

aparece asociada a factores de riesgo (síndrome nefrótico, enfermedades hepáticas, afecciones del tracto genital asociadas al uso de dispositivos intrauterinos o al parto)<sup>1,9-10</sup>.

La peritonitis secundaria se origina a partir de un foco abdominal, típicamente apendicitis o infecciones del tracto genital alto poco comunes en niñas prepuberales<sup>8</sup>.

Los gérmenes causantes de peritonitis secundaria son los de origen abdominal y genital.

La vía de diseminación de la peritonitis neumocócica puede ser hematogena, linfática, por migración transmural desde estómago o ascenso desde vagina vía trompas de Falopio<sup>2,9</sup>. La colonización del tracto genital bajo puede permitir a los gérmenes ascender al endometrio y producir endometritis, salpingitis y peritonitis<sup>8,9</sup>. En niñas sanas prepuberales la enfermedad pélvica inflamatoria de cualquier etiología es rara. Por otro lado, se han comunicado algunos casos de salpingitis, *piosalpinx* y abscesos tuboováricos neumocócicos en estas niñas<sup>3,7,10</sup>.

El *S. pneumoniae* serotipo 1 fue ya descrito en algunos casos de infecciones del tracto genital femenino y causaba sobre todo abscesos tuboováricos<sup>2,9</sup>.

En la literatura médica no hemos encontrado ningún otro caso de vaginitis con peritonitis neumocócica de repetición en niña prepuberal sin factores de riesgo asociados.

**M. Vilà de Muga<sup>a</sup>, V. Pineda Solas<sup>a</sup>,  
I. Loverdos Eserverri<sup>a</sup>, J. Pérez Sánchez<sup>a</sup>,  
B. San Vicente Vela<sup>b</sup> y S. Argemí Renom<sup>a</sup>**  
Servicios de <sup>a</sup>Pediatría y <sup>b</sup>Cirugía Pediátrica.  
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.  
Barcelona. España.

**Correspondencia:** Dra. M. Vilà de Muga.  
Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell.  
Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona. España.  
Correo electrónico: mvmuga@yahoo.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Taylor SN, Sanders CV. Unusual manifestations of invasive pneumococcal infection. *Am J Med.* 1999;107:12S-27S.
2. Sirotnak A, Eppes SC, Klein JD. Tuboovarian abscess and peritonitis caused by *Streptococcus pneumoniae* serotype 1 in young girls. *Clin Infect Dis.* 1996;22:993-6.
3. Meis JF, Festen C, Hoogkamp-Korstanje JA. Pyosalpinx caused by *Streptococcus pneumoniae* in a young girl. *Pediatr Infect Dis J.* 1993;12:539-40.
4. Cuadros J, Mazón A, Martínez R, González P, González-Setas A, Flores U, et al. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. *Eur J Pediatr.* 2004;163:105-7.
5. Joihiy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *Br Med J.* 2005;330:186-8.
6. Zeiguer NJ, Galvano A, Comparato MR, Guelfand L, Benitez M. Vulvar abscesses caused by *Streptococcus pneumoniae*. *Pediatr Infect Dis J.* 1992;11:335-6.
7. Van Steekelenburg M, de Roo RA, Steenvoorde P, Gosen JJ, den Outer AJ. Pneumococcal peritonitis mimicking acute appendicitis. *Eur J Pediatr.* 2004;163:505-6.
8. Nielsen KR, Ejlersen T, El-Batran S, Prag J. A five-year survey of pneumococcal peritonitis in two Danish countries-incidence, diagnosis and clinical entities. *Clin Microbiol Infect.* 2003; 9:738-40.
9. Westh H, Skibsted L, Korner B. *Streptococcus pneumoniae* Infections of the female genital tract and in the newborn child. *Rev Infect Dis.* 1990;12:416-20.
10. García-Arenzana JM, Idígoras P, Peris A. Peritoneal pneumococcal infections. *Rev Clin Esp.* 1992;190:131-3.

## Papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot-Carteaud

*Sr. Editor:*

La papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot-Carteaud es una dermatosis infrecuente de etiología desconocida que se inicia habitualmente durante la adolescencia y cuya importancia radica en el diagnóstico diferencial con otras entidades clínicamente similares. Este hecho adquiere relevancia dada su buena respuesta clínica a minociclina en la mayoría de los casos. Se caracteriza por la aparición de pápulas confluentes y placas parduscas finamente descamativas que afectan al cuello, la zona superior de tronco y las axilas. Comentamos el caso de una paciente atendida recientemente en nuestro servicio.

Paciente de 15 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta para valoración de lesiones cutáneas hiperpigmentadas, asintomáticas, en la región pectoral, el cuello y la zona superior de la espalda, que se habían desarrollado de forma progresiva durante 2 años, y habían recibido tratamiento previo con antimicóticos tópicos con mala respuesta clínica. En la exploración física presentaba placas parduscas finamente descamativas, confluentes que afectaban a cara posterior de cuello (fig. 1) y la región intermamaria (fig. 2). La exploración con luz de Wood, el examen directo con hidróxido potásico (KOH) y el cultivo de las escamas resultaron negativos. Se realizó una toma de biopsia de las lesiones localizadas en la cara posterior del cuello, que mostró una discreta papilomatosis con acantosis e hiperqueratosis a nivel de epidermis, con leve dilatación vascular en la dermis papilar. Todo ello era compatible con la sospecha clínica de papilomatosis reticulada confluyente. Se inició tratamiento con minociclina 100 mg cada 12 h durante 3 meses y se observó una notable mejoría clínica con aclaramiento casi completo de las lesiones.

La papilomatosis reticulada y confluyente (PRC) es una entidad rara y probablemente infradiagnosticada, caracterizada clínicamente por la aparición lenta y progresiva de pápulas y placas finamente descamativas, de tonalidad marronácea, en el cuello, la zona superior de tronco y las axilas. Se presenta habitualmente tras la pubertad, y es un poco más frecuente en mujeres (1,4:1). Clínicamente, se suele confundir con otras entidades: acantosis *nigricans* (placas aterciopeladas de coloración pardusca en las axilas y las caras laterales del cuello, con hiperqueratosis más marcada que en la PRC, y asociada en ocasiones a estados de hiperinsulinismo o neoplasias subyacentes), pitiriasis versicolor (máculas finamente descamativas en zona superior de tronco, habitualmente hipopigmentadas pero en ocasiones hiperpigmentadas), dermatitis seborreica, parapsoriasis, amiloidosis maculosa, etcétera.

La etiopatogenia es desconocida. Se han postulado diversas teorías: la existencia de una respuesta alterada del huésped a hongos saprofitos de la piel<sup>1,2</sup> o una alteración en la queratini-



**Figura 1.** Pápulas parduscas finamente descamativas y confluentes en la cara posterior del cuello.



**Figura 2.** Placas marronáceas reticuladas en la región intermaria.

zación de origen genético (hay casos familiares descritos) o adquirido<sup>3</sup>. Se ha descrito también en relación con trastornos endocrinos<sup>3</sup> (obesidad, diabetes mellitus no insulínica, síndrome de Cushing y enfermedad tiroidea) o fotosensibilidad<sup>4</sup>. Aunque existen casos descritos de coexistencia de PRC y acantosis nigricans<sup>5</sup>, la mayoría de los autores los consideran dos entidades distintas diferenciables clínicamente por su distribución, edad de inicio (más precoz en general en la PRC) y respuesta terapéutica a tratamientos antibacterianos (positiva frecuentemente en la PRC)<sup>6</sup>.

Desde el punto de vista terapéutico, se han comunicado de forma ocasional resultados favorables a antifúngicos<sup>7</sup>, derivados de la vitamina D<sup>8</sup>, retinoides tópicos<sup>9</sup> o isotretinoína oral<sup>10</sup>, si bien el tratamiento de mayor eficacia en las series más largas de pacientes con PRC ha sido la minociclina, usada en dosis de 100-200 mg/día durante 1-3 meses, con aclaramiento completo de las lesiones en el 80% de los casos<sup>11</sup>. También se han descrito buenos resultados con otros antibióticos como amoxicilina<sup>12</sup>, ácido fusídico, eritromicina, claritromicina y azitromicina<sup>13</sup>.

**M. Cabanillas González<sup>a</sup>, B. Monteagudo Sánchez<sup>a</sup>,  
E. León Muñoz<sup>b</sup>, C. de las Heras Sotos<sup>a</sup>  
y J.M. Cacharrón Carreira<sup>a</sup>**

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y Pediatría.  
Complejo Hospitalario Arquitecto  
Marcide-Novoa Santos. Ferrol.  
La Coruña. España.

**Correspondencia:** Dr. M. Cabanillas González.

Servicio de Dermatología. Hospital Básico de Defensa.  
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos.  
Ctra. San Pedro-Catabois, s/n. 15405 Ferrol. La Coruña. España.  
Correo electrónico: micabanillas@gmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yesudian P, Kamalam S, Razack A. Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud): an abnormal host reaction to *Malassezia furfur*. *Act Derm Venereol (Stockh)*. 1973;53:381-4.
2. 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.
3. Angeli-Besson C, Koeppl MC, Jacquet P, Andrac L, Sayag J. Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud) treated with tetracyclines. *Int J Dermatol*. 1995;34:567-9.
4. Vassileva S, Pramatarov K, Popova L. Ultraviolet light-induced confluent and reticulated papillomatosis. *J Am Acad Dermatol*. 1989;21:413-4.
5. Inaloz HS, Patel G, Lewis-Jones MS. Coexistence of confluent and reticulated papillomatosis and acanthosis nigricans. *Eur J Pediatr Dermatol*. 1999;9:73-6.
6. Judge MR, Mc Lean WHI, Munro CS. Disorders of keratinization. En: Burns T, editor. *Rook's textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Science; 2004. p. 110-1.
7. Nordby CA, Mitchell AJ. Confluent and reticulated papillomatosis responsive to selenium sulfide. *Int J Dermatol*. 1986;25:194-9.
8. Ginarte M, Fabeiro JM, Toribio J. Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud) successfully treated with taccalcitol. *J Dermatolog Treat*. 2002;13:27-30.
9. Bowman PH, Davis LS. Confluent and reticulated papillomatosis: response to tazarotene. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48 Suppl:80-1.
10. Solomon 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.
11. 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.
12. Davis RF, Harman KE. Confluent and reticulated papillomatosis successfully treated with amoxicillin. *Br J Dermatol*. 2007;156:583-4.
13. 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.

## Hipocondroplasia y retraso mental

*Sr. Editor:*

La hipocondroplasia es un trastorno autosómico dominante que da lugar a una osteocondrodisplasia semejante a la acondroplasia, pero con signos más leves<sup>1,2</sup>. Se trata de una entidad