

**CONFERINȚA NAȚIONALĂ
A MEDICILOR REZIDENȚI
DERMATOLOGI**

**Craiova
24 - 26 aprilie 2015**

– Rezumate –

SESIUNE LUCRĂRI 1
Afecțiuni cutanate maligne sau cu potențial
malign (S 1-1–S 1-13)

S 1-1

CARCINOMUL MUCINOS CUTANAT PRIMAR

Delia Botezatu*, Mihaela Țovaru*, Irina Tudose*, Maria Grigore*, Simona Roxana Georgescu*

*Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”, București

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Carcinomul mucinos cutanat primar este o tumoră malignă rară ce afectează cel mai frecvent zona periorbitală cu originea din zona profundă a ductelor sudoripare ecrine. Acesta este dificil de diferențiat de leziunile metastatice cutanate.

Metode: Prezentăm cazul unui pacient de 78 de ani care se internează pentru evoluția de 3 ani a unui nodul roșu-violaceu, asimptomatic, supraclavicular drept; nu se evidențiază limfadenopatii în regiunea capului și gâtului.

Rezultate: Examenul histopatologic a decelat tumora formată din celule predominant bazaloide, cu citoplasma PAS+, în travee anastomozate, plaje, cordoane și grupuri de celule izolate, marcat pleomorfism nuclear și numeroase mitoze atipice intratumoral; arii de diferențiere adenoidă; invazie în dermul profund cu interesarea joncțiunii dermo-hipodermice și a limitei profunde de rezecție; zone de necroză tumorală; marcat infiltrat inflamator polimorf și marcată reacție desmoplazică intra și peritumorală evidențiată la colorația Albastru alcian prin prezența de lacuri întinse de mucus, epidermal supraiacent cu arii de atrofie și ștergere a reliefului dermului papilar; fără conexiuni între epiderm și proliferarea tumorală. S-au efectuat investigații suplimentare sistemice care au exclus metastaza cutanată și s-a practicat rezecția tumorii în limite de siguranță oncologică.

Concluzii: Pacientul rămâne în evidența clinicii, fără semne de recidivă la 18 de luni de la intervenție, excizia în limite oncologice fiind cea mai bună conduită terapeutică, cu atât mai mult cu cât datele din literatură descriu o rată de recurență locală de 30%.

S 1-2

CANCERUL CUTANAT ASOCIAT BOLILOR
HEMATOLOGICE – DOUĂ CAZURI CLINICE

Alexandra Georgiana Bocîrnea*, Virgil Pătrașcu**

* Clinica Dermatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova

** U.M.F Craiova

Introducere: Bolile hematologice maligne cuprind o serie de condiții patologice heterogene ce constau în proliferarea neoplazică a celulelor măduvei osoase și sistemului limfatic. Aproximativ 250.000 de persoane sunt diagnosticate cu leucemie în fiecare an în lume, reprezentând 2,5% din cazurile de cancer.

Cancerle cutanate reprezintă aprox. 20% din cazurile noi de neoplazii maligne. Incidența cancerului cutanat în România, este de aprox. 10 la 100.000 locuitori.

Caz clinic I. Pacient în vârstă de 77 ani, cunoscut cu LMNH limfocitic difuz std. IV B din anul 2008, se spitalizează pentru două formațiuni tumorale situate la nivelul faciesului. Rezultatul exam. HP a fost de structură microscopică de carcinom mixt și structură microscopică de keratoză seboreică tipul hiperkeratozic. Pacientul prezenta și multiple papule eritemato-violacee acoperite de cruste hematice intens pruriginoase la nivelul membrelor inferioare.

Caz clinic II. Pacientă în vârstă de 73 ani, cunoscută cu Neoplasm mieloproliferativ mielodisplazic neclasi-ficabil din anul 2013, se spitalizează pentru o formațiune tumorală situată la nivelul unghiului intern al ochiului drept. Rezultatul exam. HP a fost structură microscopică de carcinom bazocelular adenoid.

Discuții: Pacienții cu boli hematologice sunt mult mai susceptibili de a dezvolta tumori maligne secundare, cancerul de piele fiind cel mai frecvent. Acesta demonstrează agresivitate crescută la pacienții cu boli hematologice și este asociat cu rate mai mari de recidivă, risc crescut de metastaze regionale și chiar deces.

Concluzie: Diferitele modalități terapeutice utilizate pentru tratarea bolilor hematologice ar putea accentua în continuare imunosupresia prin epuizarea sistemului imunitar, favorizând astfel apariția celei de-a doua neoplazii (cancer cutanat).

S 1-3

SINDROM GORLIN – CAZ CLINIC

Florentina Delcea*, V. Pătrașcu**

*Clinica Dermatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova
** U.M.F. Craiova

Introducere: Sindromul Gorlin este o afecțiune genetică cu transmitere autosomal dominantă, cu puternică penetranță, cauzată de mutații în gena PTCH 1. *Caz clinic:* Pacient în vârstă de 41 ani, mediul rural, agricultor, se prezintă în sept. 2014 cu multiple formațiuni tumorale (179) cu dimensiuni cuprinse între 0,2-6,5 cm, rotund-ovalare, de culoare brun închis, cu chenar format din perle epitelioatoase dispuse la nivelul extremității cefalice, trunchiului și membrelor superioare. Boala a debutat în perioada prepubertară, cu leziuni la nivelul toracelui posterior. Concomitent pacientul prezenta cicatrici atroifice, rezultate în urma tratamentelor anterioare.

În urma examenului clinic și a investigațiilor paraclinice am stabilit diagnosticul de Sindrom Gorlin. Am practicat biopsia a patru formațiuni tumorale, urmată de chiuretarea și electrocauterizarea fiecăreia. Examenul HP a evidențiat aspectul de CBC solid. *Discuții:* Sindromul Gorlin este determinat de mutații în gena PTCH 1 localizată pe brațul lung al cromozomului 9 (q22.3-q31). Mutațiile genei produc alterări la nivelul căii de semnalizare intercelulară hedgehog, în cadrul căreia produsul genei PTCH 1 joacă un rol esențial. Alterarea căii de semnalizare determină creșterea expresiei proteinelor esențiale cu rol în proliferarea celulară, ducând în final la apariția carcinomelor bazocelulare.

Concluzii: Sindromul Gorlin este o afecțiune rară, cu determinism genetic, care poate fi de cele mai multe ori subdiagnosticată.

Manifestările clinice complexe impun o abordare multidisciplinară a acestor cazuri cu participarea dermatologului, neurologului, endocrinologului și a chirurgului.

S 1-4

FIBROEPITELIOMUL. TUMORA PINKUS

Oliver Ghenuche, Alice Rusu

Secția Clinica Dermatovenerologie

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș” – București

Fibroepiteliomul este o tumoră rară, descrisă de către Hermann Pinkus în 1953, ca fiind o leziune premalignă fibroepitelială. El a considerat că fibroepiteliomul este

o variantă de carcinom bazocelular, ce ilustrează interacțiunea și interdependența componentelor stromale și epiteliale ale carcinomului bazocelular. Clinic fibroepitelioamele au aspect benign, cu o creștere lentă, sunt tumori solide elevate, papiloame pedunculate sau fibroame sesile cu o bază largă de implantare, de dimensiuni variabile. Culoarea este de obicei roz-roșiatică dar pot avea nuanțe de brun-deschis. Diagnosticul diferențial include: nev melanocitic intradermic, fibrom pedunculat, papilom fibroepitelial, granulom, hemangiom, melanom amelanotic, neurofibrom, keratoza seboreică, nev sebaceu. Aspectul histopatologic al tumorii Pinkus este distinct. Cordoane lungi, subțiri, arborizate, anastomozate formate din celule bazaloide înconjurate de o stroma fibrovasculară laxă. Diagnosticul diferențial histopatologic se face cu keratoza seboreică reticulată, carcinomul bazocelular superficial, tricoepiteliomul, tricoblastomul și siringo-fibro-adenomul ecrin.

Prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 64 ani, ce solicită consult pentru o leziune tumorală cutanată, ce evoluează de mulți ani. Examenul histopatologic a confirmat diagnosticul de Fibroepiteliom. Leziunea a fost excizată complet, cu evoluție favorabilă.

S 1-5

METASTAZE CUTANATE CU PUNCT DE PLECARE NEO MAMAR: OBSERVAȚII REFERITOARE LA 3 CAZURI

Andreea-Oana Enache, V. Pătrașcu
UMF din Craiova

Metastazele cutanate reprezintă un procent cuprins între 0,7-9%, din totalul cancerelor metastatice. Cel mai frecvent tip de neoplasm care produce metastaze cutanate la femei este cancerul de sân. Obiectivul autorilor a fost să evidențieze aspectele clinice și histopatologice întâlnite la pacientele cu metastaze cutanate cu punct de plecare neo mamar.

Prezentăm trei bolnave, cu metastaze cutanate cu punct de plecare neo mamar, interesante atât prin aspectul clinic cât și prin evoluția pre și post-terapie. Diagnosticul l-am reținut în urma examenului clinic, a examenului histopatologic și a bilanțului de extensie. Bilanțul de extensie a presupus pentru fiecare bolnav efectuarea investigațiilor biologice și imagistice (ecografie abdominală, radiografie de schelet, radiografie torace etc). În urma investigațiilor efectuate la fiecare caz am precizat diagnosticul de metastaze cutanate, excluzând multiple afecțiuni confundabile din punct de vedere clinic.

Polimorfismul clinic al metastazelor cutanate ridică numeroase probleme de diagnostic diferențial și poate

reprezenta o capcană pentru medicul practician neavizat, determinând astfel întârzierea diagnosticului și inițierea terapiei.

În ciuda progreselor realizate în depistarea și tratamentul cancerului mamar care au dus la creșterea duratei de supraviețuire, o parte dintre pacienți prezintă recidive metastatice chiar și în cazul cancerelor mamare aflate sub tratament.

Cuvinte cheie: metastaze cutanate, neoplasm mamar, histopatologic

S 1-6

POROCARCINOM ECRIN - PREZENTARE CAZ CLINIC

Ungureanu A.M*, Coman O.A.***, Georgescu S.R.**

*Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”, București

**Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Introducere: Porocarcinomul ecrin (PE) este un neoplasm cutanat rar cu origine în glandele sudoripare ecrine. Metastazele în ganglionii limfatici regionali sunt frecvente. Modalitățile de tratament includ: excizie standard, chirurgie Mohs, chimioterapie și radioterapie.

Materiale și metode: Prezentăm cazul pacientului T.D, în vârstă de 79 de ani, cunoscut cu artrită reumatoidă din 2009, tratată timp de un an (în 2014) cu medicație imunosupresoare (azatioprină). Se internează în clinica noastră pentru o formațiune tumorală localizată în fosa poplitee dreaptă, cu diametru de 5/4,5 cm, eritematoasă, ce sângerează la atingere, cu evoluție de 5 ani. Pacientul afirmă că tumora a crescut brusc în dimensiuni și a început să sângereze în urmă cu 5 luni. Examenul clinic nu a decelat limfadenopatie. Tumora a fost excizată în serviciul nostru în ianuarie 2015.

Rezultate: Testele de laborator au inclus: HLG fără modificări importante (Ly↓, Mo↑, Hb↓), VSH↑. Aspectul histopatologic și testele imunohistochimice sunt compatibile cu diagnosticul de porocarcinom ecrin.

Concluzii: PE este un neoplasm cutanat rar cu origine în glandele sudoripare ecrine, localizat frecvent la nivelul membrelor inferioare; afectează în special vârstnicii, ca în cazul nostru. Pacientul a observat o creștere rapidă și apariția sângerării după 6 luni de tratament imunosupresor (azatioprină) pentru artrita reumatoidă. Astfel, imunosupresia indusă de azatioprină poate fi considerată un factor trigger pentru evoluția rapidă a tumorii. Pacientul a fost îndrumat în serviciul de chirurgie și, eventual oncologie pentru investigații ulterioare și terapie adecvată.

S 1-7

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL NODULILOR BENIGNI DEZVOLTAȚI PE NEV CONGENITAL GIGANT: PREZENTARE DE CAZ

Orac Amalia*, Cheddad Ayyoub**Cosgarea Maria Rodica***

*Medic rezident Dermatovenerologie, an II, Spital Clinic de Urgență “Sfântul Spiridon”, Iași;

**Medic rezident Dermatovenerologie, an II, Spital Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca;

***UMF “Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca;

Nevii congenitali giganți prezintă un risc crescut de a dezvolta melanom malign. Există diverse forme de proliferări secundare dezvoltate pe nevi congenitali giganți care pot avea aspect clinic și histopatologic de melanom malign; diagnosticarea corectă a acestor leziuni prezintă o deosebită importanță pentru prognosticul și managementul pacienților. Prezentăm cazul unui pacient de 17 ani care, pe fondul unui nev congenital gigant situat toracic posterior, dezvoltă pe parcursul a mai mulți ani multipli noduli subcutanați, diagnosticați inițial ca melanom malign respectiv metastază de melanom malign, precum și multiple leziuni nevice secundare dintre care una diagnosticată drept melanom malign nevoid. În urma multiplelor investigații imagistice nu s-a decelat tumora primară sau alte metastaze de melanom malign iar evoluția bună a pacientului în lipsa tratamentului a infirmat caracterul malign al leziunilor. Aducem în discuție dificultatea diagnosticului diferențial dintre proliferările secundare benigne și melanomul malign pe fondul nervilor congenitali giganți, riscul de degenerare malignă a acestor nevi și modul în care acestea influențează prognosticul pacienților.

S 1-8

METASTAZE CUTANATE LA UN PACIENT CU NEOPLASM LARINGIAN

Rucsandra Dascălu, Loredana Stoica

Incidența metastazelor cutanate este între 0,7-5% din totalul cancerelor interne. Dintre acestea, în 16% din cazuri este implicată o tumoră primară cu localizare laringiană.

Caz clinic. Pacient în vârstă de 57 ani se spitalizează pentru prezența a 21 de formațiuni tumorale, dimensiuni variabile (0,5-2 cm), cu centru deprimat, culoare roz-roșietică, unele acoperite de cruste hemactice, altele cu suprafață keratozică și unele prezentând depozit purulent, localizate la nivelul scalpului (13), faciesului (1), trunchiului (2) și membrelor (5).

Din *antecedentele personale patologice* reținem neoplasm laringian vestibulo-gloto-subglotic stadiul IV (T₄N₂M_x) operat (laringectomie totală extinsă la primul inel traheal și limfadenectomie jugulo-carotidiană bilaterală cu diagnosticul histopatologic de carcinom scuamos G3) și chimioradiotratat (2012). În Clinica Dermatologie am realizat excizia a două formațiuni tumorale, una de la nivelul scalpului și cealaltă de la nivelul coapsei drepte, fragmentele excizate fiind trimise la examenul histopatologic. Rezultatul examenului histopatologic a evidențiat fragment acoperit de epiderm cu zonă ulcerată, în derm și hipoderm prezența de insule și cordoane de celule tumorale maligne, pe alocuri cu pattern glanduliform.

Discuții: Metastazele cutanate au fost raportate la 1-2% din pacienții cu carcinom scuamocelular localizat la nivelul capului și regiunii cervicale. Făcând o raportare a cazurilor de cancer laringian publicate în literatura de specialitate, s-au publicat aproximativ 7 cazuri care au prezentat metastaze cutanate.

Metastazele cutanate sunt indicatori precoce pentru cancerle invazive metastatice și însoțesc de obicei și alte metastaze viscerale, așa cum s-a evidențiat și la cazul nostru.

Concluzii: Pacientul nostru a prezentat formațiuni tumorale cu aspect de keratoacantoame multiple, iar în urma examenului histopatologic, s-a evidențiat diagnosticul de metastaze cutanate, de la un neoplasm laringian.

S 1-9

FACTORI DE PROGNOSTIC NEGATIV IN MYCOSIS FUNGOIDES

Taroi Mona, Rotaru Maria
Clinica Dermatologie –ULBS Sibiu

Introducere: Mycosis fungoides (MF), cea mai frecventă formă de limfom cutanat cu celule T, este o boală ce poate evolua doar la nivelul pielii, lent, zeci de ani, sau poate progresa prin afectarea unor suprafețe mai mari de piele, prin apariția tumorilor cutanate sau prin diseminare limfatică ori hematogenă. Diagnosticul precoce și stadializarea clinică corectă sunt esențiale pentru stabilirea unei scheme terapeutice optime, cu remisia leziunilor, evitarea recurențelor, îmbunătățirea calității vieții și încetinirea evoluției bolii.

Prezentare caz: Barbat de 68 ani, se internează pentru plăci și placarde eritemato-scuamo-infiltrative, diseminate, însoțite de prurit moderat. Boala a debutat de aprox. 3 luni la nivelul hemitoracelui stg, cu o leziune unică, eritematoasă care s-a extins treptat, cu leziuni noi pe trunchi și membre. Asociat a prezentat scădere

ponderală (aprox. 4 kg în 6 luni). Examenul clinic a relevat adenopatii (laterocervical stg., supraclavicular stg., axilar bilat., inghinal bilat.) și hepato splenomegalie. S-au efectuat biopsie cutanată, biopsie ganglionară, consult Hematologie, biopsie osteo-medulară, examinare CT iar diagnosticul de MF este confirmat prin EHP și IHC.

Discuții: Prognosticul în MF diferă în funcție de stadiul clinic și de prezența unor indicatori de prognostic nefavorabil cum ar fi: vârsta > 60 ani, sexul masculin, mucinoza foliculară, valori crescute LDH, raportul CD4/CD8 > 20. Particularitățile cazului nostru sunt durată scurtă, (de aprox. 3 luni), de la apariția manifestărilor clinice până la confirmarea diagnosticului de MF și asocierea a trei din factorii mai sus menționați.

S 1-10

TERAPIA FOTODINAMICĂ ÎN BOALA PAGET EXTRAMAMARĂ

Grad Alecsandra-Iulia, Androhovici Dana, Groza Oana,
Cosgarea Rodica
Clinica Dermatovenerologie Cluj Napoca

Boala Paget extramamară este un adenocarcinom intraepitelial rar, care se poate prezenta sub formă primară sau asociat altor malignități viscerale, cele mai frecvente fiind carcinoamele gastrointestinale și genitourinare.

Prezentăm cazul unui pacient, în vârstă de 76 de ani, care se prezintă pentru o placă eritemato-scuamoasă, cu zone de ulcerare, cu limite clare față de pielea din jur, localizată la nivel inghino-scrotal, însoțită de prurit și durere. Afirmativ, leziunea a debutat în urmă cu aproximativ 5 ani și a crescut considerabil în dimensiuni, la momentul diagnosticului fiind de 15/15 cm. Pacientul a urmat anterior, repetate tratamente antimicotice, antibiotice și cortizonice local, nepotrivite leziunii care clinic a fost interpretată ca boala Paget. Examenul histopatologic arată prezența celulelor mari, cu citoplasmă clară, abundentă, PAS+, cu hipertrofie nucleară, la nivelul epidermului, aspectul fiind caracteristic pentru boala Paget extramamară.

Având în vedere vârsta pacientului cât și dimensiunile leziunii, s-a ales ca tratament terapia fotodinamică cu acid 5 aminolevulinic, 1 ședință/lună, timp de 6 luni, tratament care a dus la reducerea cu 80% în dimensiuni a leziunii. S-a continuat cu Imiquimod 5%, 3 aplicații/săptămână, timp de 12 săptămâni, tratament care a dus la reducerea considerabilă a leziunii restante. Particularitatea cazului constă în faptul că boala Paget extramamară, formă primară, a fost tratată conservativ, cu succes, prin terapie fotodinamică cu acid 5 aminolevulinic și Imiquimod 5%.

S 1-11

**TUMORI CARE POT MIMA DIN PUNCT DE
VEDERE CLINIC MELANOMUL MALIGN –
PREZENTARE A DOUĂ CAZURI**

Ioana Gencia*, P. Cristodor**, F. Baderca***, C. Solovan**
*Clinica de dermato-venerologie a Spitalului Municipal Clinic și de
Urgență Timișoara
**Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș Timișoara
***Serviciul de anatomie patologică a Spitalului Municipal Clinic și de
Urgență Timișoara

Există numeroase tumori pigmentate care pot mima din punct de vedere clinic melanomul malign. Spiradenomul și spiradenocilindromul (cilindrom) pigmentate sunt două dintre acestea. Ele sunt tumori benigne cutanate strâns legate între ele, reprezentând expresia morfologică a aceleiași proces proliferativ. Localizările predilecte ale spiradenomului sunt reprezentate de față și torace, iar pentru cilindrom scalpul și fața. Formele pigmentate ale acestor tumori sunt rare. Vă vom prezenta cazurile a două paciente care s-au prezentat în Clinica de Dermatovenerologie din cadrul Spitalului Clinic Municipal și de Urgență Timișoara cu acest tip de tumori anxiale pigmentate. Prima este o pacientă în vârstă de 57 de ani care s-a prezentat în clinica noastră cu o formațiune tumorală hiperpigmentară, de culoare brun-albăstrui, rotund ovalară de aproximativ 1,3/1 cm, prezentând o ulcerăție centrală și edem perilezional, localizată la nivelul regiunii frontale, afirmativ având o evoluție de aproximativ 10 ani. Iar cea de-a doua este o pacientă de 67 de ani care s-a prezentat în clinica noastră cu 2 leziuni rotunde ovalare, gri-albăstrui, una nodulară de aproximativ 3/1 cm în diametru localizată la nivelul 1/3 inferioare a coapsei drepte, iar cealaltă localizată la nivelul gambei drepte de aproximativ 2/1 cm diametru, de formă neregulată, ușor infiltrată, afirmativ apărute în urmă cu 1 an la nivelul unor leziuni hiperpigmentare preexistente. Diagnosticul prezumtiv, în ambele cazuri, a fost de melanom malign sau epitelioame bazocelulare pigmentate. După examenul histopatologic însă s-a pus diagnosticul de spiradenom pigmentat (leziunea de la nivelul coapsei celei de-a doua paciente) și spiradenocilindrom pigmentat (leziunea de la nivel frontal al primei paciente și leziunea de la nivelul gambei drepte a celei de a doua paciente).

S 1-12

**CAZ CLINIC: CARCINOM BAZOCELULAR
PAGETOID EXTINS APĂRUT DUPĂ
RADIOTERAPIE**

Condrat Irina, Haja Ioana, Mocanu Alexandru, Sara Samaki,
Tătaru Alexandru Dumitru
Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj Napoca
Clinica de Dermatologie

Prezentăm cazul clinic al unui bărbat în vârstă de 65 de ani, având în antecedente un seminom testicular operat și radiotratat, care atinge zona lombară posterioară, unde apar multiple leziuni cutanate eritematoase. Boala actuală a debutat în urmă cu aproximativ 10 ani prin apariția unor macule, unele pigmentate, altele eritematoase, care au crescut progresiv în dimensiuni, fără ameliorare sub niciun tratament. Se ridică suspiciunea de melanom malign sau carcinom bazocelular superficial pigmentat și se efectuează 3 biopsii cutanate din zonele cu leziuni. În urma examenului histopatologic se pune diagnosticul de carcinom bazocelular pagetoid și se începe terapia chirurgicală privind excizia leziunilor pigmentate și se are în vedere efectuarea de terapie fotodinamică. Particularitatea cazului constă în caracterul morfologic al leziunilor cutanate și în debutul după radioterapie. Cuvinte cheie: carcinom bazocelular pagetoid extins, radioterapie.

S 1-13

**PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ÎN
TRICOEPITELIOAME FAMILIALE**

Nițulescu (Cioboata) Oana Alexandra, Mihele Dana Mihaela
Spitalul de Boli Infecțioase "Dr Victor Babeș", Secția dermato-
venerologie, București

Prezintă cazul unei paciente de 23 ani, din mediul urban, fumatoare, fără antecedente personale patologice semnificative; cu următoarele antecedente heredocolaterale: mama, anamnestic, leziuni cutanate similare, neinvestigate, iar sora pe lângă leziunile cutanate tot neinvestigate, epilepsie și retard mental, ce se prezintă pentru multiple papule en dome, ferme, de culoarea pielii, cu diametrul variat de 7-10 mm, moderat pruriginoase, situate frontal, în regiunea zigoamatică bilateral, mentonier și la nivelul scalpului frontal și temporal, afectare unghială cu aspect echivoc, iar la nivelul dentiției mici cavități. Examenul obiectiv este în limite normale.

Boala a debutat în urmă cu 6-7 ani prin apariția unui eritem intens al feței și a unor leziuni similare celor prezente.

Dat fiind faptul că pacienta se adresează prima dată unui serviciu de dermatologie și luând în considerare și antecedentele heredocolaterale, diagnosticul pozitiv s-a făcut cu dificultate, excluzându-se scleroza tuberoasă Bourneville (leziuni cutanate situate centrofacial, afectarea unghială, prezența cavităților mici la nivel dentar și în plus sora cu leziuni cutanate neinvestigate, retard mental și epilepsie). Coroborând datele clinice (istoric, examen local și obiectiv) și paraclinice (biopsie relevantă) se pune diagnosticul pozitiv de tricoepitelioame familiale. S-a realizat electro-cauterizarea câtorva leziuni, singura metodă accesibilă, cu o primă evaluare a impactului estetic. Totuși prognosticul estetic este rezervat.

SESIUNE LUCRĂRI 2 Varia 1 (S 2-1–S 2-12)

S 2-1

DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN PILOMICOZE

Cretu Anca*, Grăjdeanu Ioana-Alina*, Daciana Brănișteanu* **

*Clinica Dermato-venerologie, Sp. Sf Spiridon, Iași

**Disciplina Dermato-venerologie, UMF "Gr. T. Popa", Iași

Pilomicozele sunt date de către dermatofiți care pot parazita firul de păr în exterior (ectotrix) sau în interior (endotrix). Speciile care produc aceasta patologie pot fi antropofile, zoofile sau geofile. Din punct de vedere clinic întâlnim 4 tablouri: microsporia, tricofitia uscată, tricofitia inflamatorie și favusul.

Prezentăm cazurile unei paciente în vârstă de 12 ani și a unui pacient de 14 ani, frați, care se prezintă la Clinica de Dermatologie pentru persistență la nivelul scalpului a unor plăci discret eritemato-scuamoase, cu fire de păr rupte de la diferite nivele de la emergenta, cenușii, lipsite de luciu. Debutul a fost cu aproximativ 2 ani în urmă. Examenul clinic a decelat prezența de plăci mici eritemato-scuamoase, multiple, cu contur neregulat, sugerând o tricofitie uscată a scalpului. Examenul micologic și cu lampa Wood au evidențiat prezența de *Microsporum*, cultura pe mediul Sabouraud și antifungigrama neputându-se realiza. S-a inițiat tratament topic și sistemic cu antimicotic, s-au făcut recomandările de radere săptămânală a scalpului pe durata tratamentului și de utilizare a unui dezinfectant pentru spălarea hainelor și lenjeriei, cu evoluție favorabilă pe durata spitalizării.

Particularitatea cazului constă în faptul că aspectul clinic pleda mai mult pentru diagnosticul de tricofitie uscată a scalpului și nu de microsporie. Nerespectarea indicațiilor de tratament, plus existența posibililor contacți infectați (1 verișor și 1 alt frate) care au refuzat să se prezinte la Clinica pentru tratament, au subminat rezultatele terapeutice și obținerea vindecării micologice și clinice complete.

S 2-2

TINEA CORPORIS VERSUS TINEA INCOGNITO

Lavinia-Maria Zaiț, Cătălina Diana Andronic, Mădălina Bejan, Laura Gheucă-Solovăstru
 Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon, Iași
 U. M. F. "Gr. T. Popa", Iași

Introducere: Herpesul circinat este o dermatofitoză a pielii glabre, cu o largă răspândire, susținută de mulți factori favorizanți locali și generali. Afectează în aceeași măsură ambele sexe, toate vârstele, putând fi cauzată de dermatofili antropofili, zoofili sau geofili, cei mai comuni fiind *T. rubrum*, *M. canis* și *T. tonsurans*. Boala se transmite uzual de la animal la om sau de la om la om, direct sau prin obiecte contaminate. Confundată adesea cu alte dermatoze, afecțiunea este tratată în mod eronat cu dermatocorticoizi și își pierde din aspectele morfoclinice caracteristice, realizând ceea ce se numește Tinea incognito.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui pacient de 47 de ani, din mediul rural, angajat al unei ferme zootehnice, care se adresează Clinicii de Dermatologie Iași pentru apariția de plăci și placarde bine delimitate, cu contur policiclic, eritematoase, cu margine mai activă, centrul mai palid, acoperite de scuame fine, ce prezintă pe suprafață pustule mai frecvente în periferie, intens pruriginoase, diseminate la nivelul membrelor superioare și inferioare bilateral, abdomen și lombo-sacrat.

Afecțiunea a debutat în urmă cu aproximativ două săptămâni, iar după aplicări topice de corticosteroizi leziunile s-au extins cu ușoare modificări ale aspectului morfoclinic.

Diagnosticul a fost confirmat de examenul micologic direct din scuame de la nivelul leziunilor și cultură pe mediul Sabouraud. Sub tratament antimicotic sistemic și topic, evoluția a fost rapid favorabilă.

Concluzii: Tratamentul local și/sau sistemic al dermatofitozelor trebuie să fie însoțit de indentificarea și îndepărtarea (atunci când este posibil) factorilor etiologici și favorizanți. Aplicarea de dermatocorticoizi pe leziunile de Tinea favorizează creșterea dermatofitului, suprimă răspunsul imun, realizând ceea ce se cheamă în practica dermatologică Tinea incognito.

S 2-3

GRANULOM INELAR DISEMINAT - PREZENTARE DE CAZ

Alexandra Radu-Carlaonț*, Virgil Pătrașcu**

* Clinica Dermatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova
 ** U.M.F. Craiova

Introducere: Granulomul inelar este o dermatoză cronică benignă, al cărui aspect clinic și histologic (granulom palisadic) este caracteristic.

Caz clinic. Prezentăm cazul unei paciente, în vârstă de 52 ani, din mediul rural, care s-a spitalizat pentru plăci ovalare și arciforme, cu diametrul între 4-9 cm, cu margini formate din coalescența de mici papule ferme, eritematoase, cu centrul plăcilor ușor hipopigmentat, fără atrofie cutanată, dispuse la nivelul feței dorsale ale mâinilor și fața laterală a gambei stângi, cu istoric de 18 luni. Pe baza anamnezei, examenului clinic, examenului histopatologic și investigațiilor de laborator am stabilit diagnosticul: granulom inelar diseminat, dislipidemie și litiază biliară asimptomatică. Pacienta a urmat tratament cu antibiotic, antihistaminice, dermatocorticoizi potenți și agenți fizici cu evoluție discret favorabilă.

Discuții. Etiopatogenia nu este elucidată.

În ceea ce privește asocierea cu o altă patologie, studiile au arătat asocierea cu diabet zaharat, boli tiroidiene, boli maligne și dislipidemie. În cazul nostru, pacienta a fost diagnosticată cu dislipidemie.

Concluzii: Modificările profilului lipidic (hipercolesterolemie, hipertrigliceridemie sau ambele) s-au dovedit a fi prezente la 45% din pacienții cu granulom inelar diseminat, de unde importanța investigării pacienților în această direcție.

Fără studii comparative, este dificil să se stabilească eficiența mijloacelor terapeutice, deoarece în 50-70% din cazurile de granulom inelar localizat s-au observat remisii spontane în primii doi ani de boală.

Granulomul inelar diseminat este mai rezistent la tratamentul topic și sistemic, în comparație cu forma localizată a bolii.

S 2-4

LICHEN PLAN ASOCIAT CIROZEI HEPATICE CU VIRUS B+D. STUDIU DE CAZ.

Cristina Grinea, Oana Mihaela Maftei, Laura Stătescu.
Clinica de Dermatovenerologie, Spitalul Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași
Disciplina Dermatologie, Facultatea de Medicină, UMF „Grigore T. Popa” Iași

Lichenul plan reprezintă o manifestare inflamatorie cronică, papuloasă, cu atingere cutanată, mucoasă sau a fanerelor, cu debut la orice vârstă și frecvență egală la ambele sexe. În etiopatogenia acesteia sunt implicate mecanisme imunologice, infecțioase, metabolice, neuropsihice și genetice.

Prezentăm cazul unei paciente de 28 de ani, cu istoric de 3 ani al unei erupții constituite din papule plane, eritemato-violacee, izolate și confluate în plăci și placarde cu contur neregulat, suprafața acoperită de scuame aderente, intens pruriginoase, localizate la nivelul trunchiului și membrelor. Examenul histopatologic al biopsiei cutanate evidențiază aspecte de lichen plan cu modificări degenerative secundare, cu epiderm acoperit de o crustă de keratină cu arii dense și parakeratoză focală, marcată degenerescență vacuolară la nivelul interfeței dermo-epidermice și un infiltrat inflamator limfomonocitar asociind macrofage încărcate cu pigment melanic la nivelul dermului papilar. Biologic și imagistic se evidențiază ciroză hepatică cu virusurile HBV și HDV. Sub tratament cu Peginterferon alfa – 2a evoluția a fost favorabilă, cu scăderea titrului viremiilor (ADN-VHB și ARN-VHD) sub limita de detecție și ameliorarea leziunilor cutanate până la hiperpigmentare reziduală. Răspunsul inițial la corticoterapia sistemică și topică a fost suboptimal. Particularitatea cazului: asocierea leziunilor de lichen plan și ciroză hepatică cu HBV+HDV la o pacientă tânără și decelarea afectării hepatice în cadrul investigațiilor pentru lichen plan, în absența altor semne și simptome.

S 2-5

LICHEN HIPERTROFIC LA UN PACIENT CU BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI

Mihaela Ciocan*, Virgil Pătrașcu**
*Clinica Dermatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova
** U.M.F. Craiova

Introducere: Lichenul plan este o afecțiune inflamatorie, cu evoluție cronică, autolimitată, ce afectează tegumentul, mucoasele și fanerele.

Boala Cronică de Rinichi este un sindrom fiziopatologic complex, de etiologie multiplă, caracterizat prin incapacitatea rinichilor de a-și îndeplini funcțiile fiziologice datorită distrugerii progresive și ireversibile a nefronilor, cu evoluție progresivă către stadiul terminal ce impune inițierea uneia din metodele de substituție a funcțiilor renale.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 40 ani, din mediul urban, cunoscut cu Boala Cronică de Rinichi stadiul II, care s-a spitalizat în Clinica Dermatologie Craiova pentru multiple leziuni papulo-nodulare eritemato-violacee, dimensiuni între 0.5-2 cm, cu excoriații și cruste pe suprafață, plus pigmentări și cicatrici postlezionale, intens pruriginoase. Am practicat biopsierea unei leziuni, iar exam. HP a precizat diagnosticul de lichen hipertrofic. În timpul spitalizării a urmat tratament general cu Ketotifen 2 cp/zi, iar local am aplicat Sal-Ekarzin și Allpresan, cu evoluție discret favorabilă.

Concluzii: Lichenul poate îmbrăca aspect hipertrofic la pacienții cu Boală Cronică de Rinichi, datorită tulburărilor metabolice, xerodermiei și pruritului. Lichenul hipertrofic are risc de malignizare ceea ce implică examinarea periodică a leziunilor, alături de monitorizarea riguroasă a bolii renale cronice.

S 2-6

LICHENUL SCLEROS GENITAL

Antohe Mihaela, Cătălin Popescu
Spitalul Clinic Colentina, Dermatologie I, București

Lichenul scleros genital este o afecțiune dermatologică cronică, progresivă, de etiologie necunoscută, caracterizată prin papule și plăci albe, atrofile, uneori cu arii de hiperkeratoză, hemoragii, purpură, ulceratii care la femei afectează cel mai frecvent labiile mari și mici, cu extindere perineală și perianală (configurație de „8”). În stadii avansate, vulva suferă modificări arhitecturale cauzate de fibroza extinsă și atrofie, cu fuziunea labiilor mici și mari, îngustarea introitusului. Asociază cel mai frecvent prurit intens, dispareunie, disurie, defecație dureroasă.

La bărbați, afectează glandul și partea internă a prepuțului, având drept complicații fimoză, parafimoză, disfuncție erectilă și erectie dureroasă.

Examenul histopatologic evidențiază în mod tipic subțierea epidermului, uneori cu arii de acantoză neregulată, ortohiperkeratoză și infiltrat limfocitar în banda și edem în dermul superficial. În stadii avansate, epidermul devine atrofiat, iar dermul superficial este înlocuit de fibre de collagen omogene.

Pacientele cu lichen scleros prezintă un risc de 4-6% de a dezvolta carcinom spinocelular (CSS) la nivel vulvar.

Neoplazia intraepitelială vulvară diferențiată se asociază cu lichenul scleros și este un precursor de CSS. Prezentarea are drept scop trecerea în revistă a mai multor cazuri de lichen scleros genital, atât la femei cât și la bărbați, alături de corelații anatomo-clinice, monitorizare și tratament.

S 2-7

LICHEN PLAN - PREZENTARE DE CAZ

Irina Deaconescu, Rozalia Olsavszky, S. Nica, A-M. Dutei, A. Anton, L. Geambașu
Spitalul Clinic Colentina, București

Introducere: Lichenul plan (LP) este o afecțiune inflamatorie care poate afecta atât pielea, cât și mucoasele și fanerele. Are o etiologie încă incomplet cunoscută, însă mecanismul imunologic joacă un rol important, deoarece LP pare a fi o reacție imună mediată celular.

Descrierea cazului: Pacienta în vârstă de 56 ani, cu APP de tiroidită cronică, se prezintă în clinică pentru exantem alcătuit din multiple papule violacee poligonale, pruriginoase, diseminate la nivelul membrilor și confluate la nivel palmo-plantar și un enantem alcătuit dintr-o rețea albicioasă aderentă la nivelul mucoasei jugale. Au fost efectuate investigații paraclinice pentru stabilirea diagnosticului, acesta fiind susținut în final de rezultatul examenului histopatologic. Dpdv clinico-evolutiv, avem de a face cu o formă subacută de LP care întrunește criteriile ale mai multor forme de lichen, luând în considerare atât aspectul clinic, cât și localizarea leziunilor (LP clasic, mucos, palmo-plantar - asociind la acest nivel leziuni de tip veziculo-bulos și LP eroziv și ulcerativ). A fost inițiat tratament local și sistemic, în concordanță cu fiecare formă clinico-evolutivă, iar evoluția a fost favorabilă sub tratament.

Concluzii: În forma clasică de LP există un aspect caracteristic al leziunilor, însă formele clinice ale afecțiunii sunt multiple și prezintă diferite modele evolutive. Particularitatea acestui caz este că reprezintă un LP diseminat cutaneo-mucos, cu leziuni de overlap caracteristice mai multor forme clinice de lichen. De asemenea, o particularitate este asocierea LP cu o altă afecțiune autoimună (tiroidita cronică).

S 2-8

DETECTAREA PRIN PCR A 6 BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ ÎN CAZUL PACIENȚILOR DE SEX MASCULIN

Grad Alecsandra-Iulia*, Vica Mihaela**, Matei Horea**, Tătaru Alexandru*

*Clinica Dermatovenerologie Cluj Napoca și UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj Napoca

**Catedra de Biologie Celulară și Moleculară UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj Napoca

Reacția de polimerizare în lanț (PCR) este considerată standardul de aur în identificarea bolilor cu transmitere sexuală (BTS) datorită sensibilității și specificității crescute, iar urina este specimenul cel mai avantajos, având în vedere modul non-invaziv de colectare. De la un număr de 25 de bărbați, atât simptomatici cât și asimptomatici, s-a recoltat prima urina de dimineață și s-a examinat conform protocolului PCR în vederea identificării *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Mycoplasma genitalium* (MG), *Mycoplasma hominis* (MH), *Ureaplasma urealyticum* (UU) și *Trichomonas vaginalis* (TV). Din cei 21 de pacienți simptomatici, 5 au avut rezultate pozitive pentru CT, 4 pentru NG, 3 pacienți au prezentat UU și în cazul unui pacient a fost identificată MG. Doi pacienți au prezentat 2 BTS asociate, CT și NG, respectiv NG și UU. Cei 4 pacienți asimptomatici au avut rezultate negative.

În concluzie, PCR efectuată din urină este o metodă de identificare promițătoare a BTS în cazul bărbaților pentru că se pot depista simultan mai mulți agenți patogeni, într-un timp scurt folosind un specimen care se poate autocolecta printr-o metodă non-invazivă. Acest articol a fost publicat prin Fondul Social European, Programul Operațional Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, contract nr. POSDRU 159/1.5/S/138776.

S 2-9

MODIFICĂRILE UNGHIILOR ÎN DIFERITE PATOLOGII DERMATOLOGICE

Ancuța Nicula *, Oana Tripa *, Caius Solovan **, *

*Clinica de Dermato-Venerologie, Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara

**Universitatea de Medicina și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara

Unghiile sunt structuri cornoase lamelare constituite din multiple straturi de keratină, netede, de culoare roz-sidefie, situate pe fața dorsală a falangelor distale ale degetelor, și fac parte din categoria anexelor pielii. Sunt formate din lama unghială și din patru epiteliile

specializate: repliul unghial, matricea unghială, patul unghial și hiponichium .

Modificări patologice la nivelul unghiilor sunt frecvent întâlnite în practica medicală și pot avea cauze locale (induse de traume, infecții, tumori, anomalii congenitale) sau cauze sistemice (care însoțesc afecțiuni dermatologice sau semnaleză patologii ale altor aparate și sisteme). Acestea pot fi modificări de culoare, textură, structură, mărime sau grosime. Anomalii unghiale întâlnim în variate dermatoze, precum psoriasis, lichen plan, infecții fungice, bacteriene sau virale, colagenoze, vitiligo, alopecia areata, dermatoze veziculo-buloase sau alte afecțiuni papulo-scuamoase.

În această lucrare vom prezenta modificările unghiale care pot fi decelate în cadrul unor afecțiuni dermatologice localizate sau sistemice.

S 2-10

SIFILIS SECUNDAR ASOCIAT CU FARINGO-AMIGDALITĂ LUETICĂ

Anamaria Braneș, Simona Roxana Georgescu
Spitalul de Boli Infecțioase „Dr. Victor Babeș”, București

Sifilisul este o infecție cu transmitere sexuală, cu evoluție cronică, sistemică, produsă de *Treponema Pallidum* susp. *Pallidum*, din ordinul *Spirochaetalis*, omul reprezentând singura gazdă naturală a acestei bacterii. Sifilisul secundar apare în săptămânile 6-12 de la producerea infecției și se caracterizează printr-o gamă largă de manifestări clinice, atât tegumentare, cât și sistemice.

Prezentăm cazul unui pacient, în vârstă de 26 ani, din mediul urban, care s-a adresat clinicii noastre pentru apariția unei erupții profuze, monomorfe, localizate la nivelul trunchiului și membrilor. Pacientul afirmă că boala a debutat cu aproximativ 3 săptămâni anterior prezentării, inițial cu o eroziune la nivelul șantului balano-prepușial, ulterior apărând în valuri, papule eritematoase. La examenul cavității bucale s-au observat amigdale foarte voluminoase, intens eritematoase, cu prezența unor depozite opaline pe suprafață, cu pilierii palatini și lueta intens eritematoase. Leziunile cutaneo-mucoase au fost însoțite de: adenopatie non-inflamatorie submandibulară, latero-cervicală, axilară și inghinală bilateral; disfagie cu disfonie. Din antecedentele personale reținem că pacientul este fumător și că a întreținut relații sexuale neprotejate, în ultimul an, cu parteneri multipli. Testele de laborator au evidențiat serologie pozitivă pentru sifilis, creșterea transaminazelor și leucocitoză. Pe baza datelor clinice și paraclinice s-a stabilit diagnosticul de sifilis secundar.

A urmat tratament cu benzatin penicilină, cu evoluția favorabilă atât a leziunilor cutanate cât și mucoase. Prezentăm un caz rar de sifilis secundar, cu manifestări cuteno-mucoase mai rare, în care datele de laborator au avut un rol foarte important în precizarea diagnosticului.

S 2-11

LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC CU DEBUT TARDIV

Papagheorghe Laura, Lupu Mihai, Pehoiu Andra, Andrei Irina,
Giurcăneanu Călin

Dermato-venerologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias”

Lupusul eritematos sistemic (LES) afectează cu precădere femeile aflate la vârsta fertilă. Cu toate acestea, incidența LES descris la vârste peste 50 ani este cuprinsă între 3-18%. Spre deosebire de pacienții tineri, debutul tardiv al bolii este insidios iar diagnosticul este de multe ori întârziat prin prisma diagnosticelor diferențiale posibile, unii autori sugerând faptul că tabloul clinic cuprinde mai rar manifestări sistemice severe.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 66 ani care s-a prezentat în clinica de Dermato-venerologie a Spitalului Universitar de Urgență „Elias” pentru o erupție formată din papule și plăci eritematoase, unele acoperite de scuame fine, alopecie difuză necicatricială și astenie fizică, simptomatologie debutată cu o lună și jumătate anterior. Anamnestice, pacienta nu prezenta antecedente personale de patologie cutanată sau autoimună. Examenul histopatologic a relevat diagnosticul de lupus eritematos cutanat cronic. Markerii serici pentru autoimunitate recoltați au fost pozitivi. Coroborarea tabloului clinic cu investigațiile paraclinice a stabilit diagnosticul de LES cu debut tardiv. Principiile terapeutice nu diferă în funcție de vârsta de debut a bolii, însă trebuie luată în considerare medicația concomitentă deseori întâlnită la vârstnici, ce poate influența farmacocinetica terapiei utilizate în lupus. Deși pacienții cu LES cu debut tardiv prezintă o formă clinică mai puțin severă a bolii, aceștia nu au un prognostic mai bun față de pacienții tineri, datorită impactului negativ al comorbidităților și vârstei.

S 2-12

LICHEN PLAN ERUPTIV

Andreș Laura, Scutelnicu Mara, Dobre Corneliu
Clinica Dermato-Venerologie, Sp. Cl. Univ. de Urgențe Sf. Spiridon,
Iași

Introducere: Lichenul plan este o afecțiune cronică inflamatorie, intens pruriginoasă ce afectează pielea, mucoasele și fanerele.

Prezentare de caz: Pacientul B.V., de sex masculin, din mediul urban, în vârstă de 60 de ani, se prezintă pentru o erupție constituită din papule plane, poligonale, izolate, de culoare violacee, însoțite de prurit moderat, diseminate pe trunchi și membre, cu predilecție pe zonele de flexie ale pumnilor și antebrățelor, cu debut de aproximativ 1 an.

Examenul local a evidențiat de asemenea afectarea mucoasei jugale și genitale.

Investigațiile paraclinice au fost în limite normale cu excepția fibrinogenului și a colesterolului (valori crescute), serologia pentru hepatite fiind negativă. Biopsia cutanată a confirmat diagnosticul de lichen plan.

Sub tratament sistemic cu antihistaminice, iar topic dermatocorticoid și antibiotic la nivelul leziunilor, evoluția a fost favorabilă.

Concluzii: În etiologia lichenului plan s-a presupus a fi implicați numeroși factori: infecțioși, metabolici, psihosomatici, farmacologici, autoimuni și genetici. Lichenul plan se poate asocia cu variate afecțiuni în care imunitatea este alterată (alopecia areata, vitiligo, ciroză biliară primitivă, hepatită cronică activă, colită ulcerativă, dermatomiozită, lupus eritematos discoid, morfee etc). Cazul discutat nu prezintă asocieri cu afecțiuni sistemice, debutul leziunilor cutanate fiind posibil legat de contextul psiho/emoțional. Caracterul eruptiv al leziunilor este rar întâlnit, fiind obișnuit rezistent la terapiile topice și sistemice administrate.

SESIUNE LUCRĂRI 3
Varia 2 (S 3-1-S 3-10)

S 3-1

MANIFESTĂRI CUTANATE ÎN INSUFICIENȚA
RENALĂ CRONICĂ ȘI HEMODIALIZĂ

Ignat Ana-Sonia*, Gliga Mirela**, Decean Luminița*, Badea M.A.*, Morariu S.H*

*Clinica de Dermato-Venerologie, Sp. Cl. Jud. Mureș

**Compartimentul Clinic Nefrologie, Secția Med. Internă IV, Sp. Cl. Jud. Mureș

Introducere: Insuficiența renală cronică reprezintă ansamblul modificărilor funcționale și renale și consecințele acestora, rezultate în urma reducerii progresive și ireversibile a funcțiilor renale. Pe lângă scăderea ratei filtrării glomerulare, implică retenția azotată și manifestări pluriviscerale, inclusiv cutanate. Hemodializa, tratamentul specific al insuficienței renale cronice în ultimul stadiu, influențează manifestările cutanate ale pacienților cu boală cronică renală, interpretate în strânsă relație cu statusul uremic. Scopul lucrării este evaluarea incidenței și caracteristicilor diferitelor manifestări cutanate în rândul bolnavilor cu boală renală cronică, și hemodializă.

Materiale și metodă: Am analizat un număr total de 35 de pacienți, provenind din cadrul unui centru de dializă țirgumureșean. S-au întocmit fișe de consultații pentru fiecare pacient, incluzând istoricul afecțiunii de fond, debutul hemodializei, tratamentul de fond, rezultatele ultimului screening bio-umoral și examenul dermatologic.

Rezultate: Toți pacienții examinați prezintă cel puțin o manifestare cutanată, acestea variind de la xeroză cutanată (12 pacienți), prurit (12 pacienți) - îmbrăcând forme extreme- prurigo nodular (1 pacient), paloare teroasă muco-tegumentară (23 pacienți), hiperpigmentare-tentă violacee (toți pacienții), peteșii (13 pacienți), modificări unghiale (4 pacienți), orale (12 pacienți), infecții cutanate virale (21 pacienți), până la tumori cutanate (keratoacantom, cu evoluție rapidă spre carcinom scuamos-1 pacient), sau chiar forme rebele de psoriazis (1 pacient), dermatită seboreică (1 pacient), eritem nodos (1 pacient).

Discuții: Hidratarea redusă a stratului cornos, malnutriția proteică, nivelul crescut al parathormonului, imunodepresia determinată de IRC manifestată prin neutrofilie, limfopenie, scăderea limfocitelor B, alterarea sintezei de anticorpi, modificări în patternul limfocitelor T-datorită hemodializei, sunt

doar câteva dintre cauzele favorizante ale leziunilor cutanate întâlnite.

Concluzii: Leziunile cutaneo-mucoase la acest grup de pacienți sunt numeroase, ele fiind variate în funcție de statusul imunitar, comorbidități și tratamentul instituit.

Cuvinte cheie: insuficiență renală cronică, hemodializă, manifestări cutanate

S 3-2

MANIFESTĂRI CUTANATE CORELATE CU EXPUNEREA LA FRIG

Știuruc Simona, Țăranu Tatiana
Clinica Dermato-Venerologie, Sp. Cl. Univ. C.F. Iași

Introducere: Expunerea la temperaturi ambientale scăzute induce efecte specifice precum cutis marmorata, eritemul pernio, degeraturile, fenomenul Raynaud, paniculita, dar poate declanșa/ agrava o urticarie sau o formă clinică de lupus.

Studii de caz: Prezentăm patru cazuri aflate în evidența Clinicii Dermatologice Spital Clinic CF Iași cu dermatoze dependente/declanșate/agravate de expunerea la frig: cutis marmorata (livedo reticularis), eritem pernio și degerături, chilblain lupus, eczema asteatozică. Diagnosticul pozitiv s-a bazat pe examenul clinic, identificarea factorilor de teren și ambientali implicați etiopatogenic, examen histopatologic, teste funcționale (oscilometrie), iar tratamentul a fost individualizat și a vizat dezordinea în sine și factorii favorizanți.

Discuții: Temperatura ambientală scăzută constituie alături de susceptibilitatea individuală (predispoziția genetică), tarele metabolice, insuficiența circulatorie periferică, neuropatiile, deficiența de hidratare contextul etiopatogenic al dezordinilor corelabile cu expunerea la frig. Parte dintre aceste manifestări pleomorfe pot determina complicații severe, sechelare.

Concluzii: Identificarea factorilor de teren și ambientali predispozanți precum și măsurile terapeutice și de prevenție corespunzătoare constituie strategia optimă de urmat la subiecții cu dezordini induse de frig, strategie care asigură evitarea instalării complicațiilor dizabilitante.

S 3-3

ATROFODERMIA PASINI-PIERINI. UN CAZ DIAGNOSTICAT DUPĂ 25 DE ANI DE LA DEBUT

Badea MA*, Richea Lorena*, Mureșan Valentina*, Ignat Ana-Sonia*, Cotoi OS**, Hanca Ancuța**, Georgescu Mihaela***, Morariu SH*

*Clinica Dermavenerologie, Tirgu Mureș

**Clinica Anatomie Patologică I, Tirgu Mureș

*** Clinica Dermavenerologie II, Spitalul Clinic Colentina, București

Introducere: Atrofodermia Pasini-Pierini este considerată o formă de morfee atrofică cu caracter asimptomatic caracterizată de o evoluție staționară și îndelungată.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin în vârstă de 55 de ani care se prezintă în Clinica Dermatovenerologie din Tirgu Mureș pentru un exantem maculo-papulos apărut în urma administrării de betalactamine în urmă cu 8 zile. La o examinare atentă a aparatului cutanat se observă două plăci atrofice bine delimitate, pigmentate cu caracter asimptomatic la nivelul toracelui posterior. Conform relatării pacientului aceste leziuni evoluează de 25 de ani. Suspiciunea clinică a fost de atrofodermie Pasini-Pierini și a fost susținută de examenul histopatologic. **Concluzii:** Datorită caracterului evolutiv staționar și asimptomatic atrofodermia Pasini-Pierini este frecvent nedignosticată sau stabilirea diagnosticului se face tardiv.

Cuvinte cheie: atrofodermia Pasini-Pierini, evoluție îndelungată

S 3-4

PROBLEME DE DIAGNOSTIC ÎNTR-UN CAZ DE LUPUS MILIARIS DISEMINATUS FACIEI (LMDF)

Bunduc Andra-Cristina, Țăranu Tatiana
Clinica Dermato-Venerologie, Sp. Cl. Univ. C.F. Iași

Introducere: LMDF este o dermatoză inflamatorie cronică rară ce afectează cu preponderență sexul masculin și a cărei incidență și etiologie sunt necunoscute. În 2000 SCOWRON și colab. au propus denumirea de granuloame idiopatice faciale cu evoluție regresivă (FIGURE) mai puțin acceptată însă. **Prezentare de caz:**

Pacientul M.P. de 62 de ani, spitalizat în Clinica Dermatologică a Spitalului Clinic CF Iași pentru leziuni papuloase eritematoase sau papulo-pustuloase, ferme, izolate și grupate în plăci mici, distribuite preponderent centrofacial, periocular, axilar, scrotal și cicatrice deprimare în regiunile temporale. Examenul histopatologic a relevat prezența de modificări

caracteristică unei mixturi de granulom sarcoidozic cu granulom tbc. Investigațiile imagistice (Rx. și CT torace) au exclus o tuberculoză activă dar și o sarcoidoză. Leziunile au răspuns la corticoterapie sistemică.

Discuții: LMDF-ul este o condiție dificil de diagnosticat având în vedere trăsăturile clinice și histologice similare unei rozacee granulomatoase, sarcoidelor miliare, tuberculidelor papulo-necrotice. Dezordinea este considerată fie o variantă extremă de rozacee granulomatoasă fie o entitate distinctă.

Concluzii: LMDF este o entitate rară de granulomatoză facială cu evoluție spontană rezolutivă, cu cicatrici după 1-2 ani. Examenul histopatologic este util pentru excluderea altor leziuni papulo-pustuloase ale feței.

S 3-5

MANIFESTĂRI CUTANATE ALE EMBOLIEI CU COLESTEROL – PREZENTARE DE CAZ

Mihaela Georgescu*, Viorica Marinescu*, Mihai Alexandru Badea**, Anton Mihai Țilea*, Monica Sorina Dărmănescu*, Viorel Trifu*

*SUUMC „Dr. Carol Davila”, Clinica de Dermatologie, București, România

**Spitalul Clinic Tg. Mureș, Clinica de Dermatologie, Tg. Mureș, România

Embolia cu colesterol reprezintă o provocare diagnostică, dar mai ales terapeutică datorită riscului crescut de mortalitate la 3 luni de la debutul bolii. Vă prezentăm cazul unui pacient, de 65 ani, mare fumător (3 pachete pe zi, timp de 10 ani) și cu claudicație intermitentă, care s-a internat pentru prezența de 2 luni la nivelul pulpei degetului V picior drept, a unei necroze cutanate, iar perinecroză în spațiul IV interdigital și deget IV leziune eritemato-violacee, edematoasă, umedă, cu coleret epidermic. La degete ambele antepicioare, coapse bilateral prezintă livedo reticular, leziuni cianotice, relativ bine delimitate, reci, dureroase spontan și la palpare. Anamnezic reținem că pacientul a suferit o arteriografie la membrul inferior drept, în urmă cu 2 luni.

Paraclinic: hipereozinofilie, sindrom de citoliză hepatică, sindrom inflamator, citoliză musculară importantă (CPK maxim 15149 UI/ml). Proba ADDIS a stabilit prezența de eritrocite/minut = 13280, leucocite/minut= 4980. Examenul bacteriologic din plagă a evidențiat prezența de *Pseudomonas aeruginosa* sensibil la Ciprofloxacin.

Rezultatul examenului histopatologic al unei leziuni eritematoviolacee a fost sugestiv pentru o boală vasculo ocluzivă/vasculită leucocitoclastică.

Consultul de boli interne a ridicat suspiciunea de emboli cu colesterol având în vedere istoricul de arteriografie, simptomele fiind strâns legate de această procedură.

Pacientul a efectuat tratament cu vasodilatatoare (Iloprost), corticoterapie sistemică, antibiotic sistemic, tratamentul local al necrozei, însă evoluția a fost spre existus.

Discuții: Embolii de colesterol sunt foarte rar diagnosticate, dar cu consecințe foarte grave asupra evoluției pacienților, decesul fiind estimat în 30-50% cazuri la 3 luni.

Concluzie: Embolii de colesterol sunt un diagnostic important în cazul unei proceduri vasculare la un pacient cu comorbidități în sfera aterosclerozei.

S 3-6

NECROLIZĂ EPIDERMICĂ TOXICĂ INDUSĂ DE SULFASALAZINĂ-CAZ CLINIC

Livia-Andreea Popa*, Alina Maria Vilcea**, Virgil Pătrașcu**

* Clinica Dermatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova

** U.M.F. Craiova

Introducere: Necroliza epidermică toxică (NET) este o afecțiune rară, cu potențial letal, fiind caracterizată clinic printr-o erupție eritematoasă extensivă, ulterior veziculo-buloasă ce conduce la decolări epidermice ale tegumentului și mucoaselor, afectând mai mult de 30% din suprafața cutanată.

Caz clinic: Pacienta în vârstă de 47 ani, a fost internată prezentând o erupție cutanată extensivă eritematoasă cu bule flasce cu conținut serocitrin, care după spargere lasă zone denudate largi; eroziuni dureroase la nivelul mucoasei bucale, genitale și perianal; conjunctivită bilaterală, stare generală alterată, subfebrilitate, frisoane. Simptomatologia a debutat cu 4 zile înaintea internării, la 21 zile de la debutul tratamentului cu Sulfasalazină 2 g/zi.

Coroborând aspectele clinice (suprafața corporală afectată peste 30%) cu investigațiile paraclinice s-a stabilit diagnosticul de necroliză toxică epidermică secundară administrării de Sulfasalazină.

Tratamentul a constat în corticoterapie sistemică cu metilprednisolon urmată de administrarea de Medrol 32mg, 3cpr/zi 4 zile, 2 cpr/zi 7 zile și scăderea progresivă a dozei în 2 săptămâni; reechilibrare hidroelectrolitică, protectoare de mucoasă gastrică, antibioterapie sistemică antihistaminice. Local s-a practicat toaleta cu antiseptice neiritante, epitelizante. Evoluția leziunilor a fost favorabilă.

Discuții: Patogenia NET este incomplet elucidată. Afectarea epidermului este datorată inducerii apop-

tozei. Mecanismul prin care Sulfasalazina induce reacții adverse este toxic sau imunoalergic.

Concluzii: Datorită riscului crescut de recădere se recomandă interzicerea administrării de sulfasalazină și evitarea medicamentelor implicate frecvent în patogenia NET.

S 3-7

**URTICARIA PIGMENTOSA LA ADULT –
PREZENTARE DE CAZ**

Cristina-Maria Răileanu, V. Benea, Simona Roxana Georgescu
Clinica de Dermato-venerologie a Spitalului Clinic „Dr. Victor Babeș”,
București

Mastocitoza este acumulare neobișnuită a celulelor mastocitare în țesuturi, cel mai frecvent la nivel cutanat, poate afecta măduva osoasă, tractul gastro-intestinal, ganglionii limfatici și care poate asocia patologii mieloid.

Prezint cazul unei femei de 54 ani, cu multiple maculopapule și plăci brun-eritematoase distribuite simetric pe trunchi și coapse. Leziunile au apărut în urmă cu 15 ani, inițial pe coapse, și care după fricționare deveneau pruriginoase, edematoase, dar nu suficient de supărătoare încât pacienta să se prezinte la consult medical. Examinarea cutanată a relevat multiple plăci și maculo-papule cu margini imprecis delimitate la nivelul trunchiului și coapselor și care devin edemato-pruriginoase după câteva minute de fricționare (semnul lui Darier). Hemograma, biochimia și ecografia abdominală au fost în limite normale. S-a efectuat o biopsie de la nivelul uneia dintre leziuni, cu niveluri crescute de melanină epidermică și o acumulare de mastocitate în jurul vaselor sangvine și a anexelor dermice.

Datele clinice, coroborate cu cele de laborator au ajutat la stabilirea diagnosticului de urticaria pigmentosa (cea mai frecventă formă cutanată a mastocitozei, preponderent la copii sau la adulții de 20-40 ani, cu leziuni distribuite pe trunchi și coapse și cu semnul Darier pozitiv).

I s-a recomandat pacientei să evite fricționarea sau încălzirea tegumentului, alcoolul, multiple substanțe farmacologice, înșepăturile de himenoptere, să aplice emoliente și cetirizină în cazul în care apare pruritul. Pacienta a fost îndrumată către secția de hematologie pentru dozarea triptazei.

Prognosticul pacientei cu mastocitoză cutanată, o boală rar întâlnită, este favorabil, iar riscul de a dezvolta o boală sistemică asociată este foarte scăzut. Cu toate acestea, i-am recomandat un screening medical anual, compus dintr-o examinare clinică, hemograma și biochimie sangvină.

S 3-8

LEISHMANIOZA CUTANATĂ CRONICĂ

Iercan Edina, Folescu Floare, Victor Neamtiu
Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad, secția Dermato-
Venerologie

Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin, în vârstă de 24 ani, cunoscut cu tulburare maniaco-depresivă, care s-a prezentat în clinica noastră, în august 2013, pentru prezența unor leziuni ulceroase multiple de dimensiune variabilă, cea mai mare fiind de 12 cm în ax lung, dispuse la nivelul gambelor și gleznelor bilateral, dureroase, respectiv plăci sclero-atrofice la nivelul piramidei nazale, toracelui posterior și coapselor bilateral, fără simptomatologie subiectivă. S-a suspectat diagnosticul de piodermita gangrenoasă, s-a instituit tratament cortizonic, fără rezultate favorabile. S-a recoltat biopsie cutanată, care a indicat leishmanioza cutanată cronică. Anamneza, investigațiile clinice (anticorpii anti leishmania) și paraclinice efectuate au exclus afectarea viscerală și au completat diagnosticul. Răspunsul terapeutic după administrarea Fluconazol a fost favorabilă, dar în ambulator pacientul prezintă complianța redusă la tratamentul local, ceea ce a avut drept urmare suprainfecții repetate cu germeni diferiți la nivelul ulcerațiilor, întârziind epitelizarea lor.

Cuvinte cheie: leishmanioza cutanată cronică, anticorpi anti-leishmanioză, fluconazol.

S 3-9

Mucinoza papulo-nodulară și lupus eritematos sistemic

Mănăsturean Oana, Filip Amalia, Cosgarea Rodica
Clinica Dermatovenerologie Cluj Napoca

Mucinoza papulo-nodulară apare la aproximativ 1,5% din cazurile de lupus eritematos sistemic.

Pacienta în vârstă de 45 ani se prezintă pentru o erupție papulară, de culoare alb-ivoriu, ceroasă, infiltrată, care pe alocuri confluează formând noduli, localizată simetric la nivelul coatelor, debutată în urmă cu 4 ani, cu extindere ulterioară la nivelul trunchiului, gâtului, feței și părților proximale ale membrilor. Asociat, la 18 luni de la debut, a prezentat placarde eritematoase, ușor violacee, edematoase, bine delimitate, fotoinduse la nivelul feței și artralgiile la nivelul articulației radiocarpiene și metacarpiene.

Paraclinic, ANA a fost pozitiv în titru 1/640 cu aspect 'multiple nuclear dots' și C4 a fost ușor scăzut.

Examenul histopatologic din leziunile papulare a confirmat suspiciunea clinică.

Se interpretează cazul ca fiind lupus eritematos sistemic asociat cu mucinoza papulo-nodulară.

Având în vedere sindromul de colestază persistent și patternul ANA, se ridică suspiciunea unei colangite sclerozante, diagnostic susținut prin puncție-biopsie hepatică.

Sub tratament cu prednison s-a obținut remisia totală a leziunilor, întreruperea prednisonului și asocierea azatioprinei ducând la recăderi.

Particularitatea cazului a fost prezența a două entități care pot asocia mucinoza papulo-nodulară.

de scuame, de formă rotund-ovalară, intens pruriginoase.

Pacientele au fost tratate cu corticosteroizi sistemici (im.) și topici, antihistaminice sistemice și emoliente, evoluția fiind favorabilă, cu remiterea completă a leziunilor în decurs de maxim 1 săptămână. Pentru prevenirea episoadelor de dermatită alergică de contact la PPD este necesară evitarea vopselelor de păr care au ca ingredient PPD și efectuarea de teste alergice înainte de fiecare utilizare.

S 3-10

DERMATITĂ ALERGICĂ DE CONTACT LA PARAFENILENDIAMINĂ - PPD

Anca Răducan*, Adina Alexandru**

*Clinica a 2-a de Dermatologie, Spitalul Clinic Colentina, București, România

**Departamentul de Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, România

PPD (1,4-fenilendiamină) este un intermediar chimic incolor utilizat în producția de coloranți și antioxidanți, frecvent întâlnit în vopseaua de păr permanentă. Prezentăm cazurile a 3 paciente diagnosticate pe baza manifestărilor clinice și a anamnezei cu dermatită alergică de contact la PPD.

Cazul I: Femeie, 48 ani, prezintă la 5 zile după aplicarea vopselei pentru păr la nivelul scalpului plăci și placarde eritematoase, imprecis delimitate, cu contur neregulat, acoperite de scuame alb-gălbui; leziunile depășesc zona de contact cu vopseaua, afectând zona retroauriculară și fața, regiunea malară și periorbitală, fiind însoțite de prurit moderat.

Cazul II: Femeie, 44 ani, prezintă, la 3 zile după aplicarea vopselei pentru păr, la nivelul scalpului, trunchiului și membrelor superioare plăci și placarde eritematoase, imprecis delimitate, cu contur neregulat, acoperite de scuame alb-gălbui, moderat pruriginoase. La nivelul feței se evidențiază macule și papule eritematoase, rotund – ovalare, cu margini neregulate.

Cazul III: Femeie, 57 ani, prezintă la aprox. 14 zile după aplicarea vopselei pentru păr, la nivelul scalpului și trunchiului, plăci și placarde eritematoase, imprecis delimitate, cu margini neregulate, acoperite de scuame alb-gălbui; leziunile depășesc zona de contact cu vopseaua, afectând regiunea retroauriculară și a cefei. Periorbital prezintă plăci eritemato-edematoase, imprecis delimitate, iar la nivelul regiunii genitale se remarcă un placard eritematos, cu contur neregulat, înconjurat de multiple papule eritematoase, acoperite

SESIUNE LUCRĂRI 4
Maladii buloase și tulburări de keratinizare
(S 4-1–S 4-9)

S 4-1

COEXISTENȚA LEZIUNILOR DE PEMFIGUS VULGAR ȘI PEMFIGUS VEGETANT-PREZENTARE DE CAZ

Steluța Rațiu, Solovan Caius, Patricia Cristodor
Universitatea de Medicină și Farmacie, Departamentul de Dermatologie, Timișoara, România

Bărbat, 52 ani, fumător activ, diagnosticat histopatologic în 2005 cu Pemfigus vulgar, cu 3 recăderi clinice în 2006, 2009 și 2012, fără altă patologie cunoscută, se internează în clinică prezentând multiple eroziuni ale mucoasei bucale, o formațiune tumorală de 1/0,5cm, rotundă, cu crusta hemoragică centrală, la nivelul aripiei nazale stângi, șant supranarinar, o formațiune tumorală de 0,5/0,5 cm, infiltrată, neregulată cu hipertrofia foliculilor piloși, cruste hemoragice și rare pustule periferice la nivelul piramidei nazale, multiple pustule exudative pe fond eritematos la nivelul falangei distale a policelui drept și o mică eroziune în spațiul 1 interdigital, cu extensie pe halucele stâng, apărute după întreruperea voluntară a corticoterapiei pe o perioadă de 2 ani. Diagnosticul histo-patologic a fost: Pemfigus vulgar pentru formațiunea tumorală infiltrată și Pemfigus vegetant pentru formațiunea tumorală de la nivelul aripiei nazale stângi. În spital, sub corticoterapie cu Prednison 5 mg, 20 cp/zi asociată cu medicație ce previne efectele secundare, evoluția a fost rapidă și favorabilă, cu remisia după 5 zile a leziunilor orale și dispariția progresivă a pustulelor digitale. Evoluția postoperatorie a zonelor excizate, corespunzătoare celor 2 formațiuni tumorale, a fost favorabilă. Leziunile s-au remis total sub tratament cu Prednison 5 mg, 10-6-2 cp/zi. În ultimele 12 luni, după spitalizare, având o doză de întreținere de Prednison 5 mg, 2cp/zi, nu s-a observat nicio recădere clinică în acest caz.

S 4-2

COEXISTENȚA LEZIUNILOR DE PEMFIGUS VULGAR-LIKE ȘI PEMFIGUS VEGETANT-LIKE.ELEMENTE DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL HISTO-PATOLOGIC

Steluța Rațiu*, Solovan Caius, Patricia Cristodor*, Flavia Baderca**

*Universitatea de Medicină și Farmacie, Departamentul de Dermatologie, Timișoara, România

**Universitatea de Medicină și Farmacie, Departamentul de Patologie, Timișoara, România

Bărbat, 52 ani ,fumător activ, diagnosticat histopatologic în 2005 cu Pemfigus vulgar, cu 3 recăderi clinice în 2006, 2009 și 2012, fără altă patologie cunoscută, se internează în clinică prezentând multiple eroziuni ale mucoasei bucale, o formațiune tumorală cu crustă hemoragică centrală, la nivelul aripiei nazale stângi, șant supranarinar, o formațiune tumorală infiltrată, neregulată cu hipertrofia foliculilor piloși, cruste hemoragice și rare pustule periferice la nivelul piramidei nazale, multiple pustule exudative pe fond eritematos la nivelul falangei distale a policelui drept și o mică eroziune în spațiul 1 interdigital, cu extensie pe halucele stâng. Diagnosticul histo-patologic a fost: Pemfigus vulgar pentru formațiunea tumorală infiltrată și Pemfigus vegetant pentru formațiunea tumorală de la nivelul aripiei nazale stângi. Particularitatea cazului constă în asocierea rară a celor 2 forme de pemfigus, cu manifestare clinică atipică. Se urmărește realizarea diagnosticului diferențial anatomo-patologic al celor 2 forme de pemfigus cu alte boli ce prezintă leziuni de acantoliză intraepidermală și micropustule, raportat la rezultatul examenului histopatologic al cazului prezentat.

S 4-3

ROLUL MUTAȚIILOR GENICE ÎN KERATINIZARE: HIPERKERATOZA EPIDERMOLITICĂ (ERITRODERMIA ICHTHIOZIFORMĂ BULOASĂ CONGENITALĂ BROCC)

Adriana-Ionela Pătrașcu *, Ionela Vlase*, Laura Gheucă-Solovăstru**

*Medic rezident dermato-venerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon” Iași, Clinica Dermatologie

** Prof. Dr. UMF Iași, Medic primar dermato-venerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon” Iași, Clinica Dermatologie.

Bolile induse de mutații genice prezintă o mare diversitate clinică, având manifestări cutaneo-mucose, sistemice și impact major asupra calității vieții. Mutația genelor implicate în procesul de keratinizare, KRT1

și/sau KRT10, de pe brațul scurt al cromozomului 12, respectiv 17 determină anomalii ale keratinocitelor suprabazale, manifestate clinic prin bule și decolări epidermice întinse, încă din primele zile de viață, urmate de apariția scuamelor groase, verucoase, de culoare brună, dispuse pe leziuni eritematoase. Aceste leziuni pot fi diseminate pe toate segmentele corpului, dar au predilecție la nivelul pliurilor de flexie.

Prezentăm cazul unui copil de sex feminin, în vârstă de 7 ani, născut din părinți sănătoși, diagnosticată cu eritrodermie ihtioziformă buloasă congenitală Brocq, de la vârsta de 1 an și 10 luni. Debutul leziunilor buloase a fost imediat după naștere, au prezentat evoluție progresivă spre extindere, hiperkeratoză, cu scuame brune, lamelare și suprinfecții cu streptococ, stafilococ, candida, ceea ce a necesitat spitalizări repetate în Clinica Dermatologică.

Dacă până în prezent evoluția a fost lent favorabilă, prognosticul pe termen lung rămâne rezervat, impunându-se reevaluări periodice, pentru identificarea degenerării neoplazice, posibile la nivelul leziunilor ulcerative cronice (risc crescut pentru cancer mamar). Consultul genetic a indentificat un risc de 50% de a transmite maladia descendenților.

Cuvinte cheie: hiperkeratoză, eritrodermie, mutații, risc genetic.

S 4-4

PORFIRIA CUTANATĂ TARDIVĂ: O POSIBILĂ REACȚIE ADVERSĂ A TRATAMENTULUI CU ACID VALPROIC

Maria Isabela Sârbu, Mircea Tampa
Spitalul de Boli Infecțioase „Dr. Victor Babeș”, București

Porfiriile reprezintă un grup de boli rare caracterizate prin alterări în sinteza porfirinelor și precursorilor acestora. Porfiriea cutanată tardivă se datorează unui deficit dobândit sau moștenit de uroporfirinogen decarboxilază.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 16 ani, din mediul rural, care se adresează clinicii noastre pentru o erupție polimorfă localizată pe zonele expuse la soare. Boala a debutat cu aproximativ un an și jumătate anterior prezentării și au evoluat cu perioade de recurențe în sezonul însorit și remisii, în special iarna. Din antecedentele personale reținem că pacientul a fost operat pentru coarctarea de aortă în copilărie, prezintă retard mental și epilepsie tratată cu acid valproic de aproximativ doi ani.

Testele de laborator au evidențiat un nivel mult crescut al transaminazelor, prezența de urini hiperchrome și cu un nivel crescut al uroporfirininelor. S-a efectuat biopsie dintr-o leziune cutanată iar examenul histopatologic a

evidențiat bulă subepidermică, susținând astfel diagnosticul clinic de porfirie cutanată tardivă.

Având în vedere debutul afecțiunii la scurt timp după introducerea tratamentului cu acid valproic acest medicament a fost suspectat ca fiind posibil trigger pentru declanșarea bolii. După întreruperea tratamentului cu acid valproic și înlocuirea acestuia cu levetiracetam evoluția leziunilor cutanate a fost favorabilă.

Acesta este primul caz raportat de porfirie cutanată tardivă indusă de tratamentul cu acid valproic.

S 4-5

PUSTULOZA SUBCORNOASĂ SNEDDON – WILKINSON

Cherula Mihaela – Medic rezident
Popa Liliana Gabriela – Medic îndrumător
Giurcăneanu Călin – Medic primar
Secția Dermatovenerologie S.U.U. Elias

Pustuloza subcornosă, descrisă în anul 1956 de Sneddon și Wilkinson este o erupție neinfecțioasă, de tip pustulos cu evoluție cronică și tendința la recidivă având ca substrat histologic pustule situate sub stratul cornos. Etiologia bolii nu este pe deplin cunoscută. Cu toate acestea s-a observat asocierea pustulozei subcornosă cu o serie de afecțiuni precum: Gamapatia cu Ig A, Pyoderma Gangrenosum, Mielom multiplu, Pemfigoid bulos localizat, Boala Crohn etc. Afectează predominant femeile cu vârsta cuprinsă între 40 și 50 ani iar localizarea poate fi pe orice zonă a tegumentului, mai frecvent pe trunchi, la nivelul marilor pliuri și în regiunea proximală a membrilor (pe fața de flexie) dar poate fi și generalizată.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 21 ani care s-a prezentat în Secția de Dermatovenerologie a SUU Elias, pentru multiple papulo-vezicule roșii cu conținut seros, plăci eritemato-violacee cu coleret scuamos și centru deprimat, ulcerat, cu diametrul cuprins între 5-8 mm, pete hiperpigmentare, leziuni și cicatrici discret atrofice dispuse în porțiunea distală a coapselor și pe gambe bilateral, aflată în evoluție de aproximativ 5 luni. Examenul histopatologic a confirmat suspiciunea clinică de pustuloza subcornosă. A fost inițiat tratament cu Colchicina 1tb/zi fără ameliorare clinică semnificativă, înlocuită ulterior cu Roaccutane 10 mg 1tb/zi sub care evoluția a fost net favorabilă.

Ne propunem să trecem în revistă caracteristicile clinice și de laborator ale pustulozei subcornosă și să discutăm alternativele terapeutice disponibile.

S 4-6

PEMFIGOID BULOS INDUS DE RADIOTERAPIE LA UN PACIENT CU CANCER DE SÂN

Oana-Diana Leahu, Vasile Benea, Simona Roxana Georgescu

Spitalul de Boli Infecțioase și Tropicale "Dr. Victor Babeș", București

Pemfigoidul bulos, descris pentru prima dată de Lever în 1953, este cea mai frecventă afecțiune buloasă autoimună și afectează, de obicei, persoanele cu vârstă peste 65 de ani. A fost raportat în asociere cu diferiți factori cauzatori ca medicamente, infecții virale și agenți fizici, în particular radioterapia și radiațiile ultraviolete. Radioterapia a fost rar asociată cu afecțiuni buloase autoimune ca pemfigusul vulgar, pemfigoidul bulos și epidermoliza buloasă dobândită. Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin, în vârstă de 82 de ani, care s-a prezentat în clinica noastră pentru o erupție buloasă pruriginoasă cu evoluție de trei săptămâni. Erupția a debutat la trei luni după ultima ședință de radioterapie pentru cancer de sân, fiind localizată inițial la nivelul zonei de iradiere și s-a extins progresiv, evoluând spre generalizare cu afectare a mucoasei orale. Examenul histopatologic și imunofluorescența directă au confirmat diagnosticul de pemfigoid bulos.

Sub tratament local și sistemic cu corticosteroizi evoluția a fost favorabilă, rezoluția completă a simptomatologiei obținându-se după 3 luni, fără recurențe până în prezent.

Acest caz evidențiază un efect advers foarte rar al radio-terapiei care trebuie recunoscut atât de medicii dermatologi cât și de medicii oncologi, în vederea instituirii cât mai precoce a unui tratament adecvat.

S 4-7

BOALA GROVER

Ilean Anca - Medic rezident

Popa Liliana - Medic îndrumător

Călin Giurcăneanu

Spitalul Universitar de Urgență ELIAS București - Secția Dermato-Venerologie

Boala Grover este o dermatoză pruriginoasă caracterizată prin apariția unor leziuni de tip papule keratozice, papulo-vezicule, pustule și uneori leziuni buloase, cu diametrul 3-5mm, de culoare roz - roșiatică, netede sau rugoase la palpare, intens pruriginoase, izolate sau grupate, interesând mai ales toracele anterior și extremitățile proximale ale membrelor superioare.

Etiologia bolii este necunoscută, însă au fost emise o serie de ipoteze conform cărora în apariția bolii sunt implicați următorii factori precipitanți: expunerea excesivă la radiațiile solare sau caldura, efortul fizic intens, febra persistentă. Apare mai frecvent la bărbați comparativ cu femeile și afectează în general persoanele de vârstă medie.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 39 de ani, care s-a prezentat în secția noastră pentru erupție alcătuită din papule, vezicule, papulo-vezicule roșii-brune, cu diametrul de aproximativ 2-3mm, pruriginoase, diseminate la nivelul toracelui și abdomenului în evoluție de 3 ani, neresponsive la tratamentul topic cortizonic, antiseptic, antibiotic, cu agravare în sezonul cald, în special după fotoexpunere.

Examenul histopatologic a relevat modificări sugestive pentru diagnosticul de boală Grover.

A fost inițiat tratamentul cu Isotretinoin 0.5 mg/kg/zi, cu evoluție favorabilă.

Ne propunem să prezentăm principalele caracteristici clinice și paraclinice ale bolii Grover, precum și principiile de management modern al acestor pacienți.

S 4-8

DIFICULTĂȚI TERAPEUTICE ÎN CAZUL UNUI PSORIAZIS VULGAR FORMA SEVERĂ

Ștefan Beckert*, Maria Rotaru**, Gabriela Iancu**

*Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Clinica Dermatologie

**Universitatea L. Blaga Sibiu, Facultatea de Medicină V. Papiilian Sibiu, Disciplina Dermatologie

Introducere: În formele medii-severe de psoriazis, terapiile biologice pot ameliora prognosticul pe termen lung al pacienților. Întreruperile tratamentelor sistemice imunosupresoare sau biologice pot fi datorate reacțiilor adverse dar și necompliancei pacienților, cu recăderi ale bolii psoriazice.

Caz clinic: Pacient în vârstă de 49 ani cu psoriazis vulgar și artropatic, sdr. depresiv, obezitate, HTA, cu 2 episoade de eritrodermizare, se internează pentru un nou episod de eritrodermie. Agravarea bolii a apărut în urmă cu 4 luni printr-un sindrom infecțios respirator, poliartralgii. Investigații paraclinice: sindrom inflamator biologic, numeroase focare infecțioase evidențiate prin culturi (enterobacter în spută, SAH în secreția conjunctivală și nazală), sindrom anemic moderat. Pacientul a urmat diferite terapii sistemice: MTX 2 ani întrerupt datorită unei pneumonii și sepsis; Neotigason 1 an întrerupt datorită sdr depresiv; Infliximab 3 ani, întrerupt prin necompliance și Ciclosporina 2 ani, întrerupt prin apariția unei pneumonii. Având în vedere eritrodermia și statusul imunosupresat al pacientului se

temporizează reintroducerea terapiilor biologice și imunosupresoare până la sterilizarea focarelor infecțioase. Pacientul a urmat tratament sistemic antibiotic, iar local dermatocorticoizi și creme emoliente cu remiterea eritrodermiei.

Concluzie: În cazul nostru tratamentul bolii psoriazice a fost dificil, atât prin reacțiile adverse dezvoltate de terapiile sistemice imunosupresoare cât și prin necomplianța pacientului la terapia biologică.

S 4-9

PROBLEME DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL LA UN PACIENT CU SIFILIS SECUNDAR ȘI PSORIAZIS VULGAR

Lisandru Manuela*, Maria Rotaru**

*Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Clinica Dermatologie

**Universitatea L. Blaga Sibiu, Facultatea de Medicină V. Papiian Sibiu, Disciplina Dermatologie

Introducere: Sifilisul este o infecție cu transmitere sexuală cu incidență în creștere în ultimii ani. Diagnosticul precoce și intreruperea lanțului epidemiologic al bolii reprezintă o prioritate. Cunoașterea formelor clinice particulare ale leziunilor cutanate din sifilis permite stabilirea unui diagnostic corect și terapia, inclusiv a contactărilor.

Caz clinic: Pacient în vârstă de 31 ani cunoscut cu psoriazis vulgar de 16 ani, se internează pentru apariția (1 lună) a unei erupții eritematopapuloasă scuamoasă de tip psoriaziform, diseminată pe față, torace, abdomen și 1/3 superioară a coapselor. Examenul clinic evidențiază asociat placi eritemato scuamoase pe coate, trunchi și o leziune cicatriceală îndurată, cu dimensiuni de 4 mm pe fața internă a preputiului. Din ancheta epidemiologică reținem contactul sexual neprotejat cu parteneri de același sex. Diagnosticul de Sifilis s-a stabilit pe baza examenului clinic și serologic (VDRL poz 1/64, TPHA poz 1/20480, HIV-negativ). Diagnosticile diferențiale luate în discuție au fost psoriazis gutat nou puseu pe fondul psoriazisului vulgar, parapsoriazisul în picatura, pitiriazis rozat, erupțiile postmedicamentoase, mononucleoza infecțioasă. S-a efectuat tratament sistemic conform schemei și tratament cu dermatocorticoizi pe leziunile de psoriazis cu remiterea sifilidelor și ameliorarea leziunilor de psoriazis. **Concluzii:** În cazul nostru asocierea celor două afecțiuni cu leziuni colorate tipice de psoriazis și sifilide psoriaziforme a ridicat probleme de diagnostic diferențial.

SESIUNE POSTERĂ REZIDENȚI (P 1-P 28)

P 1

VERUCI GENITALE RECIDIVANTE LA UN PACIENT VÂRSTNIC

Denisa Urziceanu, Delia Botezatu, Lilia Cheptene, Mihaela Țovaru, Maria Grigore, Simona Roxana Georgescu
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”

Papilomavirusurile umane (PVU) sunt virusuri ubicuitare, rezistente, având o incidență în creștere în ultimii ani. Acestea pot da un spectru larg de manifestări cutanate și/sau mucoase: de la verucile vulgare benigne până la leziuni pre-canceroase (cu modificări morfologice în continuă progresie) și canceroase. Există aproape 200 de tipuri de PVU, dintre care 50 infectează zona genitală. PVU 16 este subtipul principal în dezvoltarea unui carcinom spinocelular (CSC) penian.

Metode: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 76 de ani, imunocompetent. Pacient tratat în urmă cu 3 ani pentru verucă keratozică genitală (examen histopatologic) prin electrocauterizare. În prezent, leziune tumorală bine-delimitată, 0,3/0,4cm, cu baza de implantare mobilă, cu suprafața keratozică, la nivelul șanțului balano-prepuțial, apărută acum 6 luni. **Rezultate:** S-a ridicat suspiciunea unei leziuni pre-canceroase/ CSC penian, s-a practicat biopsie din marginea leziunii, cu examen histopatologic ce a infirmat diagnosticul, punându-se doar diagnostic de verucă keratozică genitală. S-a practicat electrocauterizarea ultimei leziuni cu eliminarea acesteia și evoluție bună sub tratament local cu antibiotic.

Concluzii: Infecția cu PVU este asociată cu riscul de a dezvolta CSC penian; deși această tumoră este foarte rară, pacientul rămâne în evidența clinicii.

P 2

UN CAZ DE TINEA CORPORIS LA COPIL

Delia Botezatu, Denisa Urziceanu, Lilia Cheptene, Mihaela Țovaru, Simona Roxana Georgescu
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”

Tinea corporis reprezintă o dermatofită caracterizată prin leziuni inflamatorii sau non-inflamatorii la nivelul pielii glabre de pe trunchi și membre. Copiii sunt predispuși să contacteze agenți zoofilici, frecvent *Microsporum canis* de la câini și pisici.

Metode: Prezentăm cazul unei fetițe de 5 ani, din mediul urban, ce se prezintă în clinica noastră pentru erupție cutanată polimorfă din plăci și placarde eritemato-scuamoase, cu contur circinat, intens pruriginoasă, cu debut progresiv la nivelul toracelui posterior, gât și față de circa o săptămână. Clinic, leziunile cutanate au pus problema de diagnostic diferențial cu: granulom inelar localizat, eritem anular centrifug, eczema alergică de contact, eczema numulară.

Rezultate: Examenul micologic direct a evidențiat prezența hifelor miceliene, iar însămânțarea pe mediu de cultură a pus diagnosticul cert de Tinea corporis cu *Microsporum canis*. S-a instituit tratament local cu Travogen (Itraconazol nitrat) timp de 21 de zile cu o evoluție favorabilă a leziunilor, ameliorarea pruritului și fără apariția de leziuni noi. La control, leziunile s-au vindecat, fără hiperpigmentări sau cicatrici reziduale. Am continuat terapia locală încă o săptămână pentru a evita recăderea.

Concluzii: Frecvent, tinea corporis poate fi tratată doar cu tratament antimicotic local, așa cum a fost și în cazul nostru. Mai mult, pacienta noastră a avut un răspuns prompt la tratamentul local. Primul pas în situații asemănătoare este efectuarea examenului micologic direct pentru a confirma sau infirma o infecție cutanată fungică.

P 3

**CLINICAL, DERMOSCOPICAL
AND HISTOPATHOLOGICAL ASPECTS
OF A CICATRICAL BASAL CELL CARCINOMA –
A CASE REPORT**

Mihaela Georgescu*, Viorel Trifu*, Marcela Poenaru*, Mihai Alexandru Badea**, Mihai Anton Țilea*

* SUUMC „Dr. Carol Davila”, Department of Dermatology, Bucharest, Romania

** Clinical Hospital Tg. Mures, Department of Dermatology, Tg Mures, Romania

Basal cell carcinoma (BCC) is a very common skin cancer. In most cases the clinician should be able to accurately diagnose it, either by the clinical aspect alone or by the clinical and the dermoscopic aspects of the tumour.

We present the case of a 49 years old male patient that was admitted in our clinic for multiple BCCs on the trunk, face, upper and lower limbs. From his history we retain that he has started developing BCC since 2006, for which he was threatened along the years with surgical excision or electrodesiccation. One lesion in particular, a rather large 6/8 cm BCC on the posterior left shoulder, was treated by electrodesiccation several years prior to this admission. Along the years the scar of the treated lesion developed some telangiectasias and gained the aspect of a hypertrophic scar. However on this admission a high index of suspicion was raised due to the fact that a high number of telangiectasias and small foci of ulceration were visible on the flat surface of the lesion. The general trajectory of the telangiectasias was from the border to a rather vessel-free center of the tumour. The borders of the lesion were well defined, with a portion of the border, of about 2 cm, having a pearly, translucent aspect indicating a possible BCC. The dermoscopic examination revealed long serpiginous, arborizing, superficial and deep vessels visible almost throughout their entire length. Considering the personal history of the patient, the clinical and the dermoscopic aspects of the lesion we decided to excise this lesion with a 5 mm surgical margin. The histopathology examination confirmed that the cicatricial lesion was a BCC.

The scar of an electrodesiccated BCC should always be monitored. A high index of suspicion should be raised if such a scar starts to modify its features.

P 4

ERITEM CRISOFANIC SECUNDAR APLICĂRII DE CIGNOLIN LA UN PACIENT CU PSORIAZIS VULGAR

Richea Lorena*, Badea M.A*, Marin Andreea**, Mureșan Valentina*, Boga Laura*, Morariu S.H*

* Spitalul Clinic Județean Mureș, Clinica Dermatovenerologie, Tg. Mureș

** Spitalul Clinic Județean Mureș, Compartiment Clinic Medicina Muncii, Tg. Mureș

Introducere: Acidul crisofanic (Ditranol, Cignolin – gudroane vegetale), derivat sintetic al crisarobinei, are o acțiune antimitotică puternică asupra stratului bazal al epidermului, prin blocarea sintezei de ADN, inhibă proliferarea keratinocitelor și funcția granulocitelor. Eritemul crisofanic apare la nivelul plăcilor de psoriazis în urma aplicării de cignolin, semn că produsul este activ după care aplicațiile trebuie întrerupte.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 65 de ani, cunoscut cu psoriazis vulgar, care a solicitat consult dermatologic pentru apariția unui eritem generalizat, cu scuame furfuracee, senzație de arsură locală, febră și frisoane, simptome declanșate în urma aplicării prelungite și pe suprafață mare a Cignolinului. S-a instituit tratament cu Metilprednisolon 16mg-16mg-0/zi 7 zile, Cefuroxim 2x750 mg/zi timp de 7 zile, Fexofenadină 2x1/zi, iar local: comprese cu soluții antiseptice și emoliente. Evoluția a fost favorabilă cu remiterea eritemului și a simptomelor asociate.

Discuții: Radicalii liberi extracelulari sunt responsabili atât pentru efectul împotriva psoriazisului, cât și pentru efectele sale iritative. Durata tratamentului: 4-6 săptămâni. Remisia apare după aproximativ 2-3 săptămâni. În funcție de leziuni se poate asocia cu acid salicilic, corticoizi sau UV. Dezavantajele folosirii acestui topic: este iritant și pătează tegumentele și hainele datorită produșilor de oxidare ale substanței. *Concluzii:* Cignolinul este un topic iritant care poate provoca eritrodermizarea psoriazisului. Datorita acestei complicații frecvente cignolinul este tot mai rar utilizat în prezent.

Cuvinte cheie: cignolin, psoriazis vulgar, eritem crisofanic.

P 5

ACANTHOSIS NIGRICANS BENIGN FAMILIAL – PREZENTARE DE CAZ

Mureșan Valentina, Richea Lorena, Badea MA, Morariu SH
Clinica Dermatovenerologie Târgu Mureș

Introducere: Acanthosisul nigricans reprezintă o dermatoză pigmentată simetrică a pliurilor care se corelează frecvent cu neoplazii viscerale, diabet și obezitate. Acanthosis nigricans benign familial apare la naștere sau în mica copilărie și nu se corelează cu afectarea altor sisteme sau organe.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin în vârstă de 53 de ani care se prezintă în Clinica Dermatovenerologie din Târgu Mureș pentru plăci hiperpigmentate, bine delimitate cu leziuni papilomatoase pe suprafață cu localizare simetrică la nivelul gâtului. Pacientul relatează apariția acestor plăci în mica copilărie precum și prezența acestui tip de leziuni la alți membri ai familiei. Pacientul nu a urmat tratament cu nici un medicament posibil inductor de astfel de leziuni (acid nicotinic, glucocorticoizi, stilbestrol). Analizele de laborator nu au arătat modificări semnificative pentru acest caz. Pe baza anamnezei și aspectului clinic dar și prin excluderea unei stări diabetice sau prediabetice am stabilit diagnosticul de acanthosis nigricans benign familial. Leziunile papilomatoase s-au remis în urma crioterapiei iar plăcile pigmentate și-au redus intensitatea în urma aplicării de retinoizi topici. *Concluzii:* Acanthosisul nigricans benign familial trebuie diferențiat de forma paraneoplazică precum și de pseudoacanthosisul nigricans care se corelează cu diabet zaharat, toleranță alterată la glucoză și obezitate.

Cuvinte cheie: acanthosis nigricans benign familial, papilomatoză, pliuri

P 6

CARCINOM SPINOCELULAR VERUCOS APĂRUT PE O RADIODERMITĂ CRONICĂ - PREZENTARE DE CAZ

Mészáros Katinka; Bagosi Ágota; Dénes László; Fekete László; Fekete-Gyula-László
Clinica Dermatovenerologie, Târgu Mureș

Introducere: Radiodermitele sunt procese cutanate inflamatorii sau distrofice produse prin acțiunea directă a radiației ionizante. Clasic sunt recunoscute două tipuri de radiodermite cauzate de radiațiile

ionizante: forme precoce sau acute și forme tardive sau cronice.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 60 de ani cu carcinom spinocelular verucos apărut pe o radiodermită cronică la 40 de ani după tratament radioterapeutic local cu raze Chaul pentru o micoză profundă a regiunii temporale drepte. La examenul dermatologic se observă o formațiune cu diametrul de 1 cm, cu suprafață verucoasă, cornoasă de culoare cenușie aderentă, nedureros, situate la nivelul regiunii temporale drepte pe fondul unui placard atrofo-cicatriceal de culoare roz, cu teleangiectazii subepidermice. Examenul histopatologic a confirmat diagnosticul de carcinom spinocelular verucos și radiodermită cronică.

Discuții: Radiodermitele cronice apar după iradiere repetate și însumate cu caracter profesional sau terapeutic, care suferă transformare epitelioasă în 10-34 % din cazuri. Se pot dezvolta atât epitelioame spinocelulare cât și bazocelulare. Pentru epitelioamele spinocelulare perioada de latență este mai scurtă (3-25 ani), decât pentru epitelioamele bazocelulare (31-35 ani).

Concluzii: Cazul prezentat atestă apariția carcinomului spinocelular pe o radiodermită cronică după o lungă perioadă de latență. Particularitatea cazului constă într-un interval de o latență de 40 de ani. Bolnavii supuși radioterapiei trebuie urmăriți pentru a preveni o transformare malignă a radiodermitei.

P 7

METASTAZĂ CUTANATĂ DE CARCINOM MAMAR DE TIP ERIZIPELIOD

Bagosi Ágota, Fekete László, Mészáros Katinka, Dénes László, Fekete Gyula László
Clinica Dermatovenerologie, Târgu Mureș

Metastazele cutanate prezintă un proces redus, cuprins între 0,7% la 10,0% din totalul cancerelor metastatice conform datelor literaturii de specialitate. Cele mai frecvente tipuri de cancer care produc metastaze cutanate sunt cancer de sân la femei, cancerul de plămâni la bărbați și melanomul malign la ambele sexe, sediul preferențial fiind peretele toracic și zona abdominală. Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 52 ani, mastectomizată în urmă cu 3 ani pentru cancer mamar drept, tratată cu chimioterapie și radioterapie, care se prezintă în serviciul nostru acuzând prezența la nivelul toracelui anterior drept un placard roșu-violaceu, edematos, infiltrat, cu margini bine delimitate, făcând relief față de restul tegumentului, cu semnele Celsiene prezente. Din analizele de laborator reținem leucitoza cu o ușoară anemie feriprivă. Am interpretat cazul ca un erizipel

dezvoltat pe zona mastectomizată. S-a introdus antibioterapie sistemică pe o perioadă de 10 zile. Evoluția sub tratament a fost staționară. Am suspionat o metastază cutanată, motiv pentru care am decis biopsierea zonei afectate. Examenul histopatologic a pus în evidență un carcinom mamar ductal invaziv. Aspectele clinice ale metastazelor cutanate sunt multiple, ele pot varia de la forme nodulare, ulcerate, vezico-buloase, sau mai rar, ca și în cazul nostru în forma erizipeloidă. Cazul prezentat de noi prezintă o entitate rară, a formă atipică de metastază cutanată.

P 8

BOALA DARIER (DISKERATOZA FOLICULARĂ)

Bujorean Lidia, Lup Ioana, Silaghi Katalin, Suciu Vlad Ionuț, Pascanu Veronica, Morariu Silviu
Spitalul Clinic Județean Mureș, Clinica Dermato-Venerologie, Târgu Mureș

Introducere: Boala Darier este o afecțiune genetică cu transmitere autosomal dominantă, caracterizată prin tulburări de keratinizare cu localizare principală la nivelul foliculului pilos. Afecțiunea este rară având o incidență de 1 : 30.000 – 1: 100.000. Gena patogenă ATP2A2 este localizată pe cromozomul 12, aproape de locusul 12q-23q-241, care codifică enzima SERCA2-ATPaze cu rol în homeostazia calciului, provocând ulterior tulburări ale keratinizării, prin alterarea legăturii tonofilament-desmozom.

Caz clinic: Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 63 de ani, din mediul rural care se prezintă în serviciul de specialitate pentru: papule și placarde eritematoase localizate pe zonele de extensie ale membrilor, toracelui posterior precum și la nivelul gâtului, frunții și scalpului. Suprafața placardelor prezintă dopuri hiperkeratozice, de culoare galben-brună, foarte aderente, care la detașare lasă o mică ulcerăție dureroasă; pustule diseminate pe toracele posterior cu miros caracteristic piodermitei, asociat de prurit intens. La nivelul unghiilor prezintă friabilitate, hiperkeratoza subunghială, striuri albe longitudinale, fisuri în formă de triunghi la marginea liberă a unghiilor. La nivelul mucoaselor nu prezintă leziuni.

Din antecedentele pacientei reținem: osteoporoză postmenopauză, hipotiroidie, colecistectomie, cardiopatie ischemică cronică, limfadenită abcedată, afecțiuni nerelevante pentru afecțiunea noastră.

Paraclinic se decelează un sindrom inflamator, dislipidemie mixtă, anemie.

Pe baza examenului clinic și al examenului histopatologic susținem diagnosticul: Diskeratoză foliculară - boală Darier.

Se instituie tratament sistemic cu antibiotic conform antibiogramei, antialgic, antihistaminic; și tratament local cu: keratolitice, antiinflamatoare, antibiotice. Evoluție: având în vedere caracterul cronic al bolii, evoluția este lent favorabilă cu remiterea pustulelor și fenomenelor inflamatorii sub tratament antibiotic și eliminarea dopurilor keratozice sub acțiunea keratoliticelor.

Discuții: Din cei patru copii ai pacientei, o fiică a fost diagnosticată cu aceeași boală, cu o formă ușoară, la vârsta de 16 ani.

În antecedentele pacientei s-a administrat tratament sistemic cu Neotigason, dar s-a sistat din cauza intoleranței.

Concluzii: Particularitatea cazului nostru constă în raritatea întâlnirii afecțiunii.

P 9

GRANULOM ACTINIC O'BRIEN ȘI SINDROM FAVRE-RACOUCHOT LA UN PACIENT VÂRSTNIC CU ELASTOZĂ SOLARĂ SEVERĂ

Badea MA*, Richea Lorena*, Mureșan Valentina*, Decean Luminița*, Georgescu Mihaela**, Morariu SH*

* Clinica Dermatovenerologie Târgu Mureș

** Clinica Dermatovenerologie II, Spitalul Clinic Colentina, București

Introducere: Granulomul actinic reprezintă o leziune cu aspect inelar ce se dezvoltă pe zonele fotoexpuse cu degradare solară importantă. Este o reacție inflamatorie cu celule gigante la nivelul dermului.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui pacient caucasian în vârstă de 87 de ani care se prezintă pentru o leziune asimptomatică de aspect inelar la nivel frontal drept care evoluează de 5 ani. Pacientul prezenta elastoza solară severă și comedoane închise la nivelul regiunii frontale centrale. Examenul histopatologic a arătat un infiltrat histiocitar și reacție inflamatorie cu celule gigante. Tratamentul a constat din infiltrații cu corticosteroizi (betametazonă dipropionat cu xilină 2% 1:1, 1 aplicație la 3 săptămâni, 4 cure) și aplicații topice de retinoizi la nivelul comedoanelor. Am prescris de asemenea metode de fotoprotecție. Leziunea inelară s-a remis complet iar comedoanele au scăzut semnificativ în dimensiuni.

Concluzii: Granulomul actinic reprezintă o dermatoză rar întâlnită ce apare pe zonele degradate actinic și care răspunde favorabil la terapia locală cu cortizon. *Cuvinte cheie:* degradare solară, granulom actinic, sindrom Favre-Racouchot

P 10

ACROKERATOZA PARANEOPLAZICĂ (SDR. BAZEX) PE FOND DE CARCINOM LARINGEAN METASTAZANT

Dénes László, Bagosi Ágota, Mészáros Katinka, Fekete László, Fekete Gyula László
Clinica Dermatologie, Târgu Mureș

Sindromul Bazex este o dermatoză obligatoriu paraneoplazică întâlnită la bărbați, manifestată prin erupții keratozice ale degetelor și alterații unghiale revelatoare pentru cancere ale căilor aerodigestive superioare. Erupția cutanată are aspectul unor plăci roșii-violacee slab delimitate, acoperite de scuame uscate, galbene-cenușii, localizată numai la extremități, la nivelul extremității distale a degetelor, însoțit de distrofii unghiale, mai rar pe nas sau pe pavilioanele urechii. Prezentăm cazul clinic al unui bărbat fumător, în vârstă de 51 ani, care se prezintă pentru apariția de 2 luni a unor plăci eritemato-violacee cu margini slab delimitate, acoperite cu scuame alb-gălbui, nedureroase, nepruriginoase, localizate la extremitățile distale ale mâinilor și picioarelor, respectiv la nivelul pavilioanelor auriculare, asociate cu onicodistrofie. La examenul clinic pe lângă disfonie persistentă, astenie marcată, scădere ponderală semnificativă am depistat și o adenopatie laterocervicală stângă multiplă de consistență dură, nedureroasă. Analizele de laborator efectuate arată doar o leucocitoză și anemie normocromă ușoară. Examenul ORL efectuat pentru disfonie și adenopatie a confirmat o neoplazie hipofaringolaringiană metastazantă confirmată histopatologic. În cazul apariției unei leziuni cutanate acrokeratozice la bărbați, trebuie să ne gândim la sindromul Bazex care este un marker cutanat al malignității.

P 11

CAZ CLINIC DE SCABIE NORVEGIANĂ LA O PACIENTĂ SEROPOZITIV HIV

Decean Luminița, Ignat Ana-Sonia, Morariu S.H.
Clinica Dermatovenerologie Târgu Mureș

Introducere: Scabia este o dermatoză produsă de ectoparazitul *Sarcoptes scabiei* varietatea *hominis*, cu o incidență în creștere, fiind o problemă de sănătate publică în toată lumea. O formă clinică rară o reprezintă scabia norvegiană (crustoasă), care apare la pacienții imunocompromiși, casectici, cu terapie imunosupresoare și pacienții HIV/SIDA. Caracteristic,

pacienții sunt intens parazițați, contagiozitatea este foarte mare și pruritul poate fi minim sau chiar să lipsească.

Caz clinic: Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 6 ani, seropozitivă HIV, stadiul clinico-imunologic B2, trimisă în Clinica noastră de la Compartimentul HIV/SIDA al Clinicii de Boli Infecțioase I Târgu Mureș pentru o erupție eritemato-scuamoasă generalizată, moderat pruriginoasă, cu evoluție de aproximativ o lună. Examenul dermatologic evidențiază plăcile hiperkeratozice, crustoase, aderente, de culoare grimaronie, cu fisuri dureroase, localizate la nivelul scalpului, axilelor, toracelui, abdomenului și extremităților. Pe baza datelor anamnestice (cazuri de scabie în anturaj), examenului clinic, examenului microparazitologic din cruste, examenului KOH 10%, s-a stabilit diagnosticul de scabie crustoasă. Tratamentul a constituit o provocare datorită vârstei, statusului imunologic, formei extensiv-generalizată, astfel încât s-a optat pentru o schemă complexă: ivermectin, keratolitice și scabicide, antibioterapie sistemică. Evoluția a fost favorabilă.

Discuții: Scabia norvegiană constituie o formă foarte contagioasă de scabie, cu un număr extrem de mare de paraziți situați în stratul cornos al epidermului, care se îngroașă și formează crustele verucoase, afectând indivizi imunosupresați. Clinic, poate simula variate dermatoze: psoriazis, boala Darier, dermatita seborică, ichtioza, eczema cronică, mycosis fungoides, astfel încât este importantă evidențierea ectoparazitului. Cazul nostru vine să confirme datele din literatură, respectiv găsim asociată scabia norvegiană unei stări de imunodepresie (pacientă seropozitivă HIV), prezentând forme severe, extinse, refractare la tratament și necesitând o schemă terapeutică complexă.

Concluzii: În concluzie, scabia norvegiană este o formă rară, gravă, extrem de contagioasă, care pune probleme atât de diagnostic, cât și de tratament. Acest diagnostic ar trebui luat în considerare întotdeauna la pacienții HIV pozitivi cu erupții crustoase severe însoțite sau nu de prurit.

Cuvinte cheie: scabie norvegiană, cruste, HIV

P 12

KERATODERMIA CONGENITALĂ PALMO-PLANTARĂ DIFUZĂ NON-TRANSGREDIENTĂ

Boga Laura, Badea M., Richea Loredana., Mureșan Valentina., Morariu S.H.

Clinica Dermatovenerologie Târgu-Mureș

Introducere: Keratoderma congenitală difuză palmo-plantară a fost descrisă pentru prima dată de Thost în anul 1880. Este o boală congenitală, cu transmitere autosomal dominant, a carei incidență este de un caz la 40000 de nașteri. Leziunile apar la naștere.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 53 ani, care solicită consult dermatologic pentru îngroșarea stratului cornos de la nivel palmo-plantar, cu debut la naștere, precum și apariția de fisuri dureroase la nivelul feței palmare a mâinilor și feței plantare a picioarelor. S-a instituit tratament sistemic cu Vitamina A (50000 UI), iar local tratament emolient și keratolitic. Evoluția a fost favorabilă cu decaparea parțială a stratului cornos și cicatrizarea fisurilor.

Discuții: Keratoderma congenitală palmo-plantară difuză non transgradientă interesează fața palmară a mâinii și fața plantară a piciorului, nu se extinde pe fețele dorsale ale mainilor și picioarelor și nici la nivelul articulațiilor pumnului sau gleznei. În unele cazuri leziunile au aspect tipic încă de la naștere, în alte cazuri leziunile sunt mai puțin caracteristice, sub forma de eritem difuz cu o hiperkeratoză evidentă pe margini. Studiile biomoleculare au evidențiat linkage la locusul keratinei de tip 2 la nivelul benzii 12 q11-13.

Concluzii: Keratoderma congenitală difuză palmo-plantară este o afecțiune cu o mare stabilitate, care persistă toată viața.

Cuvinte cheie: Keratodermie, palmoplantar, strat cornos.

P 13

ERITEM POLIMORF (FORMA MINORĂ)

Vargyas Zsuzsanna

Spitalul Clinic Județean Mureș, Clinica Dermatovenerologie, Târgu Mureș

Eritemul polimorf este o afecțiune cutanată acută cu debut brusc, autolimitantă, considerată a fi o reacție de hipersensibilitate cu determinism plurietiologic, asociată cu anumite infecții, medicamente și alți factori declanșatori. Prezintă un caz clinic diagnosticat recent la clinica noastră cu eritem polimorf toxico-alergic. Pacientă în vârstă de 46 de ani, se prezintă cu erupții

papuloase eritemato-violacee unele cianotice, diseminate la nivelul piciorului drept, gambă dreaptă, antebrățe, torace antero-posterior, latero-cervical stâng, însoțită cu senzație de prurit, de arsură intensă, și prezintă dermatografism pozitiv accentuat. Severitatea simptomelor a fost declanșată de asocierea factorului alimentar toxico-septic (conservă de pește), cât și factorului medical, terapia cu antibioticul (Cefixim) predispușe pe un teren infecțios asociat cu o stare generală fizic și psihic deprimată. În cazul apariției eritemului polimorf trebuie să luăm în considerare importanța anamnezei și elucidarea factorului declanșator având în vedere caracterul recidivant al afecțiunii.

P 14

**LIMFOM CUTANAT PRIMAR CU CELULE T
TRATAT CU FOTOTERAPIE UVA
- PREZENTARE DE CAZ -**

Oana Tripa*, Ancuța Nicula*, Elena Popa*, Caius Solovan**,**
* Clinica de Dermato-Venerologie, Spitalul Municipal de Urgență
Timișoara

** Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara

Limfomul cutanat primar cu celule T reprezintă un tip de limfom non-Hodgkinian caracterizat prin prezența celulelor clonale T la nivelul țesutului cutanat și un spectru larg de caracteristici clinice, histologice și imunofenotipice. Maladia evoluează cel mai frecvent în mai multe stadii sau variante. Celulele tumorale T se disting de celelalte limfocite T prin prezența unui receptor unic de suprafață celulară numit antigen asociat limfocitelor cutanate (CLA).

Pacientul în vârstă de 70 de ani, fără antecedente patologice semnificative, se prezintă în clinica noastră cu placarde extinse eritemato-papulo-nodulare nepruriginoase, cu evoluție de aproximativ doi ani, care nu au cedat la tratament cu antihistaminice și dermato-corticoizi locali. În urma examinărilor clinice, histologice și imuno-histochimice se confirmă diagnosticul de Limfom Cutanat cu Celule T.

În acest poster vom prezenta cazul unui pacient, diagnosticat la noi în clinică cu limfom cutanat cu celule T, observând evoluția acestuia înainte de a începe fototerapia până la 45j/cm² UVA.

P 15

**LICHEN PLAN CUTANEO-MUCOS -
PREZENTARE DE CAZ**

Ancuța Nicula*, Oana Tripa*, Caius Solovan**,**

* Clinica de Dermato-Venerologie, Spitalul Clinic Municipal de Urgență
Timișoara

** Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara

Lichenul plan este o dermatoză inflamatorie cutaneo-mucoasă pruriginoasă care se caracterizează clinic prin apariția de papule poligonale aplatizate de culoare violacee, care prezintă pe suprafața lor striatii alb-sidefii denumite rețeaua licheniană Wickham. Leziunile se pot localiza pe orice regiune tegumentară, cu predilecție pe fețele de extensie ale membrilor și pe fața supinatorie a articulației radio-carpene. Liniile sau plăci albe asimptomatice cu aspect dantelat pot fi evidențiate la nivelul mucoasei bucale sau genitale. La nivelul unghiilor pot apărea modificări distrofice, iar leziunile scalpului pot cauza alopecie cicatricială. Prezentăm cazul unui pacient care pe baza observațiilor noastre întrunește majoritatea elementelor caracteristice acestei afecțiuni.

P 16

DERMATOCOSMETOLOGIE-MELASMA

Klara Sârbu*, Th. Darandoi**

* Medic rezident DV, medic specialist MF, CMI Klara Sârbu, Târgu Neamț

** Asistent medical generalist în pregătire, Școala Postliceală Sanitară "Laureatus", Târgu Neamț

Sarcina aduce cu ea modificări hormonale prin creșterea concentrației de estrogeni, ceea ce duce la creșterea sintezei de melanină, pigment specific tegumentului uman.

Melasma se definește ca o hiperpigmentare a pielii, care apare în anumite zone ale feței cum ar fi: pe frunte, pe nas, pe buza superioară, la nivelul obrazilor și a marginilor feței; petele sunt simetrice, au o culoare maronie sau gri-maronie și forme variabile.

Masca de sarcină afectează aproximativ 70% din femeile gravide și apare cel mai frecvent în trimestrele doi și trei de sarcină sunt nedureroase, nu sunt însoțite de inflamație care să alarmeze gravida. În general aceste pete dispar după primele luni post partum dar uneori nu complet. Se recomandă evitarea expunerii la soare între orele prânzului; alegerea cremelor cu factor de protecție adecvat, evitarea produselor iritante, cum ar fi parfumurile alcoolice care favorizează apariția petelor.

Tratamentul trebuie sa fie unul consecvent sub stricta supraveghere medicală. Pe lângă peelinguri (vitamina C), creme și seruri de depigmentare, cel mai util în tratament pare însă să fie fotoregenerarea cu lumină intens pulsată SPL al cărui principiu se bazează pe dislocarea blocurilor de melanină formate prin intermediul luminii intens pulsate, aceste depozite se descuamează treptat lăsând o piele curată și luminoasă. Nu orice tip de tratament poate fi susținut în timpul sarcinii.

Cuvinte cheie: sarcină, melasmă, SPL

P 17

MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU HERPES ZOSTER-CAZ CLINIC

Klara Sârbu *,Gabriela Sumanaru **

* Medic rezident DV, medic specialist MF, CMI Klara Sârbu, Târgu Neamț

** Asistent medical generalist în pregătire, Școala Postliceală Sanitară "Laureatus" Târgu Neamț

Introducere: Zona zoster (herpes zoster) este o infecție virală ce afectează rădăcinile nervoase. Se caracterizează prin durere și apariția unei benzi eruptive ce se întinde pe traiectul nervului afectat, uni sau bilateral. Zona zoster este o boală mai comună la persoanele adulte și la cele cu sistemul imunitar slăbit de stres, răni, anumite medicamente sau alți factori. Prezentare de caz: pacientul T.I, 64 ani, nefumător, hipertensiv controlat cu medicație adecvată constantă, se prezintă la cabinetul medicului de familie dureri precordiale descrise de pacient precum "greutate" , stare generală alterată, agitație psihomotorie, transpirații reci, ce trezește suspiciunea unei angine pectorale. Examen clinic fără modificări patologice, s-a efectuat o electrocardiogramă la nivelul cabinetului de medicină de familie care a evidențiat un traseu normal cât și câteva teste sangvine (biochimie uscată) toate fiind în limite normale. S-a recurs la administrarea tratamentului antalgic, indicarea unei ecocardiografii cât și a unei vizite cardiologice. Pacientului i s-a solicitat revenirea la cabinet în ziua următoare pentru reevaluare. Astfel, asistentul medical a reefectuat traseul EKG (cu aspect normal) pacientul descria în continuare aceeași durere "de greutate", asociată cu febră. La examenul clinic obiectiv se constată că pacientul dezvoltă o afecțiune dermatologică: pe traiectul nervului intercostal 3-4 pe partea stângă, asociat cu erupție cutanată modestă de aspect tipic herpes zosterului de debut care s-a accentuat în următoarele 3 zile cu erupții clare de aspect veziculos pe fond eritematos. Pacientului i se explică afecțiunea de care suferea, i se prescrie tratament medicamentos

antiviral per os și local, antalgice asociate cu vitamine din grupa B, iar asistentul medical intervine activ în vederea prevenirii infecțiilor bacteriene la nivelul leziunilor, badijonări zilnice cu violet de gențiană, mixtură antialergică în scopul reducerii pruritului, se administrează local și pudre de talc. Tratamentul urmat a avut o durată de 7 zile, pacientul revenindu-și aproape complet, o ușoară sensibilitate și durere locală descrise precum "arsura" fiind încă resimțite de pacient, acesta fiind dirijat către tratamentele de acupunctură.

Concluzie: Colaborarea deplină medic-pacient-asistent conduce cu ușurință la stabilirea diagnosticului dar intervenția activă a asistentului medical în susținerea tratamentului instituit de medic pacienților cu afecțiuni dermatologice constituie cheia reușitei. Herpes zoster este descrisă de cele mai multe ori de către pacienți ca fiind o boală extrem de dureroasă, ce creează un discomfort general ce afectează toate planurile vieții pacienților. Medicul stabilește tratamentul și de aici asistentul medical manageriază statusul clinic, psihologic și moral al pacientului. *Cuvinte cheie:* virus zoster, asistent medical, herpes zoster

P 18

NURSING ÎN AFECȚIUNILE DERMATOLOGICE- DERMATITA DE CONTACT

Klara Sârbu*, Laura Repciuc **

* Medic rezident DV, medic specialist MF, CMI Klara Sârbu, Târgu Neamț

** Asistent medical generalist în pregătire, Școala Postliceală Sanitară "Laureatus" Siret, Suceava

Procesul de îngrijire este o metodă organizată și sistemică ce permite acordarea de îngrijiri individualizate. Este un proces centrat pe reacțiile particulare ale fiecărui individ la orice modificare reală sau potențială de sănătate. Procesul de îngrijire reprezintă aplicarea modului științific de rezolvare a problemelor pentru a răspunde nevoilor fizice, psihosociale ale persoanei pentru a renunța la administrarea îngrijirilor stereotipe și de rutină. Este deasemenea un mod de a gândi logic, care permite intervenția conștientă, planificată a îngrijirilor, cu scopul protejării și promovării sănătății individului. Dermatita de contact reacție de hipersensibilizare de tip întârziat (tip IVa) caracterizată clinic prin apariția leziunilor cutanate (vezicule, bule, placarde) *cu debut* - la orice vârstă cu sau fără *teren atopic*.

Leziunile tipice se dezvoltă la - 5-21 zile de la prima expunere și 12- 96 ore după expuneri ulterioare iar

particularitatea clinică depinde de tipul de alergen implicat. Pacientul relatează dezvoltarea eritemului, urmat de apariția de papule și vezicule, pruritul succedea apariția dermatitei și este omniprezent în cadrul bolii „*cele mai sensibile zone* - pleoapele, gâtul și zona genitală iar *cele mai rezistente zone* - palmele, tălpile și scalpul. Testarea cutanată patch este utilizată când se suspicionează dermatita de contact.

Nursingul centrat pe pacient semnifică îngrijiri de bază individualizate; fiecare om este un individ unic, și astfel el solicită o serie de abilități unice, de tehnici și idei special desemnate lui.

Cuvinte cheie: nursing, dermatita de contact, asistent medical

P 19

PROVOCAREA ASISTENTULUI MEDICAL ÎN TRATAMENTUL ULCERULUI VARICOS – PANSAMENTUL HIDROACTIV

Klara Sârbu *, Irina Ipate **

* Medic rezident DV, medic specialist MF,

CMI Klara Sârbu, Târgu Neamț

** Asistent medical generalist în pregătire, Școala Postliceală Sanitară "Laureatus" Târgu Neamț

Boala venoasă cronică este o cauză frecventă de disconfort și incapacitate temporară sau totală ce afectează un număr din ce în ce mai mare din populație. La nivel internațional se estimează că 1-2% din populație suferă de ulcer de gambă. Nu mai puțin de 75% din pacienții cu ulcer de gambă suferă și de insuficiență venoasă, în timp ce 14% sunt afectați de ulceratii mixte arterio-venoase - ulcerale datorate unei combinații de boli venoase și arteriale. Principala cauză a ulcerului varicos este reprezentat de insuficiența venoasă. În managementul bolii, cheia succesului o reprezintă intervenția activă a asistentului medical accentul căzând pe curățarea bazei leziunii în vederea formării țesutului nou. Curățarea ulcerului se realizează prin îndepărtarea depozitelor fibrinoase, a celulelor moarte și a germenilor și oferă multiple beneficii pentru procesul de vindecare. Procedura este una selectivă, deoarece numai țesutul devitalizat este înlăturat, în timp ce țesutul sănătos este păstrat intact, nefiind traumatizat. Opțiunea tratamentului cu pansament hidroactiv pornește de la faptul că, mediul umed menținut de aceste pansamente protejează și stimulează celulele responsabile de curățarea plăgii și proliferarea țesutului nou. Un alt avantaj îl constituie metoda în sine, lipsită de „efecte secundare” și ușor de pus în practică.

Se prezintă cazul pacientului I.I, 58 ani, fost fumător, obez, în evidența cabinetului M.F cu ulcer de gambă de aprox 3x4 cm pe fond de insuficiență venoasă cronică asociată cu insuficiență cardiacă severă și hipertensiune arterială. Plaga a apărut în urmă cu aproximativ 1 an suprafața acesteia mărindu-se în timp datorită rezistenței la tratamentul tradițional. Plaga prezintă secreții seropurulente moderate, depozite de fibrină în proporție de 80% și granulație în proporție de numai 20% , marginile plăgilor sunt proeminente iar pielea din jur este mai caldă, roșie și edematiată indicând prezența unei infecții. Examenul de laborator al secreției a izolat prezența germenului Klebsiella motiv pentru care s-a instituit tratament cu antibiotic oral.

Datorită rezistenței la tratamentul tradițional se decide începerea tratamentului cu pansamente hidroactive, s-a folosit **TenderWet 24** pentru a înmuia depozitele fibrinoase și a ușura curățarea rănilor, pansamentul fiind schimbat zilnic. După 8 zile de la începerea tratamentului semnele de infecție au dispărut, cantitatea de secreții a scăzut și plaga a început să prezinte țesut de granulație. Concomitent cu tratamentul local s-a aplicat tratament compresiv, asocierea acestuia fiind obligatorie în tratamentul ulcerelor de origine venoasă și datorită bolilor de fond s-a optat pentru fașa compresivă.

Concluzii: În managementul îngrijirii pacientului cu ulcerul varicos, asistentul medical are funcții de natură independent, dependent și interdependent iar “ființa umană este un întreg ireductibil care nu poate fi înțeles reducându-l la părțile componente”.

Cuvinte cheie: ulcerul varicos, pansamente hidroactive, asistentul medical

P 20

ALOPECIA AREATA

Klara Sârbu*, Lucica Nicolaica**

* Medic rezident DV, medic specialist MF, CMI Klara Sârbu, Târgu Neamț

** Asistent medical generalist în pregătire, Școala Postliceală Sanitară "Laureatus" Siret, Suceava

Pierderea rapidă și completă a părului, caracterizată clinic prin plăci alopecice circumscrise rotunde sau ovale, bine delimitate este diagnosticată ca fiind alopecia areată. Din punct de vedere epidemiologic incidența este de aproximativ 1,7% din populație, frecvența la copii și tineri boala fiind de etiologie autoimună, asociată cu alte boli (vitiligo), atopia sau stresului emoțional. Poate afecta părul atât din regiunea scalpului (totală) sau părul de pe întreaga suprafață corporeal (universal).

Intervenția asistentului medical în managementul pacienților cu acest tip de afecțiuni urmărește suportul psihologic al acestuia, explicarea implicațiilor bolii și aplicarea corectă a tratamentelor prescrise.

Relația strânsă medic-pacient-asistent medical poate depăși impactul social și psihologic pe care îl are boala în viața pacientului afectat.

Cuvinte cheie: nursing, alopecia areata.

P 21

CAZ CLINIC - ANGIOSARCOM CUTANAT

Alina Neagu, Maria-Magdalena Constantin
Clinica II Dermatologie, Spitalul Clinic Colentina

Angiosarcomul este o tumoră malignă de natură vasculară cu incidență mică, 2% în populația generală. Cauza acestei tumori este necunoscută, fiind incriminați factori precum radiațiile ionizante, carcinogeni chimici (arsenicul) și imunopresia. Apare mai frecvent la nivelul feței și scalpului persoanelor vârstnice, afectând bărbații mai des decât femeile (3:1).

Tumora este foarte agresivă, având tendința de recurență locală, invazie a structurilor subiacente și metastazare la distanță pe cale limfatică afectând ganglionii limfatici și pe cale hematogenă în plămâni, ficat.

Descrim cazul unui bărbat în vârstă de 61 de ani care s-a prezentat în Clinica Dermatologie pentru apariția unor placarde eritemato-violacee ulcerate, suprainfectate, cu pustule și zone acoperite de cruste hemoragice, melicerice, localizate la nivelul scalpului, acoperind aproape în întregime regiunea parieto-temporală. Anamnezic dubutul leziunilor a fost în urmă cu 2 luni. A fost instituit tratament local antiseptic, antibiotic, toaletarea leziunilor ulcerate și pansament local. S-a prelevat fragment biptic din formațiunea tumorală și s-a realizat examen histopatologic și teste imunohistochimice. Rezultatul acestor analize a confirmat diagnosticul de angiosarcom cutanat. Pacientul a fost îndrumat către Clinica de Oncologie pentru stabilirea planului terapeutic chimioterapic, radioterapic și cura chirurgicală.

Angiosarcomul scalpului este o tumoră foarte agresivă cu un prognostic prost. Evoluția poate fi îmbunătățită prin diagnosticarea precoce și excizia chirurgicală totală a tumorii. Din păcate uneori regiunile subiacente sunt deja afectate la momentul diagnosticării, tumora progresând chiar până la nivelul tablei osoase, făcând imposibilă excizia radicală. Dimensiunea tumorii influențează prognosticul, pacienții cu tumori sub 10

cm diametru par să aibă șanse de supraviețuire mai mari decât în cazul tumorilor de peste 10 cm.

La pacienții vârstnici cu tumori la nivelul scalpului sau gâtului ar trebui avută în vedere posibilitatea prezenței unui angiosarcom pentru a evita întârzierile de diagnostic și tratament.

P 22

IMPORTANCE AND APPLICATIONS OF TELEDERMATOLOGY IN CUTANEOUS DISEASES

Tarun Garg, Maria-Magdalena Constantin
IInd Department of Dermatology, Colentina Clinical Hospital

Teledermatology is a subspecialty in the medical field of dermatology and one of the most common applications of telemedicine and e-health. In teledermatology, telecommunication technologies are used to exchange information about the patient such as general skin diseases as well as skin tumours, to a provider who offers teledermatology services over a distance using audio, visual and data communication. Applications of teledermatology include consultations, diagnoses, treatment and follow up.

Teledermatology has two concepts: *store and forward* (SAF) communication which means sending of photographs and images and the patient data to the specialist for storage and consultation and *real time/live interactive* teledermatology which means patients directly interact with the provider via videoconferencing. A variety of hardwares can be used to enhance the quality of the calls such as power zooms, polarizing devices, freeze frame etc.

Hybrid modes also exist that include SAF as well as real time communication.

Teledermatology is very useful for old aged patients and especially for patients who cannot travel for consultations and who have financial and economic problems. Several other benefits of teledermatology include: travelling time is reduced or eliminated which ultimately leads to decreased money spending on travels; compliance is increased as patients don't have to wait for the consultation, which is a problem in busy hospitals; early visualization of the suspected cancerous lesions; follow up of long term cases is easy. Teledermatology has a high potential as a better high class service can be provided even to rural and remote areas which are far from a regular hospital. Dermatology is well suited to telemedical services as it is easy to send the images and the data about the patient directly to the provider or the centre offering teledermatology services.

P 23

**PSORIAZIS ARTROPATIC ASOCIAT CU HEPATITĂ
CRONICĂ VIRALĂ B ACTIVĂ
ȘI HEMANGIOM HEPATIC
PREZENTARE DE CAZ**

Opriș Olivia Onorica*, Dobroși Bernadett**

* Medic rezident dermato-venerologie an I

** Medic rezident dermato-venerologie an II

Introducere. Psoriazisul este o afecțiune cronică, sistemică, multifactorială, inflamatorie, mediată imun. Studiile arată niveluri crescute TNF- α în circulație și la nivel dermic. Terapia cu inhibitori de TNF- α este benefică pacienților cu psoriazis, mai ales în formele asociate cu artropatie psoriazică.

Material și metodă. Prezentăm cazul unui pacient de 55 de ani, sex masculin, cunoscut secției cu psoriazis vulgar de 34 de ani, cu manifestări de psoriazis artropatic de aproximativ 2 ani - confirmat radiologic, care necesită inițierea unei terapii sistemice. Explorările paraclinice realizate sugerează o hepatită virală B formă activă asociată cu un hemangiom hepatic- contraindicații ale terapiei. Astfel, opțiunile de tratament sunt utilizarea medicamentelor topice: emoliente cu adaos de acid salicilic, uree, fototerapie cu UVB, terapia cu Tinefcon, derivat natural (*Sphaeranthus Indicus*) un inhibitor de TNF- α , asociat cu protector gastric și tratament adjuvant hepatoprotector.

Rezultate. În urma tratamentului instituit, leziunile tegumentare se ameliorează progresiv, cu dispariția scuamelor, ameliorarea eritemului, a pruritului și a durerilor articulare.

Concluzii. Asocierea psoriazisului artropatic cu hepatita cronică virală B activă și hemangiom hepatic, contraindică utilizarea terapiei sistemice. Tratamentul topic, fototerapia UVB și utilizarea de Tinefcon – terapie naturală cu inhibitor TNF- α au condus la ameliorarea simptomatologiei articulare și remiterea leziunilor cutanate.

P 24

LIMFOMUL CUTANAT PRIMITIV

Andrei Alina, Ignat Sonia, Silaghi Katalin, Morariu S.H.
Spitalul Clinic Județean Mureș, Clinica Dermatovenerologie, Tg. Mureș

Introducere: Limfoamele reprezintă proliferări maligne ale celulelor imunocompetente. Deoarece acestea se găsesc și în afara organelor limfatice și anume la nivelul pielii, asemenea proliferări pot realiza leziuni

cutanate. Incidența limfoamelor cutanate crește considerabil cu vârsta.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 63 de ani, din mediul rural, care se prezintă în serviciul de specialitate pentru apariția unor formațiuni tumorale eritemato-violacee, cu noduli pe suprafața, de consistență elastică, nedureroasă la nivelul pielii capului, hemifetei drepte, retroauricular și latero-cervical și la nivelul coapsei drepte o; pretibial stg în 1/2 superioară prezintă noduli izolați, leziuni de grataj, acuză prurit. Boala actuală a debutat în martie 2014. Diagnosticul a fost confirmat histopatologic. Pe perioada internării a urmat tratament sistemic cu Hidrocortizon 1 fiolă/zi, Zenaro 1tb/zi, Dormicum 1tb seara și tratament local cu unguv. Dermovate și UVB 30"/zi. Sub tratament evoluția este favorabilă, leziunile cutanate în remisie.

Discuții: Limfoamele cutanate sunt afecțiuni cu o incidență în creștere, recunoașterea și diagnosticarea lor cât mai precoce contribuind, alături de posibilitățile terapeutice actuale, la îmbunătățirea calității și creșterea speranței de viață la acești bolnavi.

Concluzii: Este necesară urmărirea dermatozelor cronice la pacienții vârstnici și prelevarea de biopsii repetate la cei cu leziuni suspecte. Limfoamele cutanate sunt extrem de variabile iar diagnosticul definitiv este deseori întârziat.

P 25

DERMATITĂ DE CONTACT LA NIVEL UNGHIAL

Anca Răducan*, Adina Alexandru*,**

* Clinica a 2-a de Dermatologie, Spitalul Clinic Colentina, București, România

** Departamentul de Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, România

Femeie în vârstă de 28 ani se prezintă pentru descuamare semnificativă, care a debutat la nivel subunghial, atât la degetele de la mâini cât și de la picioare, cu evoluție de aproximativ 6 zile, fiind precedată cu o săptămână de durere marcată la nivelul patului unghial. Acesta este al 3-lea episod în decurs de 18 luni; inițial apare durere la nivelul patului unghial, cu impotență funcțională, care persistă 1 săptămână și dispăre în momentul în care se instalează descuamarea. Leziunile se remit spontan în decurs de 2 săptămâni. Pacienta neagă utilizarea de lac pentru unghii pe bază de amorolfină, lac pentru întărirea unghiilor, acrilic pentru stilizarea/construcția unghiilor artificiale sau acetona, însă menționează folosirea în mod constant a ojei și contactul direct cu detergenți/ produse de curățare.

Examenul dermatologic evidențiază la nivelul degetelor de la mâini și picioare descuamare marcată, cu punct de plecare subunghial, detașarea lamei unghiale distal, cu ștergerea limitei de demarcație. Pacienta acuză sensibilitate marcată la nivel unghial, inclusiv la contactul cu apa caldă.

Diagnosticul clinic este de dermatită alergică de contact unghială, iar principalele diagnostice diferențiale includ onicomicoza și psoriazisul unghial. Examenul micologic este negativ.

Tratamentul este simptomatic, cu emoliente și dermatocorticoizi topici (2 aplicații/ zi, 1 săptămână), cu remiterea completă a simptomelor în 7 zile. Pacienta i-a fost recomandată ca măsură de prevenție evitarea contactului direct cu detergenți, evitarea ojei, utilizarea mănușilor hipoalergenice, și tăierea unghiilor pentru a evita detașarea traumatică accidentală a lamei unghiale.

Numărul mic de articole pe această temă indică necesitatea studierii detaliate a compușilor cu potențial alergicizant din cosmeticele destinate unghiilor.

P 26

METASTAZE CUTANATE ÎN CANCERUL PAROTIDIAN

Maria Andrei*, Adina Alexandru*,**

* Clinica II Dermatologie, Spitalul Clinic Colentina, București, România

** Departamentul de Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, România

Femeie în vârstă de 70 de ani, se prezintă pentru erupție cutanată alcătuită din plăci și placarde eritemato-violacee, infiltrate, diametru aproximativ 5/8 cm, cu margini relativ bine delimitate, ce prezintă în suprafață vezicule și pustule grupate, localizată la nivel latero-cervical stâng, apărută în urmă cu 3 luni. Pacienta acuză ușoară sensibilitate locală și o degradare progresivă a stării generale.

Din istoric se reține diagnosticul de cancer parotidian pentru care a suferit o intervenție chirurgicală în urmă cu un an, urmată de ședințe de chimioterapie și radioterapie. Tratamentele indicate anterior pentru leziunile cutanate (aplicații locale de dermatocorticoizi și Aciclovir) nu au controlat evoluția leziunilor, acestea crescând progresiv în dimensiuni, cu pustulizare ulterioară.

În vederea stabilirii diagnosticului de certitudine s-a efectuat biopsie cutanată de la nivelul leziunilor, cu stabilirea diagnosticului de certitudine de metastaze cutanate (secundar cancer parotidian).

În cazul prezentat s-a instituit terapie locală antibiotică (leziuni pustulizate) și s-a recomandat reevaluare oncologică pentru stabilirea unei atitudini terapeutice

adecvate a cancerului primar, precum și Consult Neurochirurgie pentru investigarea simptomatologiei asociate- în urma investigațiilor au fost diagnosticate și ulterior s-a intervenit chirurgical asupra unor metastaze cerebrale, cu ameliorarea stării generale.

P 27

**ULCERE GAMBIERE TRENANTE –
REFRACTARE LA TRATAMENT –
ETIOLOGII RARE**

Demirgean Filis, Anca Teodor
Spital Colentina, Secția Dermatologie 2

Calcifilaxia este o vasculopatie rară, caracterizată prin calcificarea peretelui arteriolelor dermice și paniculare, rezultând tromboza cu infarct și necroza țesutului cutanat supraiacent. Poate fi întâlnită în cadrul insuficienței renale cronice datorită unui dezechilibru în metabolismul fosfo-calcic, determinând hiperparatiroidism secundar.

Osteomielița este un proces infecțios care cuprinde toate componentele osoase, inclusiv măduva osoasă. Când este cronică poate determina scleroză și deformare osoasă. Pot fi implicate bacterii situate intracelular cu o rezistență crescută la antibiotic. În cazurile extinse, amputarea piciorului poate fi luată în considerare.

Vă prezentăm 2 cazuri cu ulcere gambiere de etiologie rară:

Caz 1: F, 76 ani, ulcerații necrotice pe glezna dreaptă, extindere progresivă de 1 an. Pacienta cu IREC dependentă de dializa renală de 2 ani (rinichi polichistic), PTH crescut, modificări RX sugestive de calcifilaxie.

Caz 2: M, 74 ani, ulceratie cr cu zonă de necroză osoasă pe fața ant. a piciorului dr., fără epitelizare în ultimii 20 de ani. Pacient cu osteomieliță tibială dr de la 7 ani, intervenții chirurgicale repetate, modificări RX care susțin diagnosticul. Examen bacteriologic din plaga – infecție cu Proteus. Biopsia cutanată – transformare malignă a ulcerului (carcinom spinocelular).

Tratamentul a fost simptomatic, dar fără nici un efect asupra progresiei bolii. Aceste cazuri necesită tratamente specifice bolii de fond (reechilibrarea metabolismului fosfo-calcic, amputarea piciorului). În concluzie calcifilaxia și osteomielița sunt etiologii rare de ulcere gambiere trenante-refractare la tratament cu prognostic vital nefavorabil.

P 28

ASPECTE CLINICO-BIOLOGICE ALE ÎMBĂTRÂNIRII PIELII

Luminița Geambașu, Irina Deaconescu, Smaranda Nica,
Rozalia Olsavszky
Clinica Dermatovenerologie I, Spitalul Clinic Colentina, București

În ultimele decenii , o dată cu creșterea populației care îmbătrânește la nivel mondial , cercetarea care vizează patologii legate de înaintarea în vârstă , a început să se bucure de un interes crescut. Pielea umană , la fel ca toate celelalte organe, este supusă procesului de îmbătrânire cronologică. În plus , fiind la exteriorul organismului și având rol de interfață, este supusă

agresiunilor mediului înconjurător. Principalul factor de mediu responsabil de îmbătrânirea pielii este radiația UV solară. Procesul de îmbătrânire a pielii este unul cumulativ, având o componentă intrinsecă și una extrinsecă. S-au făcut progrese substanțiale în înțelegerea mecanismelor celulare și moleculare ce stau la baza acestui proces. Rezultatele acestor cercetări au arătat că atât îmbătrânirea cronologică cât și cea cauzată de agresiunea solară au în parte aceiași căi moleculare fundamentale. Am ales această patologie datorită frecvenței mari cu care o întâlnim în practica din spital. Prezentarea de față , își propune să facă o trecere în revistă a principalelor modificări biologice ale procesului de îmbătrânire a pielii, dar și a aspectelor clinice, cu care ne confruntăm în practica curentă.