

Trece casos (65%) respondieron al tratamiento con minociclina, y 3 de ellos (23%) sufrieron recaída al suspender el medicamento.

### Comentario

La papilomatosis confluyente y reticulada fue descrita en 1927 por Henri Gougerot y Alexander Carteaud<sup>1,3</sup>. Aunque su etiología no está clara se han propuesto diferentes teorías que incluyen: alteraciones en la queratinización<sup>1,4</sup>, respuesta anormal a una infección por levaduras del género *Malassezia furfur*<sup>1,2,6</sup>, endocrinopatías<sup>2,4</sup>, infección bacteriana por una especie del género *Dietzia*<sup>7</sup> y factores genéticos<sup>4</sup>.

Se presenta clínicamente como pápulas eritematosas entre 1 y 2 mm de diámetro, que pueden alcanzar tamaños de hasta 5 mm. Posteriormente se tornan de color pardo y confluyen hasta formar placas con un patrón reticular en la periferia<sup>1,2,5</sup>, como las que presentaban los pacientes de esta serie (fig. 1). Las localizaciones habituales son la región intermamaria e interescapular, seguidas del cuello, el abdomen y las axilas<sup>4</sup>, y excepcionalmente se ha descrito en la frente, los codos, las rodillas y los tobillos<sup>8,9</sup>. En esta serie de casos, además de las localizaciones habituales, se observaron lesiones en la nuca y en la región lumbar (tabla 1). Sin embargo, el principal hallazgo fue la presencia de



**Figura 3** Hallazgos histológicos en la biopsia de piel: epidermis con leve hiperqueratosis. Acanthosis y papilomatosis de las crestas interpapilares. En la dermis infiltrado inflamatorio perivascular (HE × 10).

delgadas placas brillantes con zonas de piel arrugada «en papel de cigarrillo» que dan la impresión de pseudoestrías lineales (fig. 2), lo cual constituye un aspecto semiológico relevante para orientar el diagnóstico clínico de la enfermedad. Aunque este hallazgo ha sido previamente descrito<sup>1,10</sup>, es poco conocido por la mayoría de los clínicos.

Histológicamente, tal como se documentó en todos los pacientes de esta serie, se observa hiperqueratosis, papilomatosis, hipogranulosis y una capa espinosa que varía desde la acantosis hasta la atrofia<sup>3-5</sup> (fig. 3), lo cual explicaría la formación de las pseudoestrías. Adicionalmente se

**Tabla 2** Criterios diagnósticos propuestos por Davis et al

Hallazgos clínicos: máculas y parches marrones, al menos una parte de ellos reticulados
Compromiso de la parte superior del tronco y del cuello
Tinción para hongos negativa
Falta de respuesta al tratamiento antifúngico
Excelente respuesta a la minociclina

identificó incremento en los depósitos de melanina en la capa basal e infiltrado linfocitario perivascular en la dermis superficial, característica previamente reportada en la literatura<sup>11</sup>.

En el año 2006 Davis et al. sugirieron criterios diagnósticos para la papilomatosis confluyente y reticulada<sup>12</sup> (tabla 2), los cuales han sido aceptados por varios autores<sup>5,12,13</sup>. Los 2 primeros criterios: máculas y parches marrones reticulados, y compromiso de la parte superior del tronco y el cuello, se cumplieron en todos los pacientes de esta serie, con excepción de uno de ellos que tenía los parches reticulados solo en el pliegue inframamario (tabla 3). La lesión elemental que predominó fue la placa, probablemente debido a que el tiempo promedio de evolución fue de 2 años en el momento de la consulta. El tercer criterio, la tinción negativa para hongos, se documentó solo en 4 pacientes con sospecha de pitiriasis versicolor, uno de los principales diagnósticos diferenciales cuando hay lesiones hipopigmentadas<sup>5,14</sup> o descamación furfurácea. Otros diagnósticos diferenciales son acantosis nigricans<sup>5,15</sup>, ictiosis vulgar, dermatitis seborreica, enfermedad de Darier, dermatitis cenicienta, dermatitis de contacto pigmentada, *livedo reticularis* y prurigo pigmentoso<sup>1</sup>.

**Tabla 3** Características de los pacientes de esta serie según los criterios diagnósticos de Davis et al

Paciente	Hallazgos clínicos	Compromiso de tronco superior y cuello	Tinción para hongos negativa	Respuesta a antifúngicos	Respuesta a minociclina
1	Sí	Sí	N/A	N/A	Desconocida
2	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí
3	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí
4	Sí	Sí	N/A	N/A	Desconocida
5	Sí	Sí	Sí	N/A	Desconocida
6	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí
7	Sí	Sí	N/A	N/A	Desconocida
8	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí (recurrencia)
9	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí
10	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí (recurrencia)
11	Sí	No	N/A	N/A	Desconocida
12	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí
13	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí
14	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí
15	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí
16	Sí	Sí	N/A	N/A	Desconocida
17	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí (recurrencia)
18	Sí	Sí	Sí	N/A	Desconocida
19	Sí	Sí	Sí	N/A	Sí
20	Sí	Sí	Sí	N/A	Sí

N/A: información no disponible.



Por otro lado, debido a la confirmación histológica de papilomatosis confluyente y reticulada, ningún paciente fue medicado con antifúngicos, por lo cual este no fue un criterio valorable.

Aunque se han propuesto diferentes opciones terapéuticas, los antibióticos orales son el tratamiento de elección<sup>13</sup>. Se ha descrito éxito terapéutico con uno o más ciclos con azitromicina, claritromicina y tetraciclinas<sup>3</sup>, siendo la minociclina el medicamento de primera línea según diferentes autores<sup>2,3,5,13</sup>. Cuando se administra por vía oral, a dosis de 100mg/día, los porcentajes de mejoría son superiores al 70%, con resolución de las lesiones después de uno o 2 meses<sup>2</sup>. De los 13 casos de esta serie que respondieron al tratamiento con minociclina, 5 obtuvieron mejoría del 100%, 5 mejoría parcial y 3 sufrieron recaída tras suspender el medicamento (tabla 1). Teniendo en cuenta que las recurrencias son frecuentes, algunos autores recomiendan el uso de dosis mayores del medicamento y varios ciclos de tratamiento<sup>2,12</sup>.

En el año 2014 Jo et al. actualizaron los criterios de Davis e incluyeron la afectación de las flexuras y la respuesta no solo a la minociclina, sino a todos los antibióticos<sup>13</sup>.

## Conclusión

La papilomatosis confluyente y reticulada es una enfermedad infrecuente que se puede confundir fácilmente con otras dermatosis que tienen manifestaciones clínicas muy similares, como la acantosis nigricans y la pitiriasis versicolor. Presentamos una serie de casos en los que la identificación de pseudoestrías lineales, un hallazgo semiológico característico pero aún poco conocido, permitió orientar el diagnóstico clínico, que posteriormente se confirmó por medio de la biopsia de piel.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Scheinfeld N. Confluent and reticulated papillomatosis: A review of the literature. *Am J Clin Dermatol*. 2006;7:305–13.
- Fagundo E, Martínez-Fernández M, Sánchez-Sambucety P, Rodríguez-Prieto Á. Papilomatosis confluyente y reticulada de Gougerot-Carteaud: respuesta al tratamiento con minociclina. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:394–6.
- Tseng HW, Tseng HH, Wu CS. Confluent and reticulate papillomatosis treated with minocycline and tazarotene. *Cutis*. 2013;91:194–7.
- Angeli-Besson C, Koeppl MC, Jancquet P, Andrac L, Sayag J. Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud) treated with tetracyclines. *Int J Dermatol*. 1995;34:567–9.
- Marini M, Pacheco E, Casas J. Papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot-Carteaud. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Argent Dermatol*. 2007;58:179–84.
- Tamraz H, Raffoul M, Kurban M, Kibbi AG, Abbas O. Confluent and reticulated papillomatosis: Clinical and histopathological study of 10 cases from Lebanon. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27:119–23.
- Natarajan S, Milne D, Jones AL, Goodfellow M, Perry J, Koerner RJ. Dietzia strain X: A newly described Actinomycete isolated from confluent and reticulated papillomatosis. *Br J Dermatol*. 2005;153:825–7.
- Atasoy M, Aliğaoğlu C, Erdem T. A case of early onset confluent and reticulated papillomatosis with an unusual localization. *J Dermatol*. 2006;33:273–7.
- Kim BS, Lim HJ, Kim HY, Lee WJ, Lee SJ, Kim DW. Case of minocycline-effective confluent and reticulated papillomatosis with unusual location on forehead. *J Dermatol*. 2009;36:251–3.
- Min ZS, Tan C, Xu P, Zhu WY. Confluent and reticulated papillomatosis manifested as vertically rippled and keratotic plaques. *Adv Dermatol Allergol*. 2014;5:335–7.
- Mutasim DF. Confluent and reticulated papillomatosis without papillomatosis. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:1182–4.
- 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.
- Jo S, Sun H, Cho S, Yoon H. Updated diagnosis criteria for confluent and reticulated papillomatosis: A case report. *Ann Dermatol*. 2014;26:409–10.
- Treat JR, Barak OG, James WD. Nonpigmenting confluent and reticulated papillomatosis. *Pediatr Dermatol*. 2006;23:497–9.
- Cannavo 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? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:478–9.