

Case presentation

We present the case of a 13-year-old female patient. The baby is born from the 3rd pregnancy, 2nd birth within the normal range of anthropometric criteria. From the first days of life the child developed a vesiculobullous rash and was hospitalized with the diagnosis: "Bullous dermatitis. Toxic erythroderma. Neonatal jaundice", despite the treatment received, the lesions have not regressed. Until the age of 13, the patient was monitored by the dermatologist and allergist for: "Toxic-allergic dermatitis", "Bullous dermatitis. Toxic erythroderma", "Treatment-refractory allergic dermatitis", "Epidermolysis bullosa", "Linear verrucous epidermal nevus". The presumptive diagnosis of Incontinentia Pigmenti was not mentioned. At the time of physical examination, the patient was presented with warty papules and plaques, well defined, purple in color, in a linear distribution at the level of calves. At the level of arms and limbs, pale, atrophic, hairless linear patches were observed; in some places, single violet-gray hyperpigmented linear patches were seen with a distribution along the Blaschko lines. On the scalp, in the vertex region there were alopecia foci, the skin at this level was pale, and atrophic. Longitudinal striations were observed on the nails of the hands and feet.

Discussion

The diagnosis of Incontinentia Pigmenti was established on the basis of medical history and specific clinical picture using the diagnostic criteria (Major Criteria: Typical neonatal rash in the form of erythema and vesicular-bullae, presence of verrucous papules along the Blaschko lines; Hyperpigmented lesions along the Blaschko lines; Linear, atrophic, hairless lesions on the upper and lower limbs as well as scarring alopecia at the vertex. Minor criteria: nail dystrophy.)

Conclusion

This case is included in the category of the rarest congenital skin diseases, being of both clinical and scientific interest. Although the diagnosis of Incontinentia Pigmenti is based on major and minor clinical criteria, until the age of 13 years this pathology was not suspected. It is necessary to implement a diagnosis and management strategy, as soon as the first symptoms are observed in female neonates and long-term follow-up of children is essential.

References

1. Berlin AL, Paller AS, Chan LS. Incontinentia pigmenti: a review and update on the molecular basis of pathophysiology. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:169-87.
2. Fusco F, Fimiani G, Tadini G, Michele D, Ursini MV. Clinical diagnosis of incontinentia pigmenti in a cohort of male patients. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:264-7.



STEATOCYSTOMA MULTIPLEX ÎN ASOCIERE CU ARTRITA REUMATOIDĂ – CAZ CLINIC

Bețiu M., Tamazlicari R., Gogu V., Sturza V., Cornilov I., Proca O.

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, mun. Chișinău, Republica Moldova

²Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău municipality, Republic of Moldova

Introducere

Steatocystoma multiplex (SM) este o afecțiune cutanată benignă, caracterizată prin formarea de chisturi la nivelul glandelor sebacee. Aceasta este o boală autozomal dominantă asociată cu mutația genei keratinei 17, dar sunt raportate și cazuri sporadice, ceea ce confirmă etiologia multifactorială a bolii. Cel mai des, SM afectează adulții și adolescenții, fiind rar întâlnită la copii și vârstnicii. În comparație cu femeile, bărbații suferă mai des de SM.

Formațiunile chistice apar preponderant în zonele unde glandele pilosebacee sunt bine dezvoltate. Cele mai frecvente localizări sunt la nivelul gâtului, pieptului, axilelor și toracelui, și mai rar la nivelul feței. Literatura de specialitate raportează asocierea SM cu keratoacantom, hidradenita supurativă, ihtioză și artrită reumatoidă.

Diagnosticul este în mare parte clinic, iar examenul histopatologic, fiind unul patognomonic, este util în confirmarea diagnosticului atunci când examenul clinic este incert. Sunt raportate mai multe opțiuni de

tratament, inclusiv excizia chirurgicală, laserul și retinoizii aromatici. Cu toate acestea, managementul pe termen lung rămâne o provocare terapeutică.

Studiu de caz prezintă manifestările clinice și managementul unui caz clinic concret.

Pacientul B.I., în vârstă de 48 de ani, a fost asistat în secția de dermatologie pentru leziuni cutanate diseminate la nivelul feței, pieptului și spatelui, însoțite de durere moderată, cu un debut de 5 ani. Din anamneză, se menționează că alți membri ai familiei nu prezentau leziuni similare.

Pacientul a fost diagnosticat cu artrită reumatoidă cu evoluție rapid progresivă și activitate înaltă, complicată cu miopatie, polioosteoartrită și osteoporoză. Pentru gestionarea acestor afecțiuni concomitente, pacientul administrează Metilprednisolon, Hidroxiclorochină, Leflunomidă sistemic și Taurină intraocular. La examinarea clinică, s-au observat leziuni nodulare de diferite dimensiuni, cu suprafață netedă și culoare roz-gălbuie, precum și leziuni chistice pe alocuri. Analizele de laborator au evidențiat valori crescute ale factorului reumatoid și leucocitoză. Examenul histopatologic a confirmat prezența chisturilor la nivelul dermului, cu proliferarea fibroasă adiacentă difuză.

Având în vedere comorbiditățile și contraindicațiile pentru retinoizii, s-a optat pentru excizia chirurgicală a leziunilor cutanate. Intervenția a condus la o evoluție favorabilă, iar pacientul a fost redirecționat pentru tratament ambulatoriu, inclusiv proceduri alternative de laser.

Discuții

SM este o afecțiune dermatologică benignă care poate avea un impact estetic și psihologic semnificativ, în special în cazurile cu localizare facială. Tehnicile convenționale de excizie și utilizarea de retinoizi aromatici sunt eficiente în gestionarea leziunilor multiple. Metodele alternative de tratament, cum ar fi laserul, ajută la minimizarea riscului de recurențe și cicatrici, îmbunătățind astfel atât eficacitatea tratamentului, cât și aspectul estetic al pacientului.

Concluzii

Particularitatea acestui caz constă în prezența unui caz sporadic de steatocystoma multiplex, inclusiv cu localizare facială, la un pacient cu comorbiditate reumatologică severă. Managementul leziunilor multiple a fost obținut prin asocierea metodei chirurgicale cu tratamentul laser.

Bibliografie

1. Vivas, A., Keri, J. (2014). Steatocystoma Multiplex. In: Zeichner, J. (eds) Acneiform Eruptions in Dermatology. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8344-1_47.
2. Sohn D, Chin TC, Fellner MJ. Multiple keratoacanthomas associated with steatocystoma multiplex and rheumatoid arthritis. A case report. Arch Dermatol. 1980 Aug;116(8):913-5. PMID: 7406520.
3. Manahel Mahmood Al Sabbagh, Steatocystoma multiplex: A review, Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery, Volume 20, Issue 2, 2016, pages 91- 99, ISSN 2352-2410, <https://doi.org/10.1016/j.jdds.2016.02.001>



STEATOCYSTOMA MULTIPLEX ASSOCIATED WITH RHEUMATOID ARTHRITIS – A CASE REPORT

Bețiu M.¹, Tamazlicari R.¹, Gogu V.¹, Sturza V.¹, Cornilov I.², Proca O.²

¹"Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau municipality, Republic of Moldova

²Hospital of Dermatology and Communicable Diseases

Introduction

Steatocystoma multiplex (MS) is a benign skin condition characterized by the formation of cysts in the sebaceous glands. It is an autosomal dominant condition associated with keratin 17 gene mutation, but sporadic cases are also reported, which confirms the multifactorial etiology of the disease. Adults and adolescents are more often affected, rarely children and the elderly. Compared to women, men suffer from MS more often. Cystic formations tend to appear in areas where the pilosebaceous glands are well-developed. The most common locations are on the neck, chest, axilla and chest, less often on the face. The specialized literature reports the association of MS with keratoacanthoma, hidradenitis suppurativa, ichthyosis, but also rheumatoid arthritis. The diagnosis is mostly clinical, and the histopathological examination, being a pathognomonic one, is useful in confirming the diagnosis when the clinical examination is uncertain. Seve-

ral treatment options are reported including surgical excision, laser, and aromatic retinoids, but long-term management remains a therapeutic challenge.

Case study presents the clinical manifestations and management of a specific clinical case. We present the case of patient B.I, 48 years old, assisted in the dermatology department for disseminated skin lesions on the face, chest and back accompanied by moderate pain with a 5-year onset. From the anamnesis, other family members didn't have similar lesions. From the comorbidities, rheumatoid arthritis with rapidly progressive evolution, high activity, complicated with myopathy, polyosteoarthritis and osteoporosis was determined. For the disease, the patient administered Methylprednisolone, Hydroxychloroquine, systemic Leflunomide and intraocular Taurine. Clinically were revealed nodular lesions of different sizes with a smooth pinkish-yellow surface, in some places cystic lesions. Paraclinically, were attested elevated values of the rheumatoid factor and leukocytosis. Histopathological examination confirmed cysts located in the dermis with diffuse peripheral fibrous proliferation. Taking into account the concomitant disease for which retinoids are contraindicated, the therapeutic option was surgical excision, which led to a favorable evolution of the skin process, the patient being redirected for alternative laser procedures.

Discussions

MS is a dermatological condition with aesthetic and psychological impact, especially the forms with facial localization. Conventional excision techniques, as well as retinoids, are effective in the presence of multiple lesions. The combination of alternative treatment methods such as laser minimizes the risk of recurrences and scars, thus increasing the effectiveness of the treatment and the aesthetic appearance of the patient.

Conclusion

The particularity of the case is the presence of a sporadic steatocystoma multiplex with facial involvement in a patient with severe rheumatological comorbidity. The management of multiple lesions was achieved by associating surgical and laser methods.

References

1. Vivas, A., Keri, J. (2014). Steatocystoma Multiplex. In: Zeichner, (eds) Acneiform Eruptions in Dermatology. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8344-1_47.
2. Sohn D, Chin TC, Fellner MJ. Multiple keratoacanthomas associated with steatocystoma multiplex and rheumatoid arthritis. A case report. Arch Dermatol. 1980 Aug;116(8):913-5. PMID: 7406520.
3. Manahel Mahmood Al Sabbagh, Steatocystoma multiplex: A review, Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery, Volume 20, Issue 2, 2016, pages 91-99, ISSN 2352-2410, <https://doi.org/10.1016/j.jdds.2016.02.001>.



POIKILODERMIA VASCULARĂ ATROFICĂ PEDGES-CLEPAT CU PREZENTARE BENIGNĂ PROLONGATĂ ȘI LIPOMATOZĂ: PREZENTARE DE CAZ

Bețiu M., Covaliov I.-M., Tâbărnă V., Nedelciuc B., Sturza V.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, mun. Chișinău, Republica Moldova

Introducere

Poikiloderma vasculare atrophicans (PVA) este o maladie rar întâlnită, care debutează de obicei la vârsta de 40-60 de ani [1], afectând predominant sexul masculin. Aceasta evoluează frecvent în asociere cu diverse genodermatoze și maladii autoimune și este considerată a fi un stadiu incipient al *Mycosis fungoides* (MF) sau al *MF poikilodermic* [2]. PVA, cunoscută anterior sub denumirea de *Parapsoriasis variegata*, se manifestă clinic prin leziuni hiper- și hipopigmentare dispuse într-un pattern reticular, telangiectazii și atrofie, însoțite de prurit moderat sau, în unele cazuri, nepruriginoase. Culoarea erupției poate varia de la roz-pal până la maro-închis. Examenul histopatologic relevă modificări poikilodermice, cu absența microabceselor Pautrier și a celulelor limfoide atipice. Tratamentul de primă linie include fototerapia UVB în bandă îngustă și corticosteroizii topici. În cazurile rezistente, se recomandă retinoizii de uz sistemic, interferon alfa.

Lipomatoza este o tulburare caracterizată prin prezența unor tumori benigne, nedureroase, încapsulate și mobile, localizate pe trunchi și membre, cu dimensiunea variind între 1-10 cm. Examenul histologic al lipoamelor arată adipocite mature, cu aspect normal. Tratamentul constă în excizia chirurgicală.

Scopul lucrării constă în prezentarea particularităților clinico-evolutive ale PVA.