



RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

PRACTICĂ MEDICALĂ

Cazuistică

Alopecie cicatriceală: carcinom bazo-celular sau lupus discoid?

Dr. Ariana Aldea^{1,3}, Conf. univ. dr. Aida Puia^{1,2,3}, Asist. univ. dr. Rodica Sorina Pop^{1,2,3}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca, România, ²Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, ³Medicină de familie

Primit: 18.02.2025 • Acceptat pentru publicare: 1.03.2025

Rezumat

Acest studiu de caz descrie evoluția unei paciente în vârstă de 60 de ani, care s-a prezentat la medicul de familie cu o placă de alopecie cicatricială localizată parietal, apărută aproximativ în urmă cu un an, subsecvent unui traumatism al scalpului. Din antecedentele personale reținem hipertensiunea arterială esențială și obezitatea de gradul I. La examinarea locală se evidențiază o zonă de alopecie cicatricială, cu o arie centrală albicioasă, atrofică, traversată de vase arborizate. Pe baza acestor elemente clinice se conturează suspiciunea unui carcinom bazocelular. Contextul prezentării clinice atipice determină medicul de familie să decidă necesitatea continuării investigațiilor, în final biopsia cutanată relevând degenerescență vacuolară a celulelor bazale (dermatită de interfață), însoțită de infiltrat limfocitar, și implicit diagnosticul de lupus eritematos discoid.

Cuvinte cheie: *alopecie cicatricială, lupus eritematos discoid, medicină de familie*

MEDICAL PRACTICE

Case presentation

Scarring alopecia: basal cell carcinoma or discoid lupus?

Abstract

This case study describes the evolution of a 60-year-old female patient who presented to her family doctor with a patch of scarring alopecia on the parietal region, which developed approximately one year ago following a scalp injury. Her personal history included essential hypertension and grade I obesity. Local examination revealed an area of scarring alopecia with a

whitish, atrophic central area crossed by arborized vessels. Based on these clinical findings, basal cell carcinoma was suspected. The atypical clinical presentation led the family doctor to continue investigations, and ultimately a skin biopsy revealed vascular degeneration of the basal cells (interface dermatitis), accompanied by a lymphocytic infiltrate and, implicitly, a diagnosis of discoid lupus erythematosus.

Keywords: *cicatricial alopecia, discoid lupus erythematosus, family medicine*

Introducere

Lupusul eritematos discoid reprezintă cea mai frecventă formă de lupus eritematos cutanat cronic și afectează predominant femeile între 30 și 50 de ani (1). Leziunile sunt, de obicei, plăci eritematoase bine delimitate, scuamoase, cu hiperkeratoză foliculară caracteristică, care evoluează lent spre atrofie centrală, hipopigmentare, telangiectazii și cicatrici definitive, inclusiv alopecie cicatricială când sunt localizate pe scalp (2, 3).

Lupusul discoid apare cel mai adesea pe față, scalp și urechi (formă localizată - 80%), dar poate fi și diseminat (20%), situație în care riscul de evoluție spre lupus eritematos sistemic crește până la 28% (4). Leziunile pot avea o distribuție fotoindusă, deși pot apărea și pe zone protejate de soare, iar implicarea mucoaselor este rară.

Diagnosticul se bazează pe anamneză, examen clinic și biopsie cutanată, care evidențiază dermatită de interfață; autoanticorpii sunt adesea negativi. Deși unii pacienți acuză artralgii, doar 10 - 20% dezvoltă ulterior criterii de afectare sistemică (4).

Evoluția este în general favorabilă, însă leziunile cronice pot dezvolta rar carcinom spinocelular (2-3%), cu prognostic rezervat (2).

Studiu de caz

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 60 de ani care se prezintă în cabinetul medicului de familie cu o placă de alopecie cicatricială la nivel parietal, apărută în urmă cu aproximativ un an, după un traumatism la nivelul scalpului (Foto 1).

Afirmativ, pacienta menționează că a aplicat doar alcool sanitar la nivelul leziunii, fără epitelizare ulterioară. Pacienta este cunoscută cu hipertensiune arterială esențială sub tratament, nu este fumătoare, consumă alcool ocazional și nu lucrează în mediu toxic.

Foto 1. Placă de alopecie cicatricială la nivel parietal



Examenul obiectiv în cabinetul medicului de familie a relevat stare generală bună, afebrilă, obezitate grad I (IMC=34), stare de conștientă păstrată, facies necaracteristic, mucoase normal colorate, fanere distrofice, țesut conjunctiv-adipos în exces la nivel abdominal, sistem ganglionar nepalpabil superficial, sistem muscular hipoton, hipokinetic, sistem osteo-articular aparent intact cu mobilitate păstrată, stabilă hemodinamic și respirator (TA=139/81 mm Hg; AV= 81 bpm; SpO2=98%), murmur vezicular prezent bilateral fără raluri, zgomote cardiace ritmice, sincrone cu pulsul, fără sufluri, abdomen crescut în volum pe seama țesutului adipos, fără sensibilizabilitate la palpare, tranzit intestinal prezent, micțiuni fiziologice, orientată temporo-spațial, fără semne de focar sau iritație meningeală.

Examenul leziunii relevă o placă cu dimensiunea de 3/4 cm, eritematoasă, indurată, de formă rotundă, bine delimitată, margini neregulate, cu o zonă albicioasă astrofică situată central, cu vase arborizate și cruste pe suprafață, neacoperită de fire de păr, localizată la nivelul scalpului, în regiunea parietală; în periferie există circumferențiar o zonă hiperpigmentată cu scuamă fină pe suprafață.

Pe baza anamnezei și examenului fizic se ridică suspiciunea de carcinom bazo-celular sclerodermiform.

Diagnosticul diferențial al lupusului eritematos discoid include și tinea faciei, granulomul facial, sarcoidoza, lupusul vulgar (tuberculoza cutanată), afecțiunile limfoproliferative cutanate, benigne sau maligne, precum și leishmanioza cutanată (de exemplu, leishmanioza lupoidă sau leishmanioza recidivantă) (Tabel 1).

Se fac recomandări în ceea ce privește *măsurile non-farmacologice*, respectiv regimul alimentar, optimizarea stilului de viață și a perioadelor de odihnă și se trimite spre un medic specialist dermato-venerolog pentru investigații suplimentare.

Tabelul 1. Diagnosticul diferențial al lupusului eritematos discoid (5)

Diagnostic	Caracteristici clinice / criterii scurte
Lupus eritematos discoid (LED)	Plăci eritemato-scuamoase, atrofici cu cicatrici; predilecție față/scalp; fotosensibilitate.
Tinea faciei	Plăci eritemato-scuamoase cu margine activă; prurit.
Granulom facial	Plăci eritematoase nodulare cronice, fără atrofie centrală.
Sarcoidoza cutanată	Noduli/plăci roșii/brun-roșiatice; granulom non-caseos la biopsie.
Leishmanioza cutanată	Plăci/noduli ulcerativi, margini neregulate; istoric de expunere endemica.
Carcinom bazocelular scleroedemiform	Plăci indurate, periforme, cicatriciale cu margini neregulate.

În urma consultului medicului specialist dermatolog se decide efectuarea unui bilanț biologic și al unei biopsii lezionale.

Din punct de vedere biologic, se observă un sindrom inflamator (CRP=0,72 mg/dl; VSH= 37 mm/h), hipercolesterolemie, hipertrigliceridemie, cu Anticorpi antinucleari pozitivi în titru de 1/160, proteinuria/24 h - 149.6 mg (în limite fiziologice) și Ac anti ADNdc – negativi, complexe imune circulante (CIC) în limite normale și factor reumatoid în limite fiziologice (12.26 UI/ml).

Examenul histopatologic relevă spongioză epidermică, aplatizarea creștelor epidermice și dermatită vacuolară de interfață.

La nivelul dermului se evidențiază un infiltrat inflamator multifocal moderat, limfoplasmocitar, cu distribuție perivasculară și perianexială.

Colorația PAS evidențiază depozite de mucină dermică, fără hife fungice. În urma examenului histopatologic se pune diagnosticul de lupus eritematos discoid.

Tratamentul nonfarmacologic constă în adoptarea unui stil de viață echilibrat, cu evitarea consumului de toxice (alcool, tutun), menținerea unei hidratări adecvate și limitarea expunerii la soare. Se recomandă utilizarea unei creme de fotoprotecție cu SPF 50+, aplicată pe corp, față și zonele fotoexpuse, cu minimum 20 de minute înainte de expunerea solară, cu reaplicare la fiecare 2–3 ore. De asemenea, trebuie subliniată importanța adoptării altor măsuri de fotoprotecție, precum purtarea îmbrăcăminte cu protecție solară, a pălăriilor cu boruri largi și evitarea expunerii la soare, în special în intervalul orelor de vârf de la prânz (6-8).

În plus, s-a demonstrat că o serie de medicamente (Tabel 2) pot determina apariția lupusului eritematos cutanat subacut indus medicamentos, acesta prezentând manifestări cutanate și serologice similare formei idiopatice. Medicamentele asociate trebuie întrerupte sau evitate, pe cât posibil, la pacienții cu forme de lupus cutanat (9).

Tabel 2. Medicamente asociate cu apariția lupusului eritematos cutanat subacut indus medicamentos (9)

Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA): captopril, cilazapril
Antiaritmice: procainamidă
Medicamente antiepileptice: fenitoină, lamotrigină
Antifungice: griseofulvină, terbinafină
Antihistaminic: cinnarizină, tiethylperazină
Antineoplazice: docetaxel, paclitaxel, anastrozol, gemcitabină, doxorubicină, tamoxifen, leuporelin
Beta-blocante: acebutolol, oxprenolol
Blocante ale canalelor de calciu: diltiazem, nifedipină, nitrendipină, verapamil
Diuretice: hidroclorotiazidă, spironolactonă
Inhibitori ai punctelor de control imun (immune checkpoint inhibitors): nivolumab, pembrolizumab
Imunomodulatoare: leflunomidă, interferon alfa, interferon beta
Medicamente hipolipemiante: pravastatină, simvastatină
Antiinflamatorii nesteroidiene (AINS): naproxene, piroxicam
Inhibitori ai pompei de protoni: omeprazol, lansoprazol, pantoprazol
Sulfoniluree: glibenclamidă (glyburide)
Inhibitori TNF-alfa: etanercept, infliximab, adalimumab, golimumab
Alte medicamente: D-penicilamină, bupropion, ticlopidină, ranitidină

Tratamentul farmacologic include terapia locală, reprezentată fie de corticosteroizi topici, fie de inhibitori topici de calcineurină. În cazul pacientei noastre, s-a optat pentru administrarea de clobetasol, aplicat local de două ori pe zi. Injecțiile intralezionale cu corticosteroizi sunt, de obicei, rezervate pacienților care nu răspund la tratamentul topic. Tratamentul intralezional este indicat în special pentru cazurile cu un număr redus de leziuni cutanate, de mici dimensiuni (10).

Ca tratament sistemic, hidroxiclorochina reprezintă agentul cel mai frecvent utilizat în lupusul cutanat și este recomandată ca terapie de primă linie, celelalte antimalarice fiind rezervate cazurilor care nu răspund la hidroxiclorochină. Doza uzuală este de 200 mg/zi, cu posibilitatea creșterii la 200 mg de două ori pe zi, în condițiile unei bune toleranțe, fără a depăși doza maximă de 5 mg/kgc, în vederea reducerii riscului de retinopatie (11,12). Aspectul leziunii aflată în tratament de 6 luni cu hidroxiclorochina se vede în Foto 2.

Foto 2. Leziunea după 6 luni de tratament cu hidroxiclorochină



Prognosticul pacienților cu lupus eritematos discoid este mai favorabil comparativ cu cel al pacienților cu lupus eritematos sistemic, iar riscul de progresie către LES este sub 10%. Totodată, se estimează că carcinomul scuamos apare la aproximativ 2–3% dintre pacienții cu leziuni de lupus eritematos discoid, probabil în contextul inflamației cronice persistente, fiind asociat cu un prognostic mai rezervat (13).

Având în vedere faptul că pacientul cu lupus eritematos discoid prezintă un risc de a dezvolta lupus eritematos sistemic, este necesară evaluarea periodică în cabinetul medicului de familie. Aceasta include reevaluarea sistematică a simptomelor la fiecare vizită, cu urmărirea apariției artralgiiilor, mialgiilor, căderii părului, asteniei și fatigabilității, simptomelor depresive, xerofthalmiei și aftelor bucale, precum și efectuarea anuală a unei anamneze complete și a unui examen clinic general. De asemenea, se recomandă anual efectuarea hemoleucogramei complete cu formulă leucocitară și a examenului sumar de urină. În cazul în care oricare dintre aceste evaluări evidențiază modificări patologice, medicul de familie va îndruma pacientul către un medic specialist reumatolog pentru investigații suplimentare.

Discutii

În practica clinică, lupusul eritematos discoid poate fi confundat cu carcinomul bazocelular, deoarece ambele pot apărea ca leziuni bine delimitate, cu telangiectazii și evoluție cronică, mai ales în zone fotoexpușe (14).

Carcinomul bazo-celular se prezintă tipic ca o papulă, nodul sau placă perlată, cu margini rulate, telangiectazii și uneori ombilicare sau ulcerare centrală, leziunea fiind de regulă nedureroasă, dar susceptibilă la sângerare sau prurit; crește lent și doar rar metastazează (15). În schimb, LED prezintă un caracter inflamator mai pronunțat, cu scuame aderente, hiperkeratoză foliculară și atrofie cicatricială centrală, fără potențial invaziv sau metastatic (4). Suprapunerea clinică justifică frecvent necesitatea biopsiei, aceasta fiind esențială pentru diferențiere.

În cazul de față, deși aspectul telangiectatic, cu margini perlate și erodate ar putea sugera inițial CBC, examenul histopatologic a confirmat diagnosticul de lupus eritematos discoid. De asemenea, împotriva unui carcinom pledează și leziunea de mari dimensiuni cu o evoluție relativ scurtă, de aproximativ un an.

Concluzii

Acest caz evidențiază rolul esențial al medicului de familie în recunoașterea leziunilor cutanate cu potențial de diagnostic diferențial dificil. Prin evaluarea atentă a evoluției clinice, identificarea semnelor de alarmă și orientarea promptă către investigații suplimentare, medicul de familie contribuie decisiv la stabilirea diagnosticului corect și la inițierea precoce a măsurilor terapeutice adecvate, prevenind astfel complicațiile și evoluția nefavorabilă a bolii.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Conflict de interese: nu există

Bibliografie

- McDaniel B, Sukumaran S, Koritala T, et al. *Discoid Lupus Erythematosus*. [Updated 2023 Aug 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493145/> [Accessed 1th February 2026].
- Uva L, Miguel D, Pinheiro C, Freitas JP, Marques Gomes M, Filipe P. Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. *Autoimmune Dis*. 2012;2012:834291. Available from: doi: 10.1155/2012/834291. Epub 2012 Jul 25. PMID: 22888407; PMCID: PMC3410306.
- Udompanich S, Chanprapaph K, Suchonwanit P. Hair and Scalp Changes in Cutaneous and Systemic Lupus Erythematosus. *Am J Clin Dermatol* 2018;19(5):679–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29948959/> [Accessed 1th February 2026].
- Okon LG, Werth VP. Cutaneous lupus erythematosus: diagnosis and treatment. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(3):391–404. Available from: doi: 10.1016/j.berh.2013.07.008. PMID: 24238695; PMCID: PMC3927537.
- UpToDate. *Medline ® Abstracts for References 1-8 of "Initial management of discoid lupus erythematosus and subacute*

- cutaneous lupus erythematosus". Available from: <https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-discoïd-lupus-erythematosus-and-subacute-cutaneous-lupus-erythematosus/abstract/1-8> [Accessed 9th February 2026].
6. van Weelden H, Velthuis PJ, Baart de la Faille H. Light-induced skin lesions in lupus erythematosus: photobiological studies. *Arch Dermatol Res.* 1989;281(7):470-4. Available from: doi: 10.1007/BF00510082. PMID: 2610518.
 7. EPSTEIN JH, TUFFANELLI D, DUBOIS EL. LIGHT SENSITIVITY AND LUPUS ERYTHEMATOSUS. *Arch Dermatol.* 1965;91:483-5. Available from: doi: 10.1001/archderm.1965.01600110069013. PMID: 14275887.
 8. Kuhn A, Ruland V, Bonsmann G. Photosensitivity, phototesting, and photoprotection in cutaneous lupus erythematosus. *Lupus.* 2010;19(9):1036-46. Available from: doi: 10.1177/0961203310370344. PMID: 20693197.
 9. Sontheimer RD, Henderson CL, Grau RH. Drug-induced subacute cutaneous lupus erythematosus: a paradigm for bedside-to-bench patient-oriented translational clinical investigation. *Arch Dermatol Res.* 2009;301(1):65-70. Available from: doi: 10.1007/s00403-008-0890-x. Epub 2008 Sep 17. PMID: 18797894.
 10. O'Kane D, McCourt C, Meggitt S, D'Cruz DP, Orteu CH, Benton E et al. British Association of Dermatologists' Clinical Standards Unit. British Association of Dermatologists guidelines for the management of people with cutaneous lupus erythematosus 2021. *Br J Dermatol.* 2021;185(6):1112-1123. doi: 10.1111/bjd.20597. Epub 2021 Oct 19. PMID: 34170012.
 11. Wolverton SE. *Comprehensive dermatologic drug therapy.* 2001;954.
 12. Ritschel WA, Hammer GV, Thompson GA. Pharmacokinetics of antimalarials and proposals for dosage regimens. *Int J Clin Pharmacol Biopharm.* 1978;16(9):395-401. Available from: PMID: 359493.
 13. Zaalberg A, Moradi Tuchayi S, Ameri AH, Ngo KH, Cunningham TJ, Eliane JP et al. Chronic Inflammation Promotes Skin Carcinogenesis in Cancer-Prone Discoid Lupus Erythematosus. *J Invest Dermatol.* 2019;139(1):62-70. Available from: doi: 10.1016/j.jid.2018.06.185. Epub 2018 Jul 17. PMID: 30030152; PMCID: PMC6309656.
 14. Cameron MC, Lee E, Hibler BP, Barker CA, Mori S, Cordova M, et al. Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Feb 1;80(2):303-17.
 15. Firnhaber JM. Basal Cell and Cutaneous Squamous Cell Carcinomas: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician.* 2020;102(6):339-346. Available from: PMID: 32931212.