

PILOMATRICOMA GIAI ĐOẠN SỚM: CA BỆNH HIẾM GẶP VỚI CẤU TRÚC DẠNG KÉN

Đỗ Thùy Linh¹, Nguyễn Đức Phúc¹,
Nguyễn Mai Loan¹, Đinh Thị Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Cung cấp các hướng dẫn chi tiết hỗ trợ các bác sĩ Giải phẫu bệnh trong tiếp cận và đưa ra chẩn đoán cuối cùng trong bệnh u mầm lông (pilomatricoma), đặc biệt trong giai đoạn sớm, tổn thương dễ gây nhầm lẫn với các khối u da khác. **Đôi tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh, người bệnh nữ, 54 tuổi, xuất hiện một khối u đơn độc dưới da khoảng 1 cm vùng cổ, bệnh diễn biến 4 tuần, khối u ranh giới rõ, sờ chắc. Khối u được phân tích và ghi nhận hình ảnh trên mô bệnh học dạng kén, hình thái vi thể của tế bào lợp thành kén là các tế bào dạng đáy, với một vùng nhỏ tế bào chuyển tiếp, không có tế bào bóng ma, gây ra khó khăn khi đưa ra chẩn đoán mô bệnh học xác định. **Kết quả:** Ca bệnh được chẩn đoán xác định là bệnh pilomatricoma sau khi phân tích và hội chẩn các đặc điểm hình thái của bệnh lý này qua 4 giai đoạn phát triển của mô bệnh học. Qua ca bệnh, nhận thấy thách thức mà các bác sĩ Giải phẫu bệnh có thể gặp phải trong tiếp cận và chẩn đoán bệnh lý u da dù không hiếm gặp này, chúng tôi trình bày những đặc điểm mô bệnh học mới của pilomatricoma giai đoạn sớm. **Kết luận:** Ca bệnh này giúp nâng cao nhận thức cho các bác sĩ lâm sàng và giải phẫu bệnh trong việc tránh chủ quan với bệnh lý u da dù không hiếm gặp nhưng dễ gây nhầm lẫn này, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thăm khám kỹ lưỡng trên lâm sàng và phân tích hình thái vi thể trên mô bệnh học qua 4 giai đoạn tiến triển của pilomatricoma, từ đó có thể giúp chẩn đoán xác định các trường hợp pilomatricoma ở giai đoạn sớm. **Từ khóa:** Pilomatricoma, kén dưới da, tế bào bóng ma, tế bào chuyển tiếp, tế bào dạng đáy, mô bệnh học

SUMMARY

EARLY-STAGE PILOMATRICOMA: A RARE CASE WITH CYSTIC STRUCTURE

Objectives: To provide detailed guidance to support pathologists in approaching and making a final diagnosis of pilomatricoma, particularly in its early stage when the lesion can easily be mistaken for other skin tumors. **Subjects and Methods:** Case report. A 54-year-old female patient presented with a solitary subcutaneous nodule approximately 1 cm in diameter on the neck, with a 4-week clinical course. The nodule had well-defined borders and a firm consistency on palpation. Histopathological evaluation revealed a cystic-like structure lined by basaloid cells with a small

area of transitional cells, without shadow (ghost) cells, posing difficulty in establishing a definitive histopathological diagnosis. **Results:** The case was definitively diagnosed as pilomatricoma after analyzing and reviewing its morphological characteristics across the four histopathological stages. This case highlights the diagnostic challenges pathologists may encounter in evaluating this not-uncommon skin tumor. We also present novel early-stage histopathologic features of pilomatricoma. **Conclusion:** This case raises awareness among clinicians and pathologists to avoid underestimating this not-rare but easily misdiagnosed skin tumor. It also emphasizes the importance of thorough clinical examination and microscopic evaluation across the four developmental stages of pilomatricoma, which may aid in establishing an early diagnosis. **Keywords:** Pilomatricoma, subcutaneous cyst, ghost cells, transitional cells, basaloid cells, histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Pilomatricoma là khối u lành tính của da, thường bị chẩn đoán nhầm trước phẫu thuật do có nhiều đặc điểm lâm sàng trùng lặp với các khối u lành tính khác như u tuyến bã và u xơ. Do tỷ lệ chẩn đoán sai cao, pilomatricoma đã ngày càng thu hút sự quan tâm trong những năm gần đây[1]. Khối u được cho là phát sinh từ các tế bào ma trận (matrix cells) nguồn gốc nang lông. Bệnh được Malherbe và Chenantais mô tả lần đầu tiên vào năm 1880 với tên gọi u biểu mô vôi hóa của tuyến bã, và sau đó được Forbis và Helwig đặt tên là pilomatricoma vào năm 1961[2]. Pilomatricoma thường biểu hiện dưới dạng một nốt đơn độc, chắc, di động, có bờ hơi góc cạnh và hơi đau khi sờ, thường gặp nhất ở vùng đầu và cổ, ít gặp hơn ở chi. Các nốt này không dính vào mô sâu và thường được phủ bởi da có màu sắc bình thường, màu ngọc trai hoặc hồng nhạt. Nhìn chung, khối u có đường kính dao động từ 0,5 đến 3,0 cm, nhưng trong một số trường hợp có thể đạt kích thước lớn tới 5 cm. Các tổn thương phần lớn không có triệu chứng, tuy nhiên đôi khi có thể xuất hiện đau và sưng do ngứa hoặc khi ấn chạm[3]. Mặc dù có thể xuất hiện ở bất kỳ lứa tuổi nào, khoảng 40% trường hợp pilomatricoma gặp ở trẻ em và người trưởng thành trẻ tuổi. Nguyên nhân thuận lợi chính xác của pilomatricoma hiện vẫn chưa được biết rõ. Bệnh có thể liên quan đến vết côn trùng cắn, chấn thương hoặc phẫu thuật[4]. Sự xuất hiện của nhiều tổn thương có liên quan đến thể

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thùy Linh

Email: cindydo1709@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

gia đình của pilomatrixoma. Thể gia đình hiếm khi được phát hiện và có mối liên quan chặt chẽ với một số hội chứng đã biết như hội chứng Turner, hội chứng Gardner, hội chứng nevus tế bào đáy, hội chứng Rubinstein-Taybi và loạn dưỡng cơ nhược trương[5], [6], [7].

Dưới kính hiển vi, tổn thương có ranh giới rõ ràng và thường được bao quanh bởi một bao mô liên kết, chủ yếu khu trú ở trung bì sâu và lan xuống lớp mỡ dưới da. Trong mô đệm khá giàu tế bào có những đám tế bào biểu mô hình dạng không đều. Thông thường, hai loại tế bào - tế bào dạng đáy ưa bazơ và tế bào bóng ma (ghost cells) ưa ái toan - tạo nên các đám này. Tuy nhiên, ở một số khối u, tế bào ưa bazơ có thể vắng mặt. Tế bào ưa bazơ có nhân tròn hoặc bầu dục, bắt màu bazơ đậm và bào tương rất ít, khiến cho các nhân nằm sát nhau. Các tế bào ưa bazơ có thể sắp xếp ở một phía hoặc dọc theo ngoại vi của đám tế bào u. Pilomatrixoma được đặc trưng bởi các tế bào dạng đáy chuyển thành tế bào trung gian (tế bào chuyển tiếp), đôi khi có đặc điểm giống tế bào vảy. Các tế bào bóng ma với nhân nhạt màu hoặc mất nhân và bào tương ưa ái toan, bào tương rộng cũng thường được quan sát thấy. Ở một số vùng, sự chuyển tiếp từ tế bào ưa bazơ sang tế bào bóng ma diễn ra đột ngột, trong khi ở những vùng khác sự chuyển tiếp này lại từ từ. Trong các vùng chuyển tiếp dần, có thể quan sát thấy các tế bào mất nhân dần dần và cuối cùng xuất hiện dưới dạng tế bào bóng ma sừng hóa, bắt màu ái toan nhạt. Tế bào bóng ma có bờ rõ ràng và có một vùng trung tâm không bắt màu, gợi ý hình ảnh của nhân đã mất. Trong các khối u mới hình thành, thường thấy nhiều vùng chứa tế bào ưa bazơ. Khi tổn thương tiến triển lâu hơn, số lượng tế bào ưa bazơ giảm dần do quá trình biệt hóa thành tế bào bóng, và trong các khối u tồn tại lâu, chỉ còn rất ít hoặc hầu như không còn tế bào ưa bazơ. Nhiều đặc điểm mô bệnh học đã được nghiên cứu trong các công trình trước đây[4], [8], [9].

Trong báo cáo này, nhóm tác giả ghi nhận một trường hợp pilomatrixoma hiếm gặp ở vùng cổ của một người bệnh nữ 54 tuổi, tổn thương biểu hiện như một khối u đơn độc dưới da, màu da, ranh giới rõ, sờ chắc, di động, kích thước khoảng 1 cm, xuất hiện khoảng 4 tuần nay. Người bệnh đến khám tại khoa khám bệnh, bệnh viện Da liễu Hà Nội, đã được bác sĩ lâm sàng Da liễu chẩn đoán sơ bộ là tổn thương u nang tuyến bã, cho phẫu thuật toàn bộ tổn thương và tiến hành sinh thiết khối u. Bác sĩ giải phẫu bệnh sau khi tiếp nhận và phân tích khối u đã ghi nhận

hình ảnh trên mô bệnh học dạng kén, hình thái vi thể của tế bào lợp thành kén là các tế bào dạng đáy, với một vùng nhỏ tế bào chuyển tiếp (tế bào trung gian), không có tế bào bóng ma, gây ra khó khăn khi đưa ra chẩn đoán mô bệnh học cuối cùng. Qua đó, chúng tôi nhận thấy tầm quan trọng mà những mô tả chi tiết hơn về hình thái vi thể của mô bệnh học bệnh u da Pilomatrixoma qua các giai đoạn tiến triển của tổn thương. Mục tiêu của bài báo này là cung cấp các hướng dẫn chi tiết hỗ trợ các bác sĩ Giải phẫu bệnh trong tiếp cận và đưa ra chẩn đoán cuối cùng trong bệnh u mầm lông (pilomatrixoma), đặc biệt trong giai đoạn sớm, khi tổn thương dễ gây nhầm lẫn với các khối u da khác

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Một người bệnh nữ, 54 tuổi, làm công việc văn phòng, đến khám tại khoa khám bệnh, bệnh viện Da liễu Hà Nội vì xuất hiện tổn thương biểu hiện như một khối u đơn độc dưới da trong 4 tuần nay, màu da, ranh giới rõ, sờ chắc, di động, kích thước khoảng 1 cm vùng cổ. Người bệnh được bác sĩ lâm sàng chẩn đoán sơ bộ là tổn thương u nang tuyến bã, cho phẫu thuật toàn bộ tổn thương và tiến hành sinh thiết khối u.



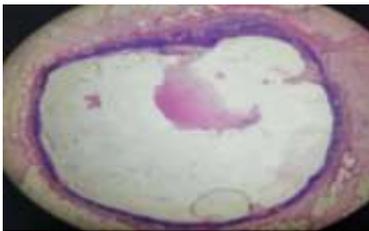
Hình 1. Hình ảnh lâm sàng tổn thương ca bệnh

Người bệnh trước đó được siêu âm tổn thương tại bệnh viện khác, dưới hình ảnh siêu âm thấy tổn thương phần mềm sau gáy trái tương ứng vị trí trên lâm sàng trong tổ chức dưới da có cấu trúc giảm âm đều, ranh giới rõ, kích thước 4,2x 2,5 mm, xung quanh không thâm nhiễm, không tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler. Bác sĩ siêu âm nghĩ đến u tuyến bã dưới da qua hình ảnh siêu âm.



Hình 2. Hình ảnh siêu âm của khối u

Tổn thương được cắt bỏ hoàn toàn tại bệnh viện chúng tôi và gửi sang phòng Giải phẫu bệnh. Sau khi tiếp nhận bởi bác sỹ Giải phẫu bệnh, khối u được phân tích và ghi nhận các hình thái vi thể trên tiêu bản nhuộm Hematoxylin-eosin khá thú vị. Tổn thương dạng kén, ranh giới rõ, hình bầu dục, thành kén lợp bởi nhiều hàng tế bào dạng đáy ưa bazơ, bào tương rộng, nhiều hạt nhiễm sắc, một số tế bào có nhân chia. Trên thành kén, có một số vùng nhỏ có tế bào dạng vảy đứng thành đám, gợi ý hình ảnh sừng hoá. Có một vùng trên thành kén thấy hình ảnh các tế bào dạng đáy ưa bazơ dần dần biến đổi, tế bào trở nên ưa ái toan hơn, bào tương rộng, nhân co nhỏ. Bên trong kén, có tổ chức dịch huyết thanh kèm rất ít chất sừng. Các bác sỹ Giải phẫu bệnh khi tiếp cận ca bệnh này ban đầu gặp khó khăn khi xác định nguồn gốc tế bào khối u da. Đồng thời, tổ chức dịch huyết thanh bên trong kén cũng khiến chúng tôi băn khoăn khi không phù hợp với một số các tổn thương kén dưới da thông thường. Qua phân tích hình thái vi thể của tế bào lót thành kén, chúng tôi thấy các tế bào này phù hợp với nguồn gốc tế bào ma trận của nang lông (hair follicle's matrix cells). Sau khi khoanh vùng các tổ chức u da và kén dưới da có nguồn gốc các tế bào ma trận của nang lông, chúng tôi thu nhỏ dần phạm vi các chẩn đoán phân biệt và đưa đến kết luận là pilomatricoma. Chúng tôi cũng tìm thấy trong y văn một số mô tả các ca bệnh pilomatricoma có thành phần dịch bên trong tổn thương và đã từng khiến bác sỹ lâm sàng chẩn đoán nhầm lẫn với tổn thương apxe dưới da.

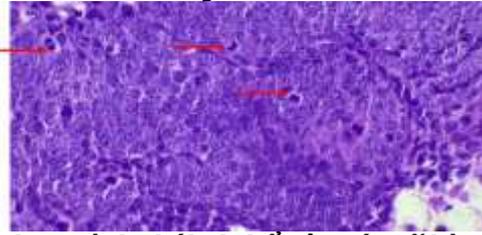


Hình 3. Hình ảnh đại thể tổn thương với tổ chức kén hình bầu dục, ranh giới rõ, kén ở vùng trung bì sâu và xuống tận mô mỡ



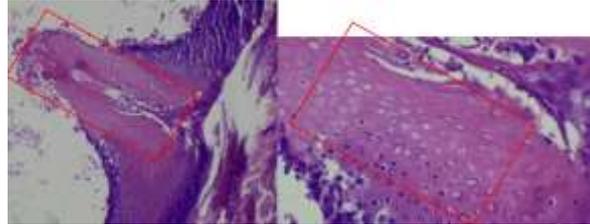
Hình 4. Thành kén lợp bởi nhiều hàng tế bào ưa bazơ dạng đáy, có vùng nhỏ có đám sừng hoá

Nhiều hàng tế bào ưa bazơ dạng đáy
Đám sừng hoá



Hình 5. Hình thái vi thể của các tế bào lợp thành kén: ưa bazơ dạng đáy, bào tương rộng, có các hạt nhiễm sắc, một số tế bào nhân chia

Tế bào nhân chia



Hình 6. Vùng các tế bào dần dần chuyển tiếp với tế bào bắt màu ái toan hơn, bào tương rộng, nhân dần co nhỏ

Vùng các tế bào bắt màu ái toan, bào tương rộng, nhân dần co nhỏ

Trong hình ảnh mô bệnh học của ca bệnh này, chúng tôi không ghi nhận thấy hình ảnh của tế bào bóng ma thường thấy trong giai đoạn tiến triển sau của bệnh, cùng lắng đọng calci hay nhiều tổ chức sừng trong tổn thương thường được mô tả trong y văn của pilomatricoma. Đây cũng là một yếu tố quan trọng khiến các nhà giải phẫu bệnh bối rối và gặp khó khăn khi chẩn đoán xác định khối u. Do đó, chúng tôi viết báo cáo mô tả hình thái vi thể của ca bệnh này, tổn thương pilomatricoma giai đoạn sớm, với hình ảnh kén.

III. BÀN LUẬN

Pilomatricoma, được Malherbe và Chenantais mô tả lần đầu tiên vào năm 1880, còn được gọi là u biểu mô vôi hóa của Malherbe[2]. Pilomatricoma là một khối u da lành tính, không có triệu chứng, phát triển chậm, biệt hóa từ tế bào ma trận của nang lông. Khối u được phủ bởi da bình thường hoặc da sung huyết, và thường có kích thước dao động từ 0,5 đến 3 cm[3]. Bệnh gặp chủ yếu ở vùng đầu và cổ (hơn 50% trường hợp) với tỷ lệ nữ mắc nhiều hơn nam. Các vị trí khác bao gồm chi trên, thân mình và chi dưới theo thứ tự giảm dần về tần suất. Chưa có trường hợp nào được báo cáo ở lòng bàn tay, lòng bàn chân hoặc vùng sinh dục[10]. Tổn

thường thường bị chẩn đoán nhầm trên lâm sàng do có nhiều đặc điểm lâm sàng trùng lặp với các khối u lành tính khác như u tuyến bã và u xơ, pilomatrixoma ngày càng thu hút sự quan tâm trong những năm gần đây do tỷ lệ chẩn đoán sai cao[1]. Mặc dù pilomatrixoma có thể phát triển ở bất kỳ lứa tuổi nào, bệnh cho thấy hai đỉnh xuất hiện rõ rệt ở thập kỷ thứ nhất và thứ sáu của cuộc đời. Tuy nhiên, 40% trường hợp xảy ra ở người bệnh dưới 10 tuổi và 60% trường hợp xuất hiện trong hai thập kỷ đầu đời. Nguyên nhân thuận lợi chính xác của pilomatrixoma hiện vẫn chưa được biết rõ. Bệnh có thể liên quan đến vết côn trùng cắn, chấn thương hoặc phẫu thuật[4]. Các nốt này không dính vào mô sâu và thường được phủ bởi da có màu sắc bình thường, màu ngọc trai hoặc hồng nhạt. Các tổn thương phần lớn không có triệu chứng, tuy nhiên đôi khi có thể xuất hiện đau và sưng do ngứa hoặc khi ấn [3].

Một số dấu hiệu điển hình trên lâm sàng của pilomatrixoma được mô tả trong y văn như dấu hiệu lều (tent sign) hoặc dấu hiệu bập bênh (teeter-totter). Kéo căng da phủ trên bề mặt khối u có thể thấy dấu hiệu "lều" với nhiều mặt và góc cạnh, đây là dấu hiệu đặc hiệu của pilomatrixoma. Ngoài ra, khi ấn vào một bên tổn thương sẽ khiến bờ đối diện nhô lên khỏi da giống như dấu hiệu "bập bênh". Trên lâm sàng, pilomatrixoma bị chẩn đoán nhầm lẫn với nhiều tổn thương u da và kén dưới da khác bao gồm: kén thượng bì, kén trung bì, xoang trước tai, phản ứng dị vật, u mỡ, fibroxanthoma thoái hóa, u xương da (osteoma cutis), tụ máu xương hóa (ossifying hematoma),...[10]

Về mặt mô bệnh học, pilomatrixoma bao gồm các đám tế bào biểu mô được cấu tạo từ hai loại tế bào chính: tế bào dạng đáy ưa bazơ và tế bào bóng ma ưa ái toan. Ở các tổn thương giai đoạn sớm, tế bào ưa bazơ chiếm ưu thế, có nhân tròn hoặc bầu dục, bắt màu bazơ đậm và bào tương rất ít, khiến cho các nhân nằm sát nhau, tập hợp thành từng đám ở một phía hoặc ngoại vi khối u. Khi khối u trưởng thành, các tế bào ưa bazơ tăng dần bào tương và thoái hoá co nhỏ nhân từng bước để trở thành các tế bào bóng ma ưa ái toan. Các tế bào này tạo nên phần trung tâm của khối u và thường có hiện tượng vôi hóa hay lắng đọng calci. Dần dần, các ổ vôi hóa này tăng lên, khiến cho tổn thương có độ chắc cứng giống xương. Pilomatrixoma được đặc trưng bởi các tế bào dạng đáy chuyển thành tế bào trung gian (tế bào chuyển tiếp), đôi khi có đặc điểm giống tế bào vảy. Ở một số vùng, sự chuyển tiếp từ tế bào ưa bazơ sang tế bào bóng

ma diễn ra đột ngột, trong khi ở những vùng khác sự chuyển tiếp này lại từ từ[9].

Có bốn giai đoạn hình thái học vi thể đặc trưng của pilomatrixoma được xác định như sau:

Giai đoạn sớm: tổn thương nhỏ, dạng kén; Giai đoạn phát triển đầy đủ: tổn thương lớn, dạng kén; Giai đoạn thoái triển sớm: còn ổ tế bào dạng đáy, tế bào bóng ma, xâm nhập viêm bạch cầu lympho và có thể có các tế bào khổng lồ đa nhân; Giai đoạn thoái triển muộn: có nhiều tế bào bóng ma, không còn tế bào dạng đáy và tế bào viêm, có thể thấy vôi hóa và cốt hóa.

Dựa trên các tiêu chí này, ca bệnh của chúng tôi thuộc giai đoạn sớm, với thành phần tế bào lót thành kén chủ yếu là tế bào dạng đáy ưa bazơ, tổn thương kén nhỏ. Trên tiêu bản nhuộm Hematoxylin-eosin, nhóm tác giả quan sát thấy vùng tế bào chuyển tiếp, tuy nhiên lại không thấy các tế bào bóng ma điển hình. Điều này gây khó khăn khi chẩn đoán trên mô bệnh học. Bên cạnh đó, bên trong kén có tổ chức dạng dịch huyết thanh và rất ít chất sừng, phù hợp với một số ca lâm sàng pilomatrixoma hiếm gặp được báo cáo với thành phần dịch viêm trong tổn thương hoặc không có tổ chức bên trong kén và gây chẩn đoán nhầm với apxe da trên lâm sàng. Đây là một ca bệnh thú vị, dù là bệnh lý u da không hiếm gặp, nhưng lại gây bối rối cho các nhà giải phẫu bệnh khi tiếp cận đến chẩn đoán cuối cùng. Chúng tôi báo cáo ca bệnh này và nhấn mạnh vào mô tả chi tiết về các giai đoạn tiến triển của pilomatrixoma, với mục đích góp phần giúp các nhà giải phẫu bệnh và da liễu học chẩn đoán dễ dàng hơn bệnh lý này. Pilomatrixoma không tự thoái lui và sự chuyển dạng ác tính rất hiếm gặp, phương pháp điều trị chuẩn là cắt bỏ toàn bộ tổn thương bằng phẫu thuật. Tái phát sau phẫu thuật ít gặp, với tỷ lệ từ 0% đến 3%. Sự chuyển dạng ác tính thành pilomatrixoma carcinoma cần được nghi ngờ trong những trường hợp tái phát tại chỗ nhiều lần.

IV. KẾT LUẬN

Tóm lại, mặc dù đã có nhiều báo cáo ca bệnh trong y văn mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán phân biệt và những khó khăn trong chẩn đoán của pilomatrixoma, nhưng tổn thương này vẫn tiếp tục gây thách thức đáng kể trong thực hành lâm sàng. Mục đích chính của bài báo này là cung cấp các hướng dẫn chi tiết hỗ trợ các bác sĩ Da liễu và Giải phẫu bệnh trong tiếp cận và đưa ra chẩn đoán cuối cùng trong bệnh u mầm lông (pilomatrixoma), đặc biệt trong giai đoạn sớm, khi tổn thương dễ gây nhầm lẫn với các khối u da khác. Đồng thời, nhóm tác giả nhấn

manh tầm quan trọng của việc thăm khám kỹ lưỡng trên lâm sàng và phân tích hình thái vi thể trên mô bệnh học qua 4 giai đoạn tiến triển của pilomatricoma, từ đó có thể giúp chẩn đoán xác định các trường hợp pilomatricoma ở giai đoạn sớm, khi triệu chứng không điển hình và chưa được nghi ngờ trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kumaran N, Azmy A, Carachi R, Raine PAM, Macfarlane JH, Howatson AG.** Pilomatricoma—accuracy of clinical diagnosis. *J Pediatr Surg.* 2006;41(10): 1755-1758. doi:10.1016/j.jpedsurg.2006.05.005
2. **Forbis R.** Pilomatricoma (Calcifying Epithelioma). *Arch Dermatol.* 1961;83(4):606. doi:10.1001/archderm.1961.01580100070009
3. **Guinot-Moya R, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C.** Pilomatricoma. Review of 205 cases. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal.* Published online 2011:e552-e555. doi:10.4317/medoral.16.e552
4. **Lan MY, Lan MC, Ho CY, Li WY, Lin CZ.** Pilomatricoma of the Head and Neck: A Retrospective Review of 179 Cases. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 2003;129(12):1327. doi:10.1001/archotol.129.12.1327
5. **Handler MZ, Derrick KM, Lutz RE, Morrell DS, Davenport ML, Armstrong AW.** Prevalence of Pilomatricoma in Turner Syndrome: Findings From a Multicenter Study. *JAMA Dermatol.* 2013;149(5): 559. doi:10.1001/2013.jamadermatol.115
6. **Hernández-Núñez A, Nájera Botello L, Romero Maté A, et al.** Estudio retrospectivo de pilomatricomas: 261 tumores en 239 pacientes. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2014;105(7):699-705. doi:10.1016/j.ad.2014.01.003
7. **Pilomatricomas in children: Report of 149 cases.** A retrospective study at two children's hospitals. *Arch Argent Pediatr.* 2019;117(5). doi:10.5546/aap.2019.eng.340
8. **Rajalakshmi T, Correa M, Simi C.** Pilomatricoma: A tumor with hidden depths. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76(5): 543. doi:10.4103/0378-6323.69086
9. **Pirouzmanesh A, Reinisch JF, Gonzalez-Gomez I, Smith EM, Meara JG.** Pilomatricoma: A Review of 346 Cases. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(7): 1784-1789. doi:10.1097/01.PRS.0000091160.54278.64
10. **Yencha MW.** Head and neck pilomatricoma in the pediatric age group: a retrospective study and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001;57(2): 123-128. doi:10.1016/S0165-5876(00)00449-3

VIÊM DA THIẾU KẼM: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP VÀ DỄ BỎ SÓT

Triệu Thị Huyền Trang¹, Lê Thị Chi Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị một trường hợp bệnh viêm da thiếu kẽm ở người trưởng thành tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh. Ca bệnh là nam giới, 24 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, 2 tháng gần đây người bệnh thường xuyên sinh hoạt thất thường, ăn đồ ăn tiện lợi, hút thuốc, đồ uống có gas, thức khuya. Người bệnh đi khám vì tổn thương dát đỏ da đầu, cổ, ngực và cánh tay trái không kèm theo rối loạn tiêu hóa hay rụng tóc. Ban đầu người bệnh được định hướng chẩn đoán viêm da đầu ở đầu và viêm da tự tạo cổ ngực và cánh tay trái cần phân biệt với nhiều bệnh da mạn tính: vẩy nến, bệnh lý thượng bì bong nước mắt phải, nấm da, chốc, chàm vi khuẩn. Giải phẫu bệnh hai vị trí vùng da đầu và cánh tay trái cho kết quả giống nhau: phần nông của thượng bì hoại tử hoàn toàn, phần thượng bì tái tạo có xốp bào phù hợp với viêm da thiếu kẽm. Bệnh nhân đã được điều trị và đáp ứng hoàn toàn liệu pháp bổ sung kẽm. **Kết quả:** Người bệnh được chẩn đoán viêm da thiếu kẽm, dễ nhầm lẫn với bệnh lý da mạn tính thường gặp và hiếm gặp khác nhau. Điều trị bệnh

là chăm sóc tổn thương tại chỗ da, bổ sung kẽm và thay đổi lối sống kết hợp khám sàng lọc tìm nguyên nhân nguyên phát. **Kết luận:** Viêm da thiếu kẽm là bệnh lý hiếm gặp, dễ bị bỏ qua ở người trưởng thành. Bệnh có biểu hiện lâm sàng không điển hình, dễ nhầm với nhiều bệnh da liễu khác. Báo cáo này góp phần nhấn mạnh vai trò của vi chất trong các bệnh viêm da khó chẩn đoán hoặc kháng trị. **Từ khóa:** viêm da thiếu kẽm, người trưởng thành.

SUMMARY

ZINC DEFICIENCY DERMATITIS: A RARE AND EASILY MISSED DISEASE CASE

Objective: To describe the clinical, paraclinical, and treatment characteristics of a case of zinc deficiency dermatitis in an adult at Hanoi Dermatology Hospital. **Subjects and Methods:** Case report study. The patient was a 24-year-old male with a healthy medical history. For the past 2 months, he had frequently engaged in irregular activities, eating convenience foods, smoking, drinking carbonated beverages, and staying up late. The patient sought medical attention due to red patches on his scalp, neck, chest, and left arm, without accompanying digestive disorders or hair loss. Initially, the patient was diagnosed with seborrheic dermatitis on the head and self-induced dermatitis on the neck, chest, and left arm, requiring differentiation from many chronic skin diseases: psoriasis, acquired epidermolysis bullosa, tinea, impetigo, and microbial eczema.

¹Bệnh viện Da Liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Huyền Trang

Email: tranguyentrieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025