

SCLE may start with several typical clinical forms: erythema multiforme, exfoliative erythroderma, pityriasis-form and exanthematous. Diagnosis includes clinical manifestations and the presence of anti-Ro/SS-A and less frequently anti-La/SS-B antibodies. Treatment of subacute cutaneous lupus erythematosus is based on antimalarials, glucocorticosteroids used per os and topically.

Aim: To highlight the clinical and evolutive particularities in SCLE, erythema multiforme type.

Materials and methods

Patient, aged 33 years, assisted in the Dermatology Department for persistence of skin lesions for about 3 years, which started on photoexposed areas, subfebrile. The previously established diagnosis was erythema multiforme minor type, due to multiple erythemato-papular lesions attested on the forearms and arms, rapidly extensive, well defined, oval, purpuric, centrally depressed, with reddish periphery, slightly pruritic. The treatment administered proved ineffective. Evolutive the patient's condition worsened by the appearance of new, paresthenic and intensely pruritic eruptions. Clinical examination revealed acute, inflammatory, disseminated, polymorphous skin lesions. The anterior and posterior photoexposed trunk, arms and forearms showed well-defined plaques with preserved skin grid, erythematous margins and reddish-brown peripheral halo, and perilesional the presence of solitary inflammatory papules. The eruptions are accompanied by modest pruritus and itching. Paraclinically: glucose 6.6 mmol/l; CRP ++++; blood summary lymphocytosis and moderate granulocytopenia; SS-A intensely positive; Ro-52 equivocal; SS-B intensely positive; Treatment with systemic and topical glucocorticosteroids as well as antimalarials led to an obvious remission of the skin lesions.

Discussion

Correct diagnosis of subacute cutaneous lupus erythematosus is associated with the need to know the possible onset variants. The positive diagnosis is based on clinical manifestations characteristic of the disease, and is a conclusive one in the case of erythema multiforme type in photoexposed areas, in association with specific paraclinical changes anti-Ro/SS-A (70-90%) and anti-La/SS-B (30-50%) [2].

Conclusions

The particularities of the presented case consist in the appearance of erythema multiforme -like skin manifestations at the onset, which initially mimicked the respective disease. The presence of specific clinical signs, associated with intensely positive anti-Ro/SS-A and anti-La/SS-B paraclinical data, deduced the diagnosis of subacute cutaneous lupus erythematosus. The prognosis is more reserved if SCLE evolves with systemic manifestations.

References

1. Pai VV, Naveen K, Athanikar S, Dinesh U, Reshme P, Divyashree R. Subacute cutaneous lupus erythematosus presenting as erythroderma. Indian J Dermatol. 2014 Nov;59(6):634. doi: 10.4103/0019-5154.143589. PMID: 25484433; PMCID: PMC4248541.
2. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS. eds. Fitzpatrick's Dermatology, 9e. McGraw-Hill Education, 2019. Pag. 1048.



PYODERMA GANGRENOSUM – O ADEVĂRATĂ PROVOCARE ÎN MANAGEMENTUL PACIENTULUI: CAZ CLINIC

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

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

Introducere

Pyoderma gangrenosum (PG) este o boală rară care face parte din grupul dermatozelor neutrofile, caracterizată printr-o evoluție cronică. Se estimează că PG afectează până la 10 persoane dintr-un milion de locuitori [1]. Clinic, boala se manifestă prin leziuni pustuloase și nodulare dureroase, care evoluează spre formarea de ulcere cu margini violacee și intens eritematoase. PG poate fi asociată cu boli inflamatorii in-

testinale, artrite și chiar tumori maligne, uneori precedând sau evoluând concomitent cu aceste afecțiuni. Există mai multe forme clinice ale PG, inclusiv cea ulcerativă, buloasă, pustuloasă, vegetativă și peristomală. Diagnosticul se stabilește pe baza datelor clinice și a examenului histopatologic, cu principalul scop de a exclude alte cauze ale ulcerărilor. Tratamentul sistemic al PG vizează utilizarea agenților imunosupresori (corticosteroizii, ciclosporina), a preparatelor biologice și sulfonelor. Tratamentul topic are ca obiectiv oprirea extinderii procesului inflamator, favorizarea cicatrizării ulcerelor și prevenirea suprainfecției.

Scopul acestei lucrări este de a sublinia importanța stabilirii unui diagnostic precoce al PG pentru a evita erorile în managementul acestei afecțiuni complexe.

Prezentare de caz

Pacienta în vârstă de 58 de ani s-a prezentat pentru un consult în cadrul secției de dermatologie pentru leziuni cutanate localizate la nivelul antebrăului drept, membrului inferior stâng și pentru leziune patergică în regiunea fesieră. Afecțiunea a debutat acum 3 ani cu apariția leziunilor nodulare care ulterior s-au ulcerat în regiunea gambelor și submamară. Tratamentul antibacterian și drenajele chirurgicale au fost ineficiente. Nu au fost evidențiate antecedente patologice relevante în istoricul medical al pacientei. Examenul clinic a relevat leziuni eritemato-edematoase cu diametrul între 4-11 cm, cu exsudat purulent și suprafața ulceroasă cu periferia necrotică, precum și cicatrici atrofice cribriforme cu contur neregulat. Leziunile au fost asociate cu durere moderată până la severă persistentă. Analizele paraclinice au indicat accelerarea VSH și un sindrom biologic inflamator cu un nivel PCR de 4+. Investigațiile bacteriologice și micologice efectuate din conținutul plăgii au fost negative pentru creșterea bacteriană sau fungică. Examenul histopatologic a relevat o infiltrație neutrofilică masivă la nivelul dermului și un infiltrat inflamator limfocitar modest. Tratamentul inițial a inclus corticoterapie sistemică în doze medii, cu reducerea graduală a dozei și administrarea de sulfone. Tratamentul topic a constat în dermatocorticoizi și pansamente hidrocoloizale.

Discuții

În urma examinărilor paraclinice, nu au fost identificate patologii sistemice asociate sau factori precipitanți, ceea ce a fost evidențiat în doar 30% din cazurile de PG. Leziunile de PG au tendința să apară în zonele de traumatisme minore, fenomen cunoscut sub numele de patergie. Diagnosticul diferențial reprezintă o componentă crucială pentru succesul terapeutic. Inițial, PG ia aspectul de noduli dureroși, pustule, fiind adesea confundată cu furunculoza sau abcesele, iar în stadiile avansate – cu ulcerale idiopatice, ceea ce poate duce la alegerea unei tactici terapeutice incorecte. Diagnosticul de PG a fost confirmat pe baza îndeplinirii a două criterii majore și trei criterii minore stabilite pentru această afecțiune [2]. Tratamentul indicat a condus la reducerea dimensiunii ulcerelor, formarea de cicatrici atrofice cribriforme și absența leziunilor noi după un an de monitorizare.

Concluzii

PG a imitat diverse dermatoze pe parcursul evoluției sale cronice. Diagnosticul a fost dificil, fiind bazat pe excluderea altor posibile cauze. Stabilirea corectă a diagnosticului a fost decisivă pentru alegerea unei tactici terapeutice adecvate și pentru controlul evoluției patologice cutanate.

Bibliografie

1. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, eds. Fitzpatrick's Dermatology, 9e. McGraw-Hill Education; 2019.
2. Diagnostic Criteria of Ulcerative Pyoderma Gangrenosum, 2018 Disponibil: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/2672268>



PYODERMA GANGRENOSUM – A REAL MANAGEMENT CHALLENGE: CLINICAL CASE

Tabarna V., Covaliov I.-M., Nedelciuc B., Sturza V., Betiu M.

State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chisinau municipality, Republic of Moldova

Introduction

Pyoderma gangrenosum (PG) is a rare neutrophilic skin disorder, with a chronic evolution with chronic evolution. PG is estimated to affect up to 10 people per 1 million population. ^[1] Clinically, it manifests with pustular, painful nodular lesions, that progressively enlarge and break down to form an ulcer with violet and intensely erythematous edges. PG can be associated with inflammatory bowel disease, arthritis, and malignant tumors, sometimes precedes these disorders or may evolve without an underlying disease. The

following clinical forms of PG are distinguished: ulcerative, bullous, pustular, vegetative, and peristomal. The diagnosis is established based on clinical data and histopathological examination, the main value of which is the exclusion of other causes of ulceration. Systemic treatment targets immunosuppressive agents (corticosteroids, ciclosporin); biological agents, and sulfones. Topical treatment is aimed to stop the expansion of the inflammatory process, favoring the healing of ulcers, and preventing superinfection.

The **objective** of the study is to emphasize the importance of establishing the diagnosis of PG as early as possible to avoid management errors.

Case presentation

A 58-year-old female patient presented for a consultation in the Dermatology department for the appearance of skin lesions, located on the right forearm, left lower limb, and pathergic lesion in the gluteal region. The patient reported that the condition started 3 years ago, with the appearance of nodular lesions, later - ulcerative on the lower legs and submammary. Antibacterial treatment and performing surgical drainage, have been ineffective. Pathological antecedents were not documented. The clinical examination revealed: erythematous edematous lesions with dimensions between 4-11 cm in diameter, purulent exudate, with an ulcerated surface with a necrotic periphery, as well as cribriform atrophic scars with an irregular outline. Lesions, accompanied by moderate-severe, permanent pain. Paraclinical: accelerated ESR and biological inflammatory syndrome - PCR 4+. Bacteriological and mycological investigations were carried out from the contents of the wound – without bacterial or fungal growth. Histopathological examination: massive neutrophilic infiltration in the dermis and modest lymphocytic inflammatory infiltrate. Medium-dose systemic corticosteroids with slow tapering and sulfones were used. Topical treatment included: corticosteroids and hydrocolloid dressings.

Discussions

Following paraclinical examinations, associated systemic diseases and precipitating factors were not identified, which was revealed in only 30% of PG cases. PG lesions tend to occur in areas of minor trauma, given the phenomenon of pathergy. Differential diagnosis is the key to success. Initially, PG takes the appearance of painful nodules, and pustules, this being confused with furunculosis, abscesses, and in the late stages – idiopathic ulcers with the following incorrect therapeutic strategy. The diagnosis of PG was established based on 2 major criteria and 3 minor criteria from those established.^[2] The indicated, progressive treatment led to the reduction of the ulcers in size, with the formation of cribriform atrophic scars and the absence of new lesions after 1 year of follow-up.

Conclusions

PG has mimicked various dermatoses over a long period. The diagnosis was difficult, being one of exclusion. Its correct establishment was decisive in choosing the therapeutic strategy and tempering the skin's pathological process.

Bibliography

1. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS. eds. Fitzpatrick's Dermatology, 9e. McGraw-Hill Education; 2019.
2. Diagnostic Criteria of Ulcerative Pyoderma Gangrenosum, 2018 Available via: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/2672268>



SCLEROMIXEDEM CU ABSENȚA GAMAPATIEI MONOCLONALE, FORMĂ ATIPICĂ – CAZ EXTREM DE RAR

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

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

Introducere

Mucinoza papuloasă este o afecțiune rară, cu o incidență 1:50.000-1:150.000 de cazuri în rândul populației [1]. Aceasta are o evoluție cronică și se caracterizează clinic prin dezvoltarea leziunilor papuloase, datorate depunerii de mucină și intensificarea densității colagenului dermic. Formele localizate și disemi-