



RELATO DE CASO

PAPILOMATOSE CONFLUENTE E RETICULADA DE GOUGEROT E CARTEAUD: RELATO DE CASO

CONFLUENTE AND RETICULATED PAPILLOMATOSIS OF GOUGEROT AND CARTEAUD: CASE REPORT

Paulo Henrique Teixeira Martins¹

Luana Boeira Rocha²

Juliana Spies³

RESUMO

A papilomatose confluyente e reticulada de Gougerot e Carteaud é uma dermatose incomum, de etiologia indefinida. Há diversas opções terapêuticas como: retinóides tópicos e sistêmicos, antibióticos orais, entre outros, portanto a maioria com resultados discretos. Os autores descrevem um caso da doença, em adulto, com lesões características, tipo pápulas que se tornavam confluentes no centro e reticuladas na periferia, formando placas de limites imprecisos, ligeiramente descamativas e discutem aspectos etiológicos e terapêuticos da doença.

Descritores: Hiperpigmentação; Dermatose; Papiloma

ABSTRACT

The confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteaud is an unusual dermatosis, etiology undefined. There are various therapeutic options as: topical and systemic retinoids, oral antibiotics, among others therefore most with poor results. The authors describe a case of the disease in adults, with characteristic lesions kind papules become confluent in the center and reticulated in the periphery, forming plaques of imprecise limits, slightly scaly and discuss etiological and therapeutic aspects of the disease.

Keywords: Hyperpigmentation; Dermatitis; Papilloma

INTRODUÇÃO

A papilomatose confluyente e reticulada (PCR) foi descrita pelos dermatologistas franceses Gougerot e Carteaud, em 1927.¹ Inúmeras teorias tentam explicar sua etiopatogenia, tendo como principal hipótese, na tentativa de explicar seu surgimento, tratar-se de uma desordem da queratinização. Outros estudos enfocam distúrbios endócrinos e genéticos, porém ainda não muito estabelecidos^{2,3}

¹Médico. Residente de Clínica Médica do Hospital São José de Criciúma-Santa Catarina.

²Dermatologista. Preceptora do ambulatório pela Universidade do Extremo Sul Catarinense

³Médica. Especialista em Clínica Médica no Hospital São José de Criciúma-Santa Catarina.



É uma dermatose relativamente incomum que acomete sobretudo jovens após a puberdade. É mais freqüente no sexo feminino e raça negra, com maior incidência dos 10 aos 35 anos. Os indivíduos acometidos apresentam tendência a obesidade e a pele seborreica.¹ Há poucos casos familiares.⁴

A lesão elementar da PCR caracteriza-se por uma pequena pápula verrucosa, plana, pouco saliente, de coloração variável, hipocrômica, rósea ou acastanhada, de até 5mm. As pápulas tornam-se confluentes no centro e reticuladas na periferia, formando placas de limites imprecisos, ligeiramente descamativas; ocasionalmente, assumem aspecto pseudo-atrófico. As lesões iniciam nas regiões interescapular, epigástrica e intermamaria, podendo progredir até a nuca, a região cervical lateral, os ombros, as axilas e a região pubiana. As lesões são geralmente assintomáticas, mas pode haver leve prurido.^{1,2}

O diagnóstico diferencial mais importante é a pitiríase versicolor e, eventualmente, com acantose nigricante, a amiloidose cutânea, diversas desordens da queratinização, como Dowling-Degos e algumas apresentações de dermatite seborreica.^{1,2}

A realização de exame micológico é mandatória. O uso da lâmpada de Wood pode demonstrar coloração amarela fluorescente na presença de fungo. Em casos de dúvida no diagnóstico, a histopatologia pode ser auxiliar. Nesta, não se verificam achados específicos, havendo hiperqueratose, na maioria das vezes ortoceratósica, com papilomatose irregular, acantose focal e redução de granulosa. Pode ocorrer hiperpigmentação na camada basal, sem alteração no número de melanócitos.^{1,2,4,5}

A microscopia eletrônica observa-se aumento da camada de células transitórias entre a camada granulosa e a córnea. Esse fato pode definir a PCR como uma desordem da queratinização de áreas focais da pele, sem elucidar se essa alteração seria primária ou secundária.⁵

São descritas várias opções terapêuticas, como agentes tópicos (ceratolíticos, derivados da vitamina A e D, antimicrobianos) e sistêmicos (antibióticos e retinoides). No entanto nenhuma terapia mostrou-se completamente eficaz, sendo verificada recidiva freqüente com a interrupção do tratamento²⁻³.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, branco, 25 anos, residente em Criciúma-SC. Há dois anos notou aparecimento de manchas hipercrômicas, discretamente descamativas nas regiões anterior (FIGURA 1, 2 e 3) e posterior do tórax (FIGURA 4) assintomáticas, com períodos de



melhora e piora . Fez vários tratamentos para pitiríase versicolor com antifúngicos sistêmicos (cetoconazol, itraconazol, fluconazol), e antifúngicos tópicos, sem resposta favorável.

Após a suspeita diagnóstica de PCR, foram colhidas escamas de manchas do tórax, para a realização de exame micológico direto, cujo resultado foi negativo. Através da lâmpada de Wood, a análise da pele não demonstrou fluorescência, e o exame histopatológico evidenciou acantose epidérmica leve com papilomatose irregular e focos de hiperqueratose.

O caso clínico apresenta lesões e evolução compatíveis com o diagnóstico de PCR de Gougerot e Carteaud. O caso está sendo tratado com ácido glicólico a 12% em creme, sendo observada melhora após três meses, com resultado satisfatório.

DISCUSSÃO

Papilomatose confluyente e reticulada (PCR), é um distúrbio de pele incomum de etiologia desconhecida, caracterizada por pápulas hiperqueratóticas confluentes na área central e reticuladas hiperpigmentadas na área periférica⁶. Desde Gougerot e Carteaud identificado pela primeira vez PCR em 1927, esta doença foi diagnosticada por meio do curso clínico, os achados histológicos, e os resultados do tratamento. No entanto, outras doenças, como infecção por fungos ou outras doenças de pele pigmentada, foram muitas vezes confundido com PCR devido a falta de critérios diagnósticos para a PCR. Portanto, Davis et al. propôs os critérios de diagnóstico para a PCR com base em um estudo em 39 pacientes, conforme a seguir: (i) os achados clínicos de máculas marrom escamosas e manchas, com, pelo menos, alguns parecendo reticulado e papilomatoso; (ii) o envolvimento da parte superior do tronco e pescoço; (iii) Coloração negativa de fungos de escalas; (iv) ausência de resposta ao tratamento antifúngico; e (v) excelente resposta à minociclina. No entanto, alguns casos de PCR poupando o tronco superior também têm demonstrado os achados típicos histopatológicas, achados clínicos, e respondem ao tratamento de PCR.

As teorias sobre a etiologia da papilomatose confluyente e reticulada incluem uma perturbação do sistema endócrino, uma desordem da queratinização, e uma reação do hospedeiro anormal do organismo *Pityrosporum* ou bactérias. Os relatórios também identificam casos familiares de papilomatose confluyente e reticulada e da possibilidade de papilomatose confluyente e reticulada representar uma variante de amiloidose⁴.

Várias modalidades diferentes têm sido utilizados no tratamento de Papilomatose confluyente e reticulada, com resultados variáveis. Os resultados mais consistentes podem ser vistos com minociclina.⁷ Outras modalidades incluem queratolíticos; intramuscular, oral, tópica e formas de vitamina A; tiosulfato de sódio; contraceptivos orais; retinoides orais e tópicos;



extrato de tireóide; luz ultravioleta; propileno glicol; antibióticos; antimicóticos; e calcipotriene.^{8,9}

O tratamento mais eficaz para a papilomatose confluyente e reticulada, e é o único avaliado por estudos retrospectivos e prospectivos, foi antibióticos orais. O sucesso do tratamento de papilomatose confluyente e reticulada foi avaliado com a mupirocina tópica¹⁰. As lesões de papilomatose confluyente e reticulada pode regredir com a redução de peso⁵

É notável perceber que o debate sobre a etiologia da PCR tem durado há décadas e continua sem uma conclusão definitiva, dificultando, assim, o programa terapêutico da patologia.

REFERÊNCIAS

- 1 .Bopp C, Bakos L. Papilomatose papulosa confluyente e reticulada. *An Bras Dermatol.* 1969;44:89-105.
- 2 .Dias MFRG, Azulay RD. Ceratoses foliculares. In: Azulay RD, Azulay DR, editores. *Dermatologia.* 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p.689-0.
- 3 . Ferreira LM, Diniz LM, Ferreira CJM. Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteau: report of three cases. *An Bras Dermatol.* 2009;84:78-81.
- 4 .Berger CM. Clinical pathological challenge: confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteau. *Am J Dermatopathol.* 2003;25:179-80.
- 5 .Quaresma MC, Rezende FC, Kac BK. Confluent and reitulate papillomatosis of Gougerot-Carteaud and obesity:dermoscopic findings. *An Bras Dermatol.* 2014;89:507-9.
6. 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;154:287-293.
7. Rodriguez-Carreón AA, Arenas-Guzmán R, Fonte-Avalos V, Gutiérrez-Mendoza D, Vega-Memije ME, Dominguez-Cherit J. [Confluent and reticulated Gougerot-Carteaud papillomatosis: a case report of an excellent response to minocycline]. *Gac Med Mex.* Jan-Feb 2008;144(1):67-70.
8. Rao TN, Guruprasad P, Sowjanya ChL, Nagasridevi I. Confluent and reticulated papillomatosis: successful treatment with minocycline. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* Nov-Dec 2010;76(6):725
9. Tirado-Sánchez A, Ponce-Olivera RM. Tacrolimus in confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot Carteau. *Int J Dermatol.* Apr 2013;52(4):513-4.
10. Gonul M, Cakmak SK, Soylu S, Kilic A, Gul U, Ergul G. Successful treatment of confluent and reticulated papillomatosis with topical mupirocin. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* Sep 2008;22(9):1140-2



Figura 1. Lesões hipocrômicas e hiperocrômicas, discretamente descamativas, confluentes no centro e reticuladas na periferia em região anterior do tórax e abdominal



Figura 2. Detalhe das lesões hipocrômicas e hiperocrômicas, discretamente descamativas, confluentes no centro e reticuladas na periferia, em região anterior do tórax esquerda e abdominal



Figura 3. Detalhe das lesões hipocrômicas e hiperocrômicas, discretamente descamativas, confluentes no centro e reticuladas na periferia, em região anterior do tórax direita e abdominal



Figura 4. Placas rugosas de aspecto reticulado na região lombar