

Mycosis fungoides foliculotrop – prezentare de caz

*Vasile BENEĂ, Simona-Roxana GEORGESCU, Mircea TAMPA, Alice RUSU,
Mihaela-Anca BENEĂ-MĂLIN, Diana LEAHU, Vitalie NEAMȚU

Clinica de Dermatovenerologie, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Victor Babeș”, București, România

*Autor corespondent: beneav@yahoo.com

Mycosis fungoides foliculotrop (Piper, 1960) este o formă rară de limfom cutanat cu limfocite T, reprezentând sub 10% din cazurile de *Mycosis fungoides*. Clinic se caracterizează prin leziuni acneiforme sau comedoniene, papule foliculare, keratoză foliculară, chisturi epidermale, noduli sau plăci eritematoase însoțite frecvent de alopecie, cu afectare preferențială a capului, gâtului și trunchiului superior. Spre deosebire de *mycosis fungoides* clasic, pruritul este frecvent sever, reprezentând un marker al bolii. Diseminarea viscerală reprezintă un factor de prognostic important, motiv pentru care trebuie investigate chiar și cazurile cu leziuni cutanate minime.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 49 de ani, care s-a prezentat pentru plăci și papule foliculare eritematoase localizate cervical și însoțite de o placă alopecică situată cervical posterior, cu evoluție de aproximativ 1 an. Leziunile au debutat laterocervical stâng sub forma unei plăci eritemato-papuloase, pruriginoase, cu extensie progresivă. A urmat un tratament topic cu corticosteroizi, fără ameliorare semnificativă.

Nu a fost pusă în evidență adenopatia palpabilă clinic, iar investigațiile de rutină de laborator au fost în limite normale. Biopsia tegumentară a evidențiat în derm infiltrate limfoide cu celule mici-medii clivate, cu epidermo- și foliculotropism. Imunohistochimic, limfocitele atipice și infiltratele limfoide exprimă CD3, CD4, CD5, CD7, CD8 și CD30. Aspectele histopatologic și imunohistochimic sunt compatibile cu diagnosticul de limfom malign non-Hodgkin cu celulă mică-medie T de tip *mycosis fungoides* foliculotrop.

Pacientul a fost îndrumat către serviciul de Hematologie pentru investigații și tratament de specialitate.

Cuvinte-cheie: *mycosis fungoides* foliculotrop.

Infecția retrovirală acută

*Vasile BENEĂ, Simona-Roxana GEORGESCU, Mircea TAMPA,
Mihaela-Anca BENEĂ-MĂLIN, Diana LEAHU, Vitalie NEAMȚU

Clinica de Dermatovenerologie, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Victor Babeș”, București, România

*Autor corespondent: beneav@yahoo.com

Se apreciază că între 40 și 90% din infecțiile retrovirale acute (primo-infecția HIV) sunt simptomatice. Identificarea pacienților în stadiile inițiale ale infecției HIV are o importanță deosebită, atât din punct de vedere medical (inițierea precoce a terapiei antiretrovirale), cât și din punct de vedere epidemiologic (întreruperea lanțului epidemiologic).

Manifestările clinice ale infecției retrovirale acute (sindromul retroviral acut) apar la 3-6 săptămâni de la infectare. Acestea includ febră (80-90%), astenie (70-90%), erupții morbiliforme (40-80%), cefalee (30-70%), limfadenopatie (40-70%), faringită (50-70%), mialgii și artralgii, meningită aseptică (24%), dureri retro-orbitare, ulceratii orale și/sau genitale (5-20%), manifestări gastro-intestinale etc. Deoarece multe dintre aceste simptome sunt nespecifice, diagnosticul poate fi omis, chiar și atunci când există un grad mare de suspiciune. Severitatea și durata infecției retrovirale acute au valoare prognostică, manifestările severe și prelungite corelându-se cu o progresie rapidă a bolii.

Diagnosticul este sugerat de apariția unor manifestări clinice compatibile la un pacient cu comportament sexual riscant sau cu o infecție transmisibilă sexual recentă și este confirmat de un test virusologic pozitiv (și anticorpi negativi) sau prin documentarea seroconversiei.

S-a demonstrat că inițierea tratamentului antiretroviral reduce morbiditatea și mortalitatea legate de boală; însă, o condiție esențială pentru realizarea acestui obiectiv o reprezintă stricta aderență la regimul terapeutic. De asemenea, prin scăderea încărcăturii virale, reduce considerabil și contagiozitatea.

Cuvinte-cheie: infecția retrovirală acută.

Sindromul Melkersson-Rosenthal – prezentare de caz

Natalia JARDAN, Sergiu VASILIȚA, Ecaterina PÂNTEA

Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Generalități. Sindromul Melkersson-Rosenthal este o afecțiune granulomatoasă sistemică, neuro-muco-cutanată, caracterizată în forma sa clasică prin triada: paralizii faciale recurente, edem persistent al buzelor și limba plicaturată. Această triadă completă este rar întâlnită în practica medicală, formele monosimptomatice sau oligosimptomatice fiind mai frecvente.

Prezentare de caz. Prezentăm cazul unei paciente de 58 de ani, nefumătoare, care se consideră bolnavă de aproximativ 20 de ani, cu perioade de recidive, la dermatolog nu s-a adresat. Pacienta acuză edem persistent al buzelor, care a apărut cu 2 luni în urmă, inițial la nivelul buzei superioare, ulterior cu extindere și la cea inferioară. La examenul obiectiv, s-a stabilit aspect de limbă plicaturată. Investigațiile de laborator sunt în limitele normei. Radiografia sinusurilor paranazale – fără patologii, sinusurile sunt libere. S-a preluat biopsie de la nivelul buzei superioare, care a relevat aspect de cheilită granulomatoasă. S-a administrat corticoterapie sistemică, urmată de corticoterapie topică, asociată cu tratament imunosupresor minor (Plaquinil), pe termen lung, evoluția fiind lentă, dar favorabilă. Cazul prezintă interes atât sub aspect clinic, cât și din punct de vedere al managementului terapeutic.

Cuvinte-cheie: sindromul Melkersson-Rosenthal, prezentare de caz.