

Nevo Blitz: clinica e dermoscopia di due casi confermati istologicamente

Andrea Agostini¹, Francesco Cavallo¹, Silvia Giordano¹, Luca Conti², Simone Ribero¹, Pietro Quaglino¹, Paolo Broganelli¹

¹ AOU Città della Salute, Dipartimento di Scienze Mediche, Sezione di Dermatologia, Università di Torino, Italia

² AOU Città della Salute, Dipartimento di Medicina di Laboratorio, Sezione di Anatomia Patologica, Università di Torino, Italia

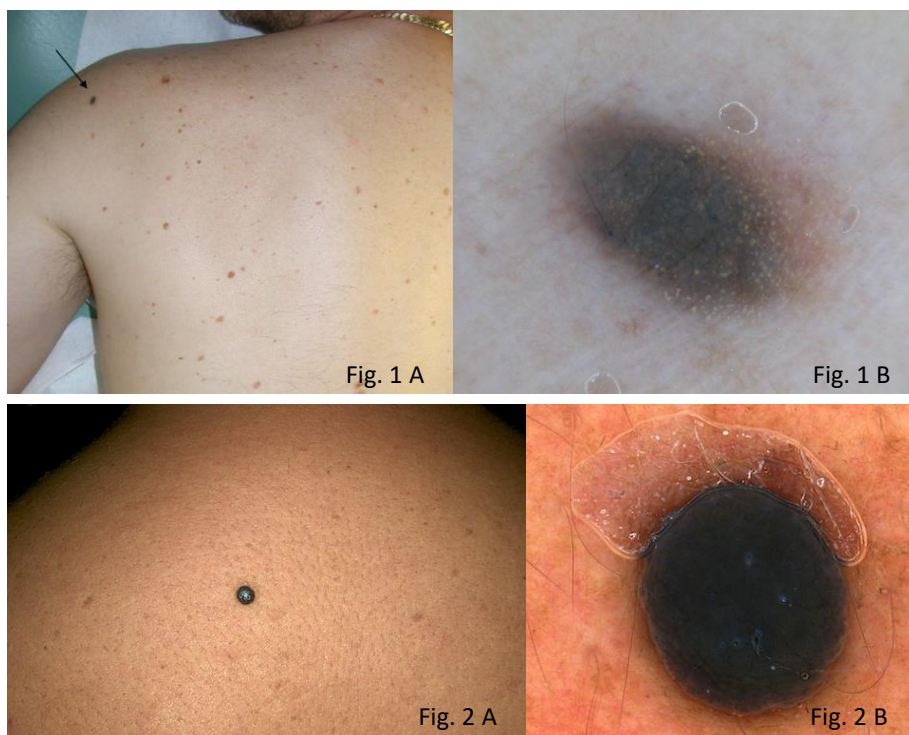
Background

I nevi Blitz sono un'entità clinico-patologica che mostra caratteristiche morfologiche comuni a nevi di Spitz e nevi blu. Dal punto di vista istopatologico, la diagnosi differenziale include nevo di Spitz, nevo blu epitelioidale (EBN), nevo penetrante profondo (DPN) e melanocitoma epitelioidale pigmentato (PEM). Infatti i nevi Blitz, come i nevi blu, presentano istologicamente melanofagi e melanociti fusati e dendritici con abbondante pigmento. A queste caratteristiche si aggiungono reperti tipici del nevo di Spitz quali melanociti epitelioidi con abbondante citoplasma eosinofilo. A differenza degli EBN risultano assenti gli aggregati di melanociti epitelioidi intensamente pigmentati e con citoplasma più granulare. Differiscono infine dai DPN e dal PEM per la presenza di caratteristiche morfologiche spitzoidi assenti in questi ultimi. Nonostante il nevo Blitz sia stato caratterizzato da un punto di vista istologico, gli aspetti clinici e dermoscopici rimangono da definire, in parte a causa della sua rarità.

Clinicamente, i nevi Blitz sono descritti come lesioni papulo-nodulari di colore blu, nero, marrone o una combinazione di questi, localizzati più frequentemente alle estremità, al dorso e alla regione testa-collo. Dermoscopicamente invece è stato descritto un solo caso di nevo Blitz come un nodulo di colore blu omogeneo in assenza di altri parametri dirimenti.

Case report

Presentiamo due casi di nevi Blitz confermati istologicamente e ne descriviamo le caratteristiche cliniche e dermoscopiche. Il primo caso riguarda un paziente maschio di 42 anni che riferiva la comparsa da alcuni mesi di una lesione pigmentata, lievemente rilevata, di 6 mm di diametro in regione deltoidea sinistra (fig. 1A). Dermoscopicamente erano presenti agglomerati di cheratina giallastri su uno sfondo blu omogeneo centralmente e marrone in periferia (fig. 1B). Il secondo caso riguarda un paziente maschio di 30 anni che accedeva per la recente comparsa di una lesione papulo-nodulare di 8 mm di diametro in regione scapolare sinistra (fig. 2A). Alla dermoscopia si apprezzava unicamente un colore blu omogeneo in assenza di altre caratteristiche dermoscopiche dirimenti (fig. 2B). Per questa loro presentazione, entrambe le lesioni sono state asportate chirurgicamente per escluderne la malignità e confermate istologicamente come lesioni combinate con aspetti di nevo blu e di nevo di Spitz.



Conclusion

Nella nostra esperienza il nevo Blitz deve essere preso in considerazione quando si presenta una lesione con caratteristiche cliniche e dermoscopiche riferibili al nevo blu, ma di relativamente rapida insorgenza. Per la sua modalità di presentazione entra quindi in diagnosi differenziale non solo con il nevo blu, ma anche con il melanoma e con le metastasi cutanee da melanoma. Per tale ragione bisogna procedere ad escissione ed esame istologico.

References:

1. Isales MC et al. *Am J Dermatopathol.* 2018;40(2):118-124. doi:10.1097/DAD.0000000000000918
2. Ferrara G et al. *Dermatology.* 2010;220(4):306-310. doi:10.1159/000300093
3. Alonso-Corral et al. *Skinmed.* 2016;14(2):131-133. Published 2016 Apr 1.
4. Groben PA et al. *Am J Dermatopathol.* 2000;22(6):473-488. doi:10.1097/00000372-200012000-00001

Neuroma solitario circoscritto: dermoscopia e diagnosi differenziali

Andrea Agostini¹, Francesco Cavallo¹, Silvia Giordano¹, Lorenza Burzi¹, Rebecca Senetta², Simone Ribero¹, Pietro Quaglino¹, Paolo Broganelli¹

¹ AOU Città della Salute, Dipartimento di Scienze Mediche, Sezione di Dermatologia, Università di Torino, Italia

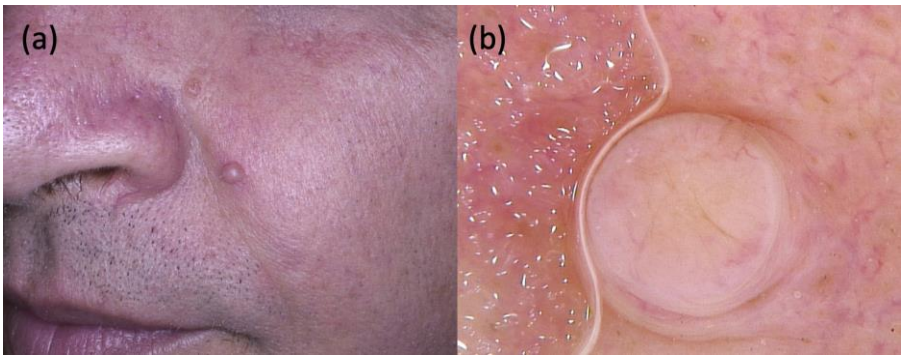
² AOU Città della Salute, Dipartimento di Medicina di Laboratorio, Sezione di Anatomia Patologica, Università di Torino, Italia

Background

Il neuroma solitario circoscritto (SCN) è un un tumore benigno caratterizzato da una proliferazione di tessuto neurale nel derma senza un precedente danno tissutale. Si tratta di un tumore raro dell'adulto che si presenta clinicamente come un piccolo nodulo asintomatico, color-cute o rosa e localizzato solitamente al volto. Le principali diagnosi differenziali sono il carcinoma basocellulare (BCC) e il nevo dermico. Il SCN può essere facilmente escisso e istologicamente risulta un nodulo intradermico ben circoscritto, composto da cellule fusate con nuclei ondulati ipercromici disposti in brevi fascicoli.

Case report

Presentiamo il caso di un paziente di 51 anni con una lesione papulare, asintomatica, translucente e non pigmentata della guancia sinistra, presente da 2 anni e in lieve incremento dimensionale (fig. a). Alla dermoscopia si apprezza un'area centrale bianco avorio circondata da fini vasi arboriformi non perfettamente a fuoco su uno sfondo color rosa (fig. b). La lesione viene escissa e istologicamente è confermata la diagnosi di SCN.



Discussione e conclusione

Al contrario dei più comuni tumori cutanei, ad oggi, ci sono solo pochi dati riguardanti la demoscopia del SCN. Fernandez-Crehuet et al. hanno descritto tre casi di SCN con vasi arborizzati su uno sfondo rosa. Le stesse caratteristiche sono state descritte anche da Ramirez-Bellver et al. con l'aggiuntiva presenza di erosione focale e desquamazione periferica. Infine, Moyano et al. hanno riportato un caso di SCN con una chiazza omogenea bianco-avorio senza altre strutture.

Il SCN deve essere sospettato in presenza di una papula dura, traslucida e color cute a livello del viso. All'esame dermoscopico il reperto più comune è rappresentato da vasi arborizzati eventualmente associati ad aree biancastre. I vasi arborizzati del BCC nodulare sono di solito di diametro maggiore e meglio definiti rispetto ai vasi del SCN e le aree bianche sono solitamente più lucide. I nevi dermici, invece, presentano più frequentemente piccoli vasi a virgola e una pigmentazione residua.

Sebbene l'esame dermoscopico sia importante per sospettare il SCN, a nostro parere non è sufficiente per escluderne la natura maligna. Per tale ragione, biopsia ed esame istologico rimangono il gold standard per la diagnosi.

References	Età, genere e sede	Clinica e dermoscopia
Fernandez-Crehuet, Ruiz-Villaverde and Sanz-Trelles (2015)	43, donna, regione mandibolare sinistro	Papula rosa traslucente, dura presente da 3 mesi, asintomatica e in lieve accrescimento. Vasi arborizzati su sfondo rosa
Fernandez-Crehuet, Ruiz-Villaverde and Sanz-Trelles (2015)	49, donna, guancia destra	Papula solitaria, circoscritta e asintomatica. Vasi arborizzati su sfondo rosa
Moyano et al (2015)	52, uomo, collo	Papula bianca comparsa da 9 mesi. Chiazza bianca omogenea
Fernandez-Crehuet and Ruiz-Villaverde (2018)	66, donna, mento	Papula dura, asintomatica, traslucente, rosa di 6 mm, in lento accrescimento da 10 anni. Vasi arborizzati su sfondo rosa, area bianca centrale e pigmentazione periferica
Ramirez-Bellver et al (2020)	30, donna, guancia destra	Area eritematosa di 5 mm di tonalità più scura verso il centro e un nodulo di 2-3 mm mal definito al di sotto. Presente da 10 mesi e dolente alla pressione. Multipli vasi polimorfi circondati da punti biancastri su uno sfondo rosso. Erosioni focali e desquamazione periferica.

Valutazione tramite Near-Infrared Spectroscopy (NIRS) della cheratosi attinica in trattamento con Imiquimod 3.75%

Elisa Zavattaro¹, Federica Veronese¹, Vanessa Tarantino¹, Kristen M Meiburger², Silvia Seoni², Paola Savoia¹

¹Clinica Dermatologica, AOU Maggiore della Carità; Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy

²PoliToBIOMed Lab, Biolab, Dipartimento di Elettronica e Telecomunicazioni, Politecnico di Torino, Italy

Il Near-Infrared Spectroscopy (NIRS) o Spettroscopia del vicino-Infrarosso è una metodica non invasiva in cui la radiazione elettromagnetica interagisce con uno specifico cromoforo endogeno (es. emoglobina, acqua, lipidi) registrandone le differenze nel tessuto in esame. Considerando l'emoglobina, il NIRS è capace di misurare in maniera dinamica le differenze nello spettro di assorbimento della forma ossigenata (O₂Hb) e deossigenata (HHb) presenti in un dato tessuto e in un periodo stabilito. Si tratta di un esame indolore, incruento, privo di effetti collaterali e che non richiede preparazione del paziente. La tecnica NIRS è già stata precedentemente utilizzata nella valutazione di tumori cutanei e lesioni benigne (es. nevii)¹⁻².

Materiali e Metodi

Nel presente studio abbiamo valutato un gruppo di 22 pazienti di sesso maschile (età media 74±9 anni) affetti da cheratosi attiniche (AK) di grado I-II al capillizio. I pazienti sono stati sottoposti a valutazione NIRS al basale (T0) e dopo almeno 14 giorni dal completamento della terapia topica (T1) con Imiquimod 3.75% crema applicata secondo schema posologico tradizionale. Durante le valutazioni abbiamo contato e fotografato le lesioni cutanee, inoltre i pazienti sono stati sottoposti ad uno stimolo vasocostrittore costituito dall'applicazione locale di ghiaccio secco per 1.5 minuti, allo scopo di meglio evidenziare le differenze nella risposta vascolare (costituito dalle differenze di concentrazione HHb/O₂Hb) fra T0 e T1. In ciascun paziente abbiamo valutato anche una sede di cute sana, rappresentata dalla cute del braccio, onde poter normalizzare i valori ottenuti dalla sede lesionale.

I dati ottenuti sono stati sottoposti ad analisi multivariata della varianza (MANOVA) volta ad analizzare contemporaneamente diverse variabili dipendenti che vengono raggruppate in una combinazione lineare ponderata. In totale sono state considerate 18 variabili (features), di cui 14 nel dominio del tempo e 4 in quello della frequenza. Il test di Bonferroni per confronti multipli ($\alpha = 0.05/4 = 0.0125$) è stato successivamente applicato per valutare la significatività statistica.

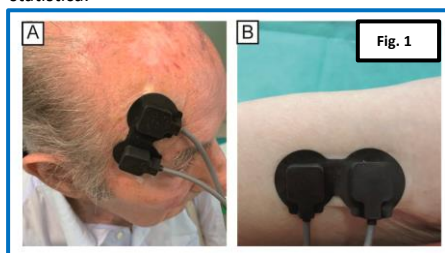


Fig. 1 (A) Posizionamento delle sonde NIRS (emittente e ricevente) in sede di AK al capillizio (la distanza di 2.5 cm fra le due sonde ha permesso di la valutazione precisa della lesione, che si trovava al centro delle due) e (B) su cute sana.

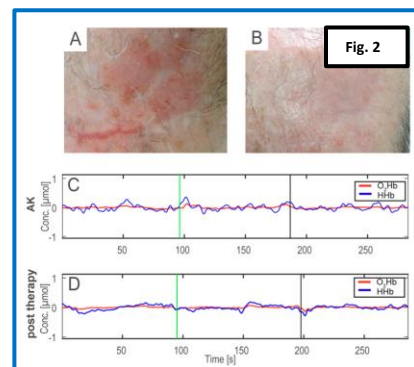


Fig. 2 (A) Esempio di AK prima e (B) dopo il trattamento topico con Imiquimod 3.75%. (C) Registrazione NIRS eseguita a T0 e (D) dopo completamento della terapia (T1). In entrambi i casi, la linea rossa rappresenta il segnale relativo all'O₂Hb, mentre la linea blu corrisponde all'HHb.

Risultati

Il numero medio di AK era pari a 12 al T0 ed a 3 al T1; in 7 pazienti le lesioni erano totalmente scomparse al momento della valutazione NIRS dopo completamento della terapia.

In entrambi i momenti (T0 e T1), le registrazioni sono state distinte in *Before* (prima dell'applicazione dello stimolo vasomotorio) e *After* (dopo applicazione di ghiaccio secco) (schematizzati in Fig.3) ed hanno evidenziato differenze statisticamente significative in alcuni dei parametri considerati. In sintesi, nessuna delle registrazioni nei domini *Before* è risultata statisticamente significativa, a dimostrare l'importanza dello stimolo vasomotorio nel studio della risposta vascolare. Nelle valutazioni *After*, i domini relativi ad HHb hanno invece mostrato differenza significativa fra T0 e T1 (Tab 1).

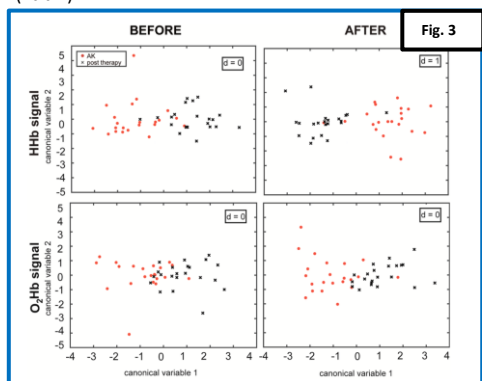


Fig. 3

All features and their canonical variable coefficients as calculated by MANOVA. For each analyzed epoch, the MANOVA p-value is listed. The bold values are the three highest values

Features	Coefficients HHb before p-Value 0.025	Coefficients O ₂ Hb before p-Value 0.398	Coefficients HHb after * p-Value 0.006	Coefficients O ₂ Hb after p-Value 0.084
Mean	0.60	5.00	0.86	2.61
Variance	0.01	0.14	-0.06	0.31
Maximum Value	0.14	0.28	-0.01	-0.29
Median	4.31	0.50	3.55	-7.02
Peak-to-Peak	-0.04	-0.05	0.01	0.12
Amplitude	0.36	0.06	0.22	-0.10
Kurtosis	0.39	-0.06	0.79	-0.64
Skewness	0.28	1.90	-0.98	-0.92
Spectral Entropy	-3.76	-2.68	1.66	-11.06
Approximate Entropy	-0.54	0.92	-0.93	0.44
RMS	-2.33	-3.25	1.36	-0.88
Average Rectified Value (ARV)	14.34	0.68	17.96	46.44
Hjorth Mobility	11.97	18.85	8.98	35.14
Hjorth Complexity	-0.21	-0.06	0.18	-0.12
Number of Zero	0.00	0.00	0.00	0.00
Crossing	0.11	0.13	-0.03	0.18
Energy	-0.35	0.61	0.13	-0.03
Power VLF	-0.23	-0.48	-0.13	-1.14
Power LF				
Mean Frequency				

* denotes a statistically significant difference with the Bonferroni correction.

Discussione

Nel nostro studio l'applicazione di uno stimolo vasomotorio ha permesso di valutare ed evidenziare le differenze nella risposta vascolare fra le due epoche (prima e dopo applicazione dello stimolo) e fra cute sana e cute lesionale (AK), ma soprattutto fra i due tempi di valutazione, ossia prima e dopo la terapia (T0 e T1), a conferma dell'efficacia di Imiquimod topico nel trattamento delle cheratosi attiniche³. In particolare, i parametri Hjorth assieme alla median value impattano notevolmente sulle restanti variabili, confermando così le differenze esistenti nella rete vascolare cutanea prima e dopo la terapia. Su queste basi, e in accordo con precedenti studi che dimostrano un effetto anti-angiogenetico di Imiquimod^{4,5}, possiamo confermare, dal punto di vista clinico, l'effetto di tale molecola a livello vascolare.

1. Bodén I et al. Non-invasive identification of melanoma with near-infrared and skin impedance spectroscopy. *Skin Res Technol* 2013;19:1-6.
2. Hägerlind E et al. Near infrared and skin impedance spectroscopy – a possible support in the diagnostic process of skin tumours in primary health care. *Skin Res Technol* 2015;21:493-9.
3. Seoni S et al. Non-invasive analysis of actinic keratosis before and after topical treatment using a cold stimulation and Near-Infrared Spectroscopy. *Medicina* 2020;56:482.
4. Dias MF et al. In vivo evaluation of antitumoral and antiangiogenic effect of imiquimod-loaded polymeric nanoparticles. *Biomed Pharmacother* 2018;103:1107-14.
5. Rocco R et al. Selective hemangioma cell dysfunction and apoptosis triggered by in vitro treatment with imiquimod. *Toxicol Lett* 2018;288:82-8.

Nevo di Spitz Atipico

Dermoscopia, Microscopia Confocale e Correlazione Istopatologica

Rita Bouceiro-Mendes, Camila Scharf, Eugenia Veronica Di Brizzi, Andrea Ronchi, Giuseppe Argenziano, Elvira Moscarella

Caso Clinico

Una paziente di 12 anni mostrava una papula di recente insorgenza, asimmetrica, dal colorito rosa e nero localizzata al dorso. La dermoscopia mostrava un pattern multicomponente con pigmentazione rosa e velo bianco-blu. In microscopia confocale a riflettanza (RCM) si osservava un'asimmetria generalizzata con pattern *honeycomb* irregolare dell'epidermide e nidi dermici compatti, corrispondenti all'area di pigmentazione rosa, mentre, nell'area dermoscopia del velo bianco-blu venivano osservate cellule dendritiche superficiali e un pattern a rete irregolare alla giunzione dermo-epidermica. Considerando questi risultati si effettuava una biopsia escissionale. L'esame istopatologico rilevava una proliferazione asimmetrica caratterizzata da cellule epitelioidi melanocitarie. Erano presenti nidi cellulari alla giunzione dermo-epidermica mentre nel derma si riscontravano fasci di cellule epitelioidi leggermente pleomorfe a distribuzione omogenea. Veniva pertanto formulata la diagnosi di nevo di Spitz atipico

Discussione

I nevi di Spitz atipici rappresentano una categoria intermedia di lesioni melanocitarie difficili da differenziare dal melanoma poiché condividono caratteristiche comuni. (1) La RCM rappresenta una metodica diagnostica aggiuntiva non invasiva. Le caratteristiche in RCM dei tumori di Spitz atipici non sono ancora ben definite. (1,2) Sono state descritte caratteristiche in microscopia confocale utili nella diagnosi differenziale tra i nevi di Spitz e il melanoma, (2) tuttavia uno studio di Guida et al afferma che la RCM non risulta utile nelle lesioni con pattern dermoscopico multicomponente poiché molte caratteristiche "maligne" sono condivise da entrambe le entità. (1) È importante quindi sempre considerare l'età del paziente durante la valutazione delle lesioni spitzoidi. Inoltre, questo caso illustra le caratteristiche in RCM di un nevo di Spitz atipico con un'impressionante correlazione dermoscopica e istopatologica.

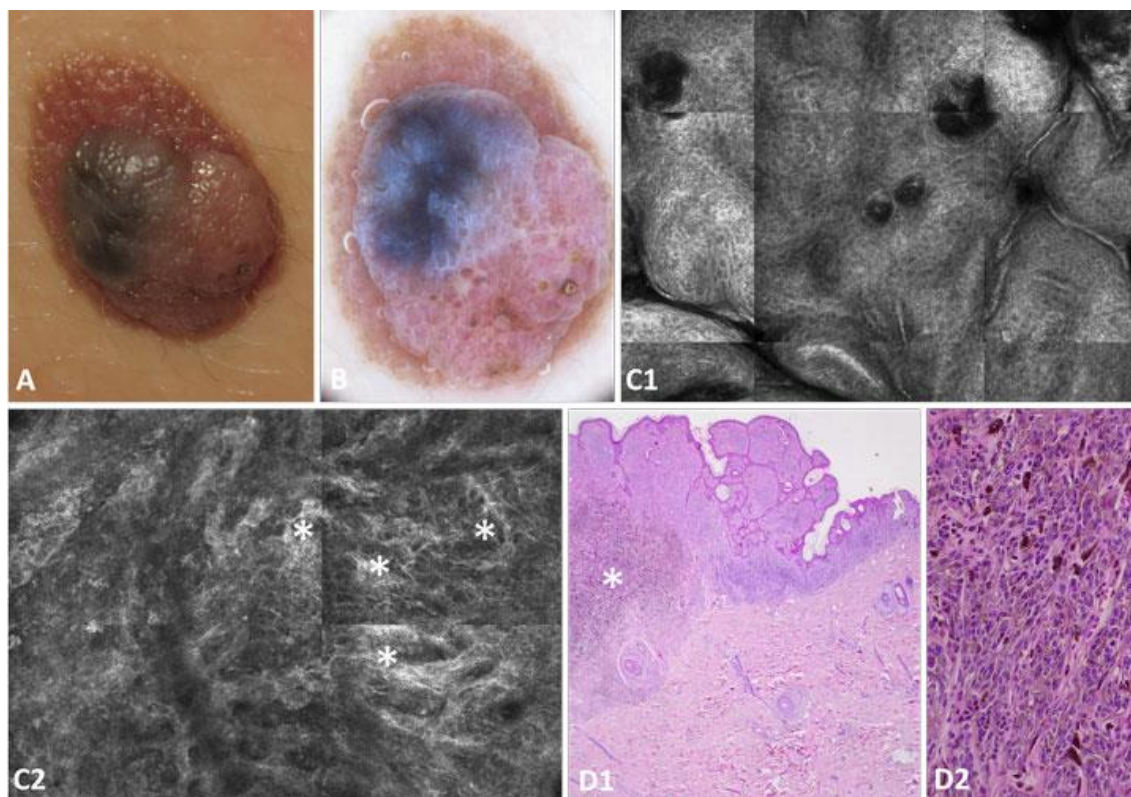


Figura 1. Nevo di Spitz. A) Quadro clinico: papula asimmetrica di 1 cm di diametro dal colore rosa e nero non uniforme; B) Quadro dermoscopico: pattern multicomponente con pigmentazione irregolare marrone e rosa, e velo bianco-blu; C) Immagine RCM: C1 – epidermide *honeycomb* e papille dermiche sottili; C2 – Pattern *meshwork* irregolare alla giunzione dermo-epidermica associate a papille dermiche totalmente disorganizzate a causa di molteplici cellule fusiformi luminose con dendriti (asterischi bianchi). D) Quadro istopatologico: D1 - Proliferazione globale asimmetrica caratterizzata da elementi melanocitici polipoidi con un'importante componente profonda. Presenza di nidi alla giunzione dermo-epidermica mentre l'aspetto dermico è altamente cellulare (asterisco bianco) (H&E, x25). D2 - Ingrandimento maggiore che mostra la componente dermica cellulare caratterizzata da cellule epitelioidi leggermente pleomorfe organizzate in fascicoli. L'immunostochimica di queste cellule per HMB-45 è risultata positiva in tutto il derma (H&E, x100).

1. Guida S, Pellacani G, Cesinaro AM, Moscarella E, Argenziano G, Farnetani F, et al. Spitz naevi and melanomas with similar dermoscopic patterns: can confocal microscopy differentiate? *The Br J Dermatol*. 2016;174(3):610-6. doi: 10.1111/bjd.14286. PMID: 26554394.

2. Pellacani G, Longo C, Ferrara G, Cesinaro AM, Bassoli S, Guitera P, et al. Spitz nevi: In vivo confocal microscopic features, dermoscopic aspects, histopathologic correlates, and diagnostic significance. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(2):236-47. doi: 10.1016/j.jaad.2008.07.061. PMID: 19091443.

Radiotherapy-induced subclinical skin changes revealed by dynamic optical coherence tomography: a case-controlled pilot study

Alberto Sticchi ¹ Camilla Chello ² Silvana Ciardo ¹ Mario Guanti ¹ Francesca Farnetani ¹ Stefania Guida ¹ Marco Manfredini ¹ Giovanni Pellacani ³

¹Section of Dermatology, Department of Surgical, Medical, Dental and Morphological Sciences with Interest Transplant, Oncological and Regenerative Medicine, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy. ²Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italy. ³Dermatology, Department of Clinical Internal, Anesthesiological and Cardiovascular Sciences, La Sapienza University of Rome, Rome, Italy .

Introduction

Radiotherapy (RT), often used in the treatment of several cancers, including breast cancer, may cause toxic cutaneous effects, depending on individual clinical patient characteristics and upon the amount of RT irradiation and duration.¹ Such effects can be either acute (e.g. erythema, oedema, necrosis, telangiectasias, ulcerations), or chronic (e.g. hyperkeratosis, hyperpigmentation, increased risk of nonmelanoma skin cancer).

Dynamic optical coherence tomography (D-OCT) is a non-invasive imaging technique increasingly being applied to the study of physiologic and pathologic skin changes, inflammatory skin diseases and malignant and non-malignant tumour detection.² Aim of our study was to identify subclinical changes throught D-OCT in clinically healthy skin of female patients with a diagnosed breast cancer, subsequently treated with RT and compared with a control group.

D-OCT feature	Definition
Epidermal thickness	Distance between stratum granulosum and DEJ ⁷
Dermo-epidermal junction	Undulated line that separates the epidermis and the dermis ⁷
Collagen density	Is a measure of collagen thickness that is calculated according to the exponential decrease in the OCT signal with depth in a selected region of interest (ROI) ⁵
Dermal hypoechogenic areas	Hypoechogenic horizontal areas with no clear vascular signal
Dots, blobs, coiled, lined, curved, serpiginous, mottle, mesh, branching	Vascular morphology and distribution according to the parameters defined in a recent study ⁷
Vascular threshold at 300- and 500-µm depths	The quantification of vessel density is performed on horizontal D-OCT images at two standard depths from stratum corneum surface—300 and 500 µm, corresponding to superficial and intermediate dermis, respectively ^{5,7}

Table 1. D-OCT features. DEJ, dermo-epidermal junction; D-OCT, dynamic optical coherence tomography

Materials and methods

A set of clinical and D-OCT images were acquired in 12 adult women following quadrantectomy and hypofractionated adjuvant RT for breast cancer (any tumour stage). RT dosages were standardized according to tumour stage. Inclusion criteria also specified the absence of clinical evidence of radiodermatitis (grade 0 ¹) for the whole breast at the time of D-OCT image acquisition. Images were acquired at the superior anterior axillary line that was directly included in the target region of one of the RT fractions, 21–28 days from final RT session (treatment group). An age-matched group of 15 healthy women was enrolled as control. D-OCT features were analysed for both patients and controls (Table 1). Student’s t-test and chi-square test were applied, *P* < 0.05 was considered statistically significant.

Results

Women treated with RT had an increased microvascularization affecting the dermal blood flow component (*P* < 0.05), as visualized by higher attenuation signal and increased vascular threshold at depths of 300 µm at D-OCT (Fig. 1b, d, Fig 2). Horizontal dermal hypoechogenic areas were also visualized in patients (*P* < 0.05), which may indicate an increase in lymphatic flow due to inflammatory and apoptotic mechanisms (Fig. 1a,c, Fig 2). Additonally, the dermo-epidermal junction more frequently appeared blurred in enrolled patients (*P* < 0.05).

Discussion

As already suggested in previous murine studies, our D-OCT images confirmed that women treated with RT have an increased microvascularization affecting the dermal blood flow component. Indeed, as already histologically observed, inflammation, elastic fibres disorganization and altered vessel density may be present in women treated with RT, independently of clinical signs.³ Acquired lymphangiectasia is frequently observed in women subjected to mastectomy and/or RT, in terms of cystic dilations of lymphatic vessels, due to obstructions and alterations. This could explain the identification throught D-OCT of dermal hypoechogenic areas. Blurring of dermo-epidermal junction observed in enrolled patients may be caused by vascular degeneration of basal cells and the presence of spongiosis.^{1,4}

Conclusion

To the best of our knowledge, this is the first study to describe D-OCT features of the skin of patients undergoing RT, which are in line with other non-invasive imaging devices. These outcomes underline the importance of treating skin of the target RT area with topical protective therapies, independently of clinical signs, in order to prevent consequences, such as ulcers and cutaneous malignancy.

Figure 1. Vertical and horizontal D-OCT images of a patient treated with radiotherapy (a–d). Vertical sections showed dermal hypoechogenic areas (green asterisk) and a blurred dermo-epidermal junction (blue arrows) (a,c). Horizontal D-OCT images obtained at 300 µm (b) and 500 µm (d) depths from the skin surface showed an increased vascular signal. D-OCT, Dynamic optical coherence tomography.

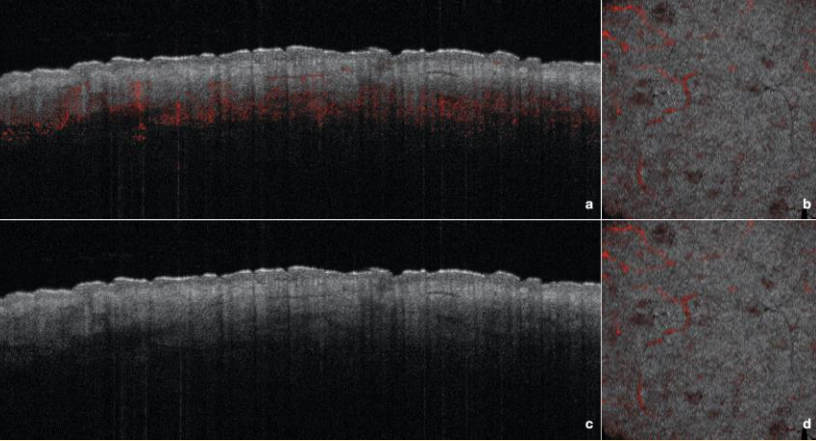


Figure 2. Vertical and horizontal D-OCT images of controls (a-d).

References

¹ Kisonas J,Venius J,Sevriukova et al. Application of reflectance confocal microscopy for early diagnosis of radiation-induced acute dermatitis in radiosensitive patient: case study. Radiat Prot Dosim 2018; 182: 93–97.
² Manfredini M, Greco M, Farnetani F et al. Acne: morphologic and vascular study of lesions and surrounding skin by means of optical coherence tomography. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31: 1541–1546.
³ Jackowski S, Janusch M, Fiedler E et al. Radiogeniclymphangiogenesisin the skin. Am J Pathol 2007; 171: 338–348.
⁴ Lee J, Jang WH, Shim S et al. Characterization of early-stage cutaneous radiation injury by using optical coherence tomography angiography. Biomed Opt Express 2020; 11: 2652–2664.

CORRELATI DERMOSCOPICO E IN MICROSCOPIA CONFOCALE DI MELANOMI NODULARI PIGMENTATI E NON

Gioia Pedroni¹, Michela Lai^{1,2,3}, Simonetta Piana⁴, Caterina Longo^{1,2}

¹ Dipartimento di Dermatologia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia; ² Centro Oncologico ad Alta Tecnologia Diagnostica, Azienda Unità Sanitaria Locale - IRCCS di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italia; ³ Clinical and Experimental Medicine PhD Program, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia; ⁴ Unità di Anatomia Patologica, Azienda Unità Sanitaria Locale - IRCCS di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italia

Il melanoma nodulare (MN) è una delle varianti più aggressive ed è responsabile di circa il 40% dei decessi da melanoma.

Pochi dati sono disponibili per la diagnosi del MN, soprattutto per le varianti ipopigmentate/amelanotiche, dove la dermoscopia non ha elevata accuratezza diagnostica.

In uno studio preliminare, abbiamo valutato retrospettivamente le immagini dermoscopiche e in confocale di 31 casi.

Indipendentemente dalla presenza del pigmento, in confocale si osservano i criteri diagnostici melanoma-specifici quali i nidi con atipia citologica già descritti per la variante pigmentata.

MN amelanotico, livello III, 2 mm sec. Breslow	Nidi cerebriformi Vasi dilatati e tortuosi nei pressi dei nidi	
MN ipopigmentato, livello IV, 2.3 mm sec. Breslow	Vasi dilatati nei pressi dei nidi Nidi cerebriformi iporiflettenti circondati da fibre collagene iperriflettenti	
MN ipopigmentato, livello IV, 2.3 mm sec Breslow	Nidi cerebriformi iporiflettenti nella porzione depigmentata Sheet-like structures Vasi dilatati nei pressi dei nidi	
MN ipopigmentato, livello IV, 7.5 mm sec. Breslow	Nido denso e sparso Vasi dilatati nei pressi dei nidi Nidi cerebriformi nella porzione pigmentata più riflettenti rispetto alle lesioni ipopigmentate/amelanotiche Nido denso	
MN pigmentato, livello IV, 3 mm sec Breslow	Nidi densi e sparsi simil-corde, iperriflettenti	

Conclusioni

La microscopia confocale è una metodica non invasiva che fornisce immagini con definizione simil-istologica che permette di incrementare la capacità diagnostica clinica dei MN, in particolare per le varianti più difficili come quelli ipopigmentati ed amelanotici.

Lo studio preliminare verrà ampliato su casistica più numerosa per corroborare i dati qui presentati.

Fabio Stefano Maramao¹, Salvatore Zanframundo², Rosa Coppola², Michele Donati^{3,4}, Vincenzo Panasiti².

¹UOSD di Dermatologia, Fondazione Policlinico Tor Vergata, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma, Italia; ²Unit of Plastic and Reconstructive Surgery, Campus Bio-Medico University, Rome, Italy; ³Department of Pathology, University Hospital Campus Bio-Medico, Rome, Italy; ⁴Sikl's Department of Pathology, Medical Faculty in Pilsen, Charles University in Prague, Pilsen, Czech Republic.

Introduzione

Il Lichen Nitidus (LN) è una dermatosi infiammatoria lichenoidale cronica che di solito inizia nell'infanzia o nella prima età adulta. Il LN è caratterizzato da papule minuscole, di colorito rosa, a sommità piatta o a forma di cupola, generalmente asintomatiche. Le sedi anatomiche coinvolte sono comunemente il tronco, le estremità, i genitali e la regione sacrale ma può interessare tutto l'ambito cutaneo. Localizzazioni più rare sono, invece, i palmi delle mani, le piante dei piedi, le unghie e le mucose¹. I reperti istopatologici sono piuttosto peculiari: in ciascuna papula di LN è presente un infiltrato infiammatorio linfo-istiocitario confinato nella papilla dermica, in contatto con le cellule basali dell'epidermide, la quale appare appiattita e paracheratosica. Il pattern istologico "claw clutching a ball" è dato dalle creste allungate dell'epidermide che sembrano abbracciare l'infiltrato infiammatorio dermico ed è caratteristico delle papule di LN¹.

Descrizione del caso

Il paziente, un uomo di 18 anni, riferisce lo sviluppo negli ultimi tre anni di molteplici papule ipercheratosiche localizzate alle superfici palmari di entrambe le mani. Queste lesioni si presentano di colore rosa pallido con una lieve depressione centrale, appaiono ben circoscritte e causano un leggero prurito [Fig.1]. La dermoscopia a luce polarizzata (20x) ha evidenziato papule di colorito giallastro con depressione centrale e squame periferiche bianche che formano un collareto, circondate da una cute non eritematosa associate ad assenza di dermatoglifi [Fig. 2]. È stata eseguita una biopsia e l'esame istologico ha mostrato ipercheratosi orto e paracheratosica, con esosierosi e lieve spongiosi. Il derma era caratterizzato da un infiltrato linfo-istiocitario con cellule giganti multinucleate, disposte all'interfaccia dermo-epidermica, confinate all'interno di una singola papilla dermica, con aggressione dello strato basale dell'epidermide. Il quadro è compatibile con il pattern «claw clutching a ball» per cui la diagnosi di LN è stata posta [Fig. 3, Fig. 4]. Il paziente è stato trattato con un inibitore topico della calcineurina, il tacrolimus 0,1%, due volte al giorno per un mese poi una volta al giorno per altri due mesi, con miglioramento delle lesioni cutanee e del prurito.

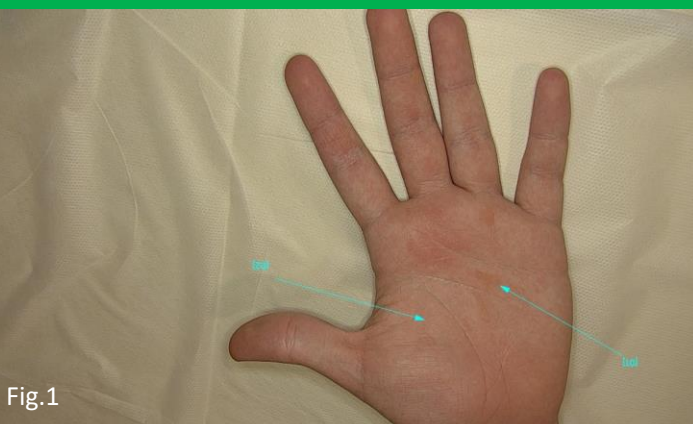


Fig.1



Fig.2

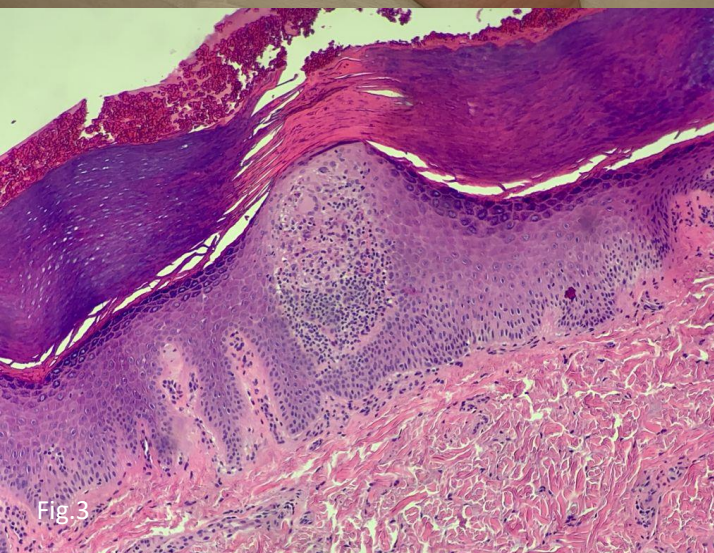


Fig.3

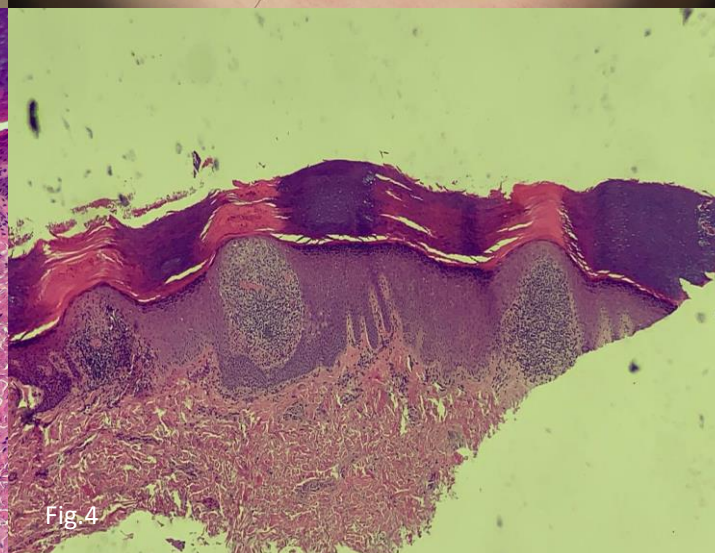


Fig.4

Discussione

Il Lichen Nitidus è una manifestazione cutanea autolimitante che può risolversi spontaneamente dopo alcuni mesi o anni. È una diagnosi spesso difficile clinicamente, data la presentazione talvolta ambigua, e dovrebbe rientrare più frequentemente tra le ipotesi diagnostiche in pazienti che si presentano con piccole lesioni papulose, di colorito roseo, raggruppate e lievemente pruriginose. In questi casi la dermoscopia può fornirci un prezioso aiuto. Jakhar et al² hanno descritto alcune caratteristiche dermoscopiche distintive di LN, come l'assenza di dermatoglifi, la presenza di papule con depressione centrale, desquamazione periferica, ipopigmentazione mal definita con eritema e vasi lineari. Nel nostro caso la dermoscopia confermava alcuni di questi criteri, come le molteplici papule con depressione centrale e la presenza di squame periferiche oltre all'assenza di dermatoglifi. Il trattamento del LN solitamente si basa sull'applicazione di farmaci per via topica come corticosteroidi o tacrolimus; in alternativa si può ricorrere alla fototerapia³. Il nostro è il primo caso di LN a localizzazione palmare trattato con tacrolimus topico per tre mesi, con notevole miglioramento del quadro clinico e dei sintomi. Il paziente è tutt'ora in follow-up e non vi è alcuna ripresa della malattia dopo sei mesi dalla fine del trattamento.

1. Cox NH, Coulson IH. Systemic disease and the skin. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, eds. Rook's Textbook of Dermatology, 8th ed. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010:41.1-41.28.
2. Jakhar D, Grover C, Kaur I, Sharma S. Dermatoscopic features of lichen nitidus. Pediatr Dermatol. 2018 Nov;35(6):866-867. doi: 10.1111/pde.13576. Epub 2018 Jun 26. PMID: 29943848
3. Dobbs CR, Murphy SJ. Lichen nitidus treated with topical tacrolimus. J Drugs Dermatol. 2004 Nov-Dec;3(6):683-4. PMID: 15624754.

LC-OCT per la diagnostica non invasiva dell'infezione umana da Cowpox virus

Giulio Cortonesi¹, Pietro Rubegni¹, Jean-Luc Perrot², Elisa Cinotti¹

¹U.O.C. Dermatologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, AOUS, Policlinico Santa Maria alle Scotte, Università di Siena, Siena, Italia

²Unità di Dermatologia, Ospedale Universitario di St-Etienne, Saint-Etienne, Francia

Introduzione e obiettivi

La malattia da Cowpox virus è una rara zoonosi trasmessa attraverso contatto con animali infetti, soprattutto gatti, attraverso soluzioni di continuo della cute. I pazienti immunocompetenti sviluppano lesioni localizzate, dolorose, che si possono presentare sottoforma di noduli ulcerati o crostosi.

Materiali e metodi

Una bambina di 8 anni si presentava in ospedale con una lesione cutanea della guancia sinistra, presente da settimane, evoluta da iniziale papula con cratere centrale (**fig. 1a**), a pustola (**fig. 1b**) fino a diventare un'erosione di grandi dimensioni centrata da crosta (**fig. 1c**). La dermoscopia mostrava una zona ulcerata con un pattern vascolare polimorfo (**fig. 2a**). Un esame eseguito mediante *line-field confocal optical coherence tomography* (LC-OCT) ha mostrato cheratinociti irregolari e vescicole intraepidermiche contenenti grosse cellule acantolitiche (**fig. 2b-d**), permettendo di sospettare un'eziologia virale di tale manifestazione.



Fig. 1: stadi di evoluzione della lesione della guancia

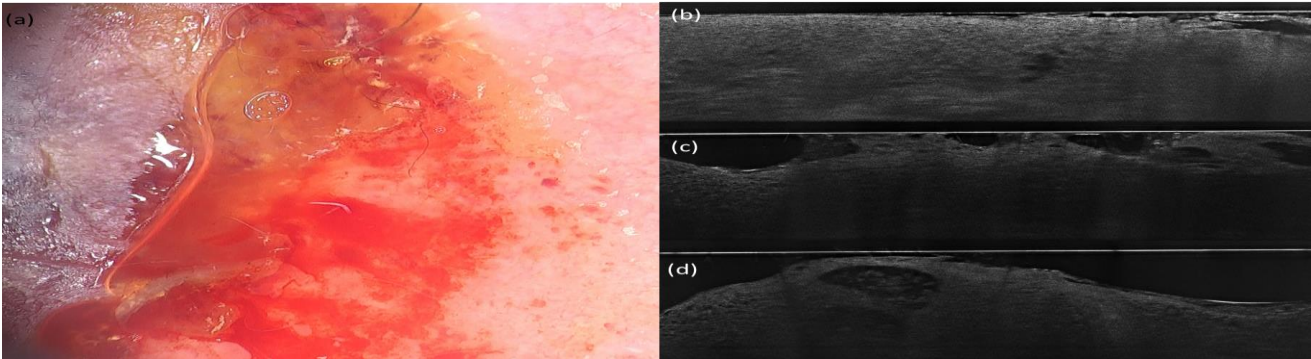


Fig. 2: immagini in dermoscopia (a) e LC-OCT (b-d) della lesione

Risultati

L'esame istologico effettuato su biopsia cutanea (**fig. 3**) ha mostrato un quadro compatibile con infezione da Cowpox virus. Per tale ragione è stato effettuato un test per la ricerca del genoma virale, risultato positivo, confermando quindi il sospetto diagnostico.

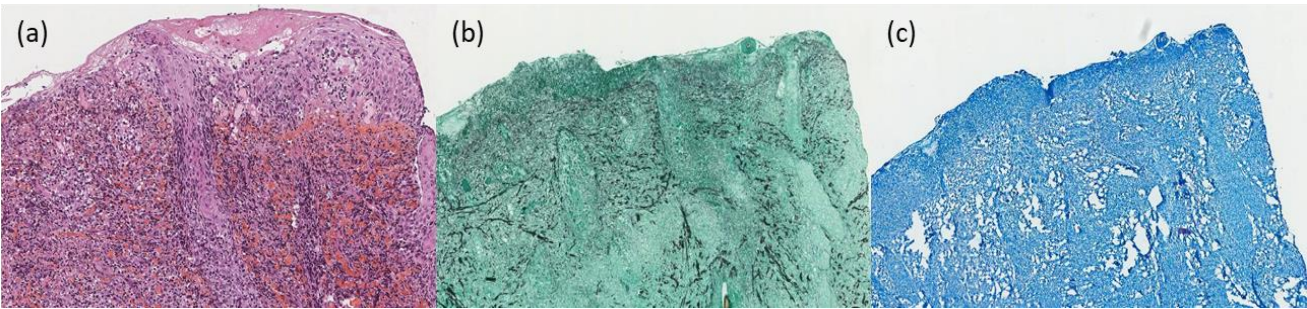


Fig. 3: esame istopatologico in ematossilina-eosina (a), Grocott (b) e Ziehl-Neelsen (c) del prelievo biptico

Conclusioni

LC-OCT può rappresentare un ulteriore strumento di diagnostica non invasiva utile all'identificazione anche di malattie infettive poco comuni.

-Vorou RM, Papavassiliou VG, Pierrotsakos IN. Cowpox virus infection: an emerging health threat. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2008 Apr;21(2):153-6.
-Coras B, Elbauer S, Pfeffer M, Meyer H, Schröder J, Stolz W, et al. Cowpox and a cat. *The Lancet*. 2005 Jan;365(9457):446.
-Baxby D, Bennett M. Cowpox: a re-evaluation of the risks of human cowpox based on new epidemiological information. In: Kaaden O-R, Czerny C-P, Eichhorn W, editors. *Viral Zoonoses and Food of Animal Origin* [Internet]. Vienna: Springer Vienna; 1997 [cited 2022 Mar 9]. p. 1-12. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-7091-6534-8_1
-Wolfs TFW, Wagenaar JA, Niesters HGM, Osterhaus ADME. Rat-to-Human Transmission of Cowpox Infection. *Emerg Infect Dis*. 2002 Dec;8(12):1495-6.
-Nitsche A, Pauli G. Sporadic human cases of cowpox in Germany. *Weekly releases (1997-2007)* [Internet]. 2007 Apr 19 [cited 2022 Mar 9];12(16). Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/esw.12.16.03178-en>
-Wienecke R, Wolff H, Schaller M, Meyer H, Plewig G. Cowpox virus infection in an 11-year-old girl. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000 May;42(5):892-4.

Introduzione ed obiettivi dello studio

Martina Bertello¹, Linda Tognetti¹, Alessandra Cartocci^{1,2}, Elisa Cinotti¹, Pietro Rubegni¹.

1 Unità di Dermatologia, Dipartimento di scienze mediche chirurgiche e neuroscienze, Università degli studi di Siena, Siena, Italia.

2 Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Università degli studi di Siena, Siena, Italia.

Introduzione ed obiettivi dello studio

La diagnostica differenziale non-invasiva tra nevo atipico (aN) e melanoma (MM) rappresenta ancora oggi una criticità nella pratica clinica, in quanto tali entità rappresentano un *continuum* biologico e mostrano caratteristiche cliniche e dermoscopiche sovrapponibili. Risulta quindi imprescindibile la valutazione globale del paziente e dei suoi fattori di rischio clinici, anamnestici e demografici. Questo studio ha lo scopo di indagare quali fattori di rischio inserire in una *checklist* di rischio integrata con i parametri dermoscopiche con una performance diagnostica maggiore rispetto al precedente *iDscore2018*.

Materiali e Metodi

Sono state raccolte le immagini dermoscopiche di 258 aN e 116 MM, i dati clinico-anamnestici riguardanti i pazienti (sesso, età, storia personale/familiare di MM, fototipo, feomelanina, colore degli occhi, colore dei capelli, nei del braccio destro >11), il diametro massimo delle lesioni e la loro sede di comparsa, inquadrata in 4 macro aree. Sono state valutate le caratteristiche dermoscopiche, riconoscendo l'eventuale presenza di 7 strutture predittive di rischio (reticolo atipico, strie irregolari, velo bianco-blu, peppering, aree bianche simil cicatriziali, strie biancastre, globuli irregolari). L'analisi statistica dei dati è stata condotta utilizzando l'analisi bivariata per valutare l'incremento in accuratezza diagnostica rispetto al precedente *iDscore 2018* e l'analisi multivariata *stepwise* per selezionare il set di predittori con la migliore relazione con la variabile dipendente (rischio di melanoma).

iDScore 2021	
checklist	coefficient
1. Blue white veil	2
2. Irregular Streaks	2
3. Irregular dots and globules	1
4. Blue Gray Peppering	1
5. Maximum Diameter	
≥11mm	4
6–10 mm	2
6. Age	
31-60 years	3
≥61 mm	5
7. Lower extremities frequently photoexposed [thighs/legs/ankles/back of the feet]	1
8. Fair phototype (I/II)	1
9. History of MM (personal / 1st degree relative)	1

Risultati

Dall'analisi bivariata è emerso che soltanto due variabili, il fototipo I/II (OR 2.9) e l'anamnesi personale/familiare di melanoma (OR 2.8), aumentavano l'accuratezza diagnostica di *iDscore 2018*. L'algoritmo ottenuto (figura a lato) è composto da 9 variabili: età, fototipo, storia personale/familiare di MM, diametro massimo, localizzazione sugli arti inferiori, globuli irregolari, strie irregolari, *peppering*, velo grigio-blu) e permette di assegnare alla lesione un punteggio progressivo da 0 a 18. Dall'analisi della curva ROC e relativa AUROC, che descrive la performance dell'algoritmo, emerge che nel differenziare nevi atipici e melanomi precoci, *iDscore2021* ha una performance (0.917, IC 95% 0.887-0.944) migliore rispetto alla versione *iDscore2018* (0.904, IC 95% 0.872-0.935) (figura in basso).

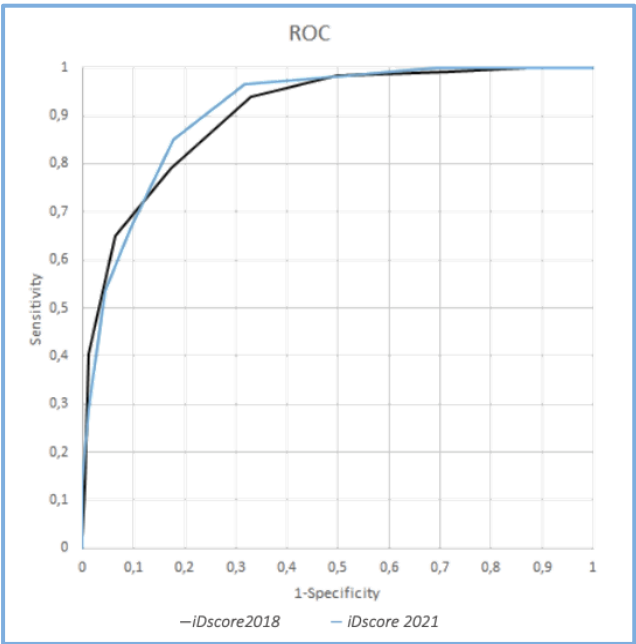
Conclusioni

iDscore2021 è una *checklist* che integra parametri clinico-anamnestici e dermoscopiche, fornendo uno score di rischio che permette una panoramica più completa sui fattori di rischio per MM, rispetto alla sola valutazione dermoscopica utilizzata in passato. Rispetto alla versione precedente è inoltre più rapido ed efficace, in quanto punta l'attenzione sui parametri che realmente incidono nello sviluppo del MM, evitando di dedicare tempo alla valutazione di parametri non veramente discriminanti.

L. Tognetti, G. Cevenini, E. Moscarella et al., «An integrated clinical-dermoscopic risk scoring system for the differentiation between early melanoma and atypical nevi: the *iDscore*», J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. JEADV, vol. 32, n. 12, pagg. 2162– 2170, dic. 2018.

L. Tognetti, A. Cartocci, E. Cinotti et al., «The impact of anatomical location and sun exposure on the dermoscopic recognition of atypical nevi and early melanomas: usefulness of an integrated clinical-dermoscopic method (*iDscore*)», J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. JEADV, vol. 35, n. 3, pagg. 650–657, mar. 2021.

Tognetti L, Cartocci A, Cinotti E, et al. Dermoscopy of early melanomas: variation according to the anatomic site. Arch Dermatol Res. 2022;314(2):183-190.

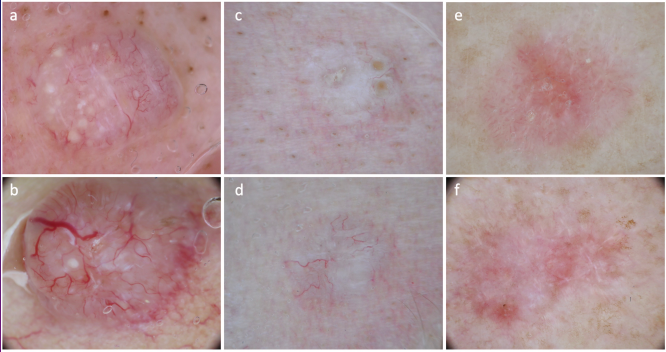


Dermoscopia dei tumori annessiali della cute: una revisione sistematica della letteratura

Roberta Ruggeri¹ | Fabrizio Podeschi¹ | Marta Muscianese⁴ | Simonetta Piana⁵ | Johanna Chester¹ | Stefania Borsari² | Giovanni Paolino⁶ | Giovanni Pellacani⁷ | Caterina Longo^{1,2} | Riccardo Pampena^{1,2} | Michela Lai^{1,2,3}

I tumori annessiali della cute (TA) rappresentano un'importante sfida diagnostica, in quanto in grado di simulare altre neoformazioni cutanee. Una revisione sistematica della letteratura ha portato alla selezione di 206 articoli comprendenti 372 TA. La maggior parte dei TA sono risultati apocrini-eccrini (58.3%) con una prevalenza dei poromi, seguiti dai TA follicolari (23.7%) e dai TA sebacei (18%). I TA sono stati classificati sulla base della loro capacità di mimare i quattro gruppi di tumori cutanei più frequenti: carcinoma basocellulare (BCC), carcinoma squamocellulare (SCC), lesioni melanocitarie e lesioni cutanee benigne non melanocitarie.

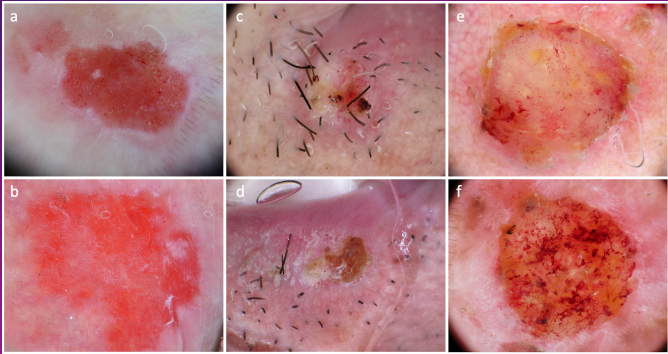
Tumori annessiali simulanti carcinomi basocellulari (BCC): dermoscopia



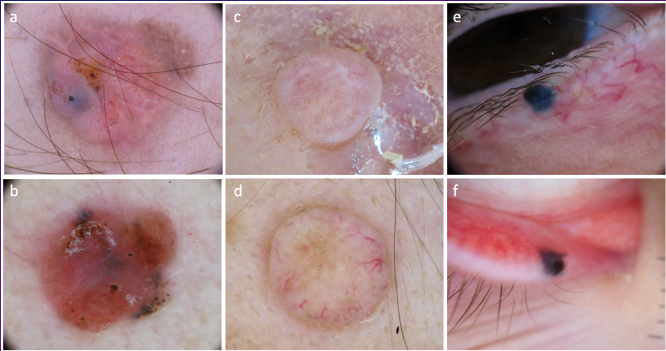
- a → Tricoepitelioma
- b → BCC nodulare
- c → Tricoepitelioma desmoplastico
- d → BCC infiltrante
- e → Tumore dell'infundibolo follicolare
- f → BCC superficiale

Tumori annessiali simulanti carcinomi squamocellulari (SCC): dermoscopia

- a → Malattia di Paget extramammaria
- b → Morbo di Bowen
- c → Trichilemmoma
- d → SCC ben differenziato
- e → Carcinoma trichilemmale
- f → SCC scarsamente differenziato



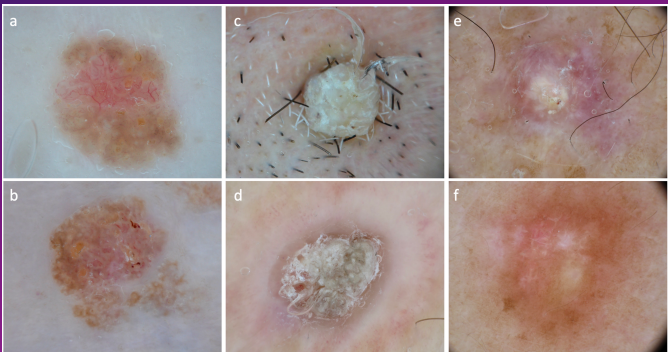
Tumori annessiali simulanti lesioni melanocitarie: dermoscopia



- a → Sebaceoma
- b → Melanoma nodulare
- c → Spiradenoma eccrino
- d → Nevo dermico
- e → Idrocistoma apocrino
- f → Nevo blu

Tumori annessiali simulanti lesioni cutanee benigne non melanocitarie: dermoscopia

- a → Poroma
- b → Cheratosi seborroica
- c → Trichilemmoma
- d → Verruca virale
- e → Pilomatricoma
- f → Dermatofibroma



¹Dermatologia, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia | ²Dermatologia, IRCCS di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italia | ³Dottorato di Ricerca in Clinical and Experimental Medicine (CEM), Università di Modena e Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italia | ⁴Studio Privato, Via Ottaviano, 32, Roma, Italia | ⁵Anatomia Patologica, IRCCS di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italia | ⁶Dermatologia, IRCCS dell'Ospedale San Raffaele, Milano, Italia | ⁷Clinica Dermatologica, Università Sapienza di Roma, Roma, Italia

Monitoraggio della risposta al trattamento non chirurgico del carcinoma basocellulare: revisione sistematica e metanalisi

Flavio Fiorito¹, Antonio Alma¹, Kaleci Shaniko¹, Johanna Chester¹, Silvana Ciardo¹, Ilaria Proietti², Roberta Giuffrida³, Iris Zalaudek⁴, Marco Manfredini¹, Caterina Longo^{1,5}, Giovanni Pellacani⁶, Francesca Farnetani¹, Stefania Guida¹

¹ Dermatology Unit, Department of Surgical, Medical, Dental and Morphological Sciences Related to Transplant, Oncology and Regenerative Medicine, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy. ² Dermatology Unit "Daniele Innocenzi", Department of Medical-Surgical Sciences and Bio-Technologies, Sapienza University of Rome, Fiorini Hospital, Polo Pontino, 04019 Terracina, Italy. ³ Department of Clinical and Experimental Medicine, Section of Dermatology, University of Messina, Messina, Italy. ⁴ Dermatology Clinic, Hospital Maggiore di Trieste, University of Trieste, Trieste, Italy. ⁵ Centro Oncologico ad Alta Tecnologia Diagnostica, Azienda Unità Sanitaria Locale -Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy. ⁶ Dermatologic Unit, Department of Clinical Internal, Anesthesiological and Cardiovascular Sciences, Sapienza University of Rome, Rome, Italy.

Introduzione

Il trattamento non chirurgico del carcinoma basocellulare (basal cell carcinoma, BCC) può essere monitorato attraverso tecniche di diagnostica non invasiva. La precisione nell'individuazione della persistenza del BCC mediante dermoscopia, microscopia laser confocale (reflectance confocal microscopy, RCM) e tomografia a coerenza ottica (optical coherence tomography, OCT) non è, ad oggi, stata chiarita.

Lo scopo di questo studio è di eseguire una revisione sistematica della letteratura e una metanalisi dei dati per identificare la proporzione di tumori persistenti dopo trattamento medico mediante le suddette metodiche di diagnostica non invasiva. Inoltre, l'obiettivo è di valutare l'accuratezza diagnostica di RCM e OCT.

Materiali e Metodi

La revisione della letteratura è stata condotta seguendo le linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses).

I criteri per la selezione degli studi sono stati: BCC trattati con terapia medica e monitorati con esame clinico, dermoscopia, OCT e/o RCM, con conferma istopatologica o citodiagnostica di casi sospetti di persistenza di BCC primario. Sono stati esclusi lavori scritti in una lingua diversa dall'inglese, comprendenti meno di 10 BCC trattati con terapia medica, trattamenti off-label, studi con un numero non chiaro di BCC persistenti e.

Risultati

Sono stati selezionati 7 studi¹⁻⁷ comprendenti 223 BCC (177 pazienti) trattati con terapia medica (Tabella 1).

Proporzioni aggregate

Complessivamente, la proporzione aggregata della percentuale di BCC persistenti (intervallo di confidenza, CI, al 95%) rilevata con l'istopatologia era del 28,3% (17.9-39.9) mentre quella rilevata con l'esame clinico era 20.1% (12-29.7), mediante dermoscopia 18.4% (7.8-32.3), OCT 20.9% (8.7-36.9) ed RCM 32.9% (15.3-53.6) (Figura 1).

Accuratezza diagnostica OCT

La sensibilità e la specificità dell'OCT stimate sono rispettivamente dell'86,4% (95% CI: 65,1 - 97,1) e del 100% (95% CI: 94,8 - 100,0), Figura 2A,B. In particolare, 91 BCC trattati con terapia medica sono stati monitorati mediante OCT. Di questi 91 BCC, 19 sono risultati persistenti mediante istopatologia mentre l'OCT ne individuava 22 come sospetti per la persistenza della malattia, rivelando pertanto una sovradiagnosi per l'OCT del 15,7% (3 falsi positivi). Questi 3 casi falsi positivi sono stati diagnosticati all'istopatologia come 1 iperplasia sebacea e 2 lesioni ipercheratosiche.

Accuratezza diagnostica RCM

La sensibilità e la specificità dell'RCM sono risultate rispettivamente del 100% (95% CI: 86,8-100) e del 72,5% (95% CI: 64,4-79,7), Figura 2C,D. Di 70 BCC monitorati con RCM, 26 (37,1%) sono stati identificati come sospetti di persistenza della malattia. La successiva valutazione istopatologica ha confermato tutte le lesioni sospette con RCM e un'ulteriore lesione, non considerata come malattia persistente attraverso l'analisi RCM (1 falso negativo), rivelando un'accuratezza diagnostica del 96,3% per RCM.

Conclusioni

Nel monitoraggio del trattamento non chirurgico del BCC:

- l'esame clinico e la dermoscopia sono imprescindibili nella pratica quotidiana, sebbene sottostimino il numero dei BCC persistenti.
- l'OCT è la metodica con maggiore specificità
- l'esame RCM è il più sensibile nell'identificazione di BCC persistenti dopo terapia medica

Pertanto, OCT e RCM possono supportare il monitoraggio non invasivo di BCC trattati con approccio non chirurgico. Considerando l'elevata sensibilità di RCM e l'elevata specificità di OCT, sono incoraggiati studi che riportino un approccio integrato con le due metodiche.

Bibliografia

- Longo C et al. Dermatology. 2012;225:264-70.
- Venturini M et al. Br J Dermatol. 2013;168:99-105.
- Apalla Z et al. Br J Dermatol. 2014 Apr;170(4):809-15.

Tabella 1. Caratteristiche principali degli studi selezionati

Autore, bibliografia*	Pazienti	BCC,n	Terapia	Follow-up,mesi	Strumenti di diagnostica non invasiva utilizzati
Longo 2012	10	12	PDT	18	Dermoscopia, RCM
Venturini 2013	20	20	PDT	3	Dermoscopia , RCM
Apalla 2014	55	98	PDT, IMI	3-12	Dermoscopia
Hussain 2016	58	58	Curettage,PDT	1-36	Dermoscopia, OCT
Niculescu 2017	10	25	PDT	6	OCT
Couzan 2018	8	38*/94	Vismodegib	18	Dermoscopia, RCM
Banzhaf 2014	16	16	IMI	1	OCT

BCC, basal cell carcinoma ovvero carcinoma basocellulare; PDT, photodynamic therapy ovvero terapia fotodinamica; IMI, imiquimod; RCM, reflectance confocale microscopy ovvero microscopia confocale a riflettanza; OCT, optical coherence tomography ovvero tomografia a coerenza ottica.

*solo 38 dei 94 BC presentavano conferma istopatologica

Figura 1. Proporzioni aggregate relative al tasso di BCC persistenti dopo terapia medica, rilevati mediante differenti tecniche diagnostiche

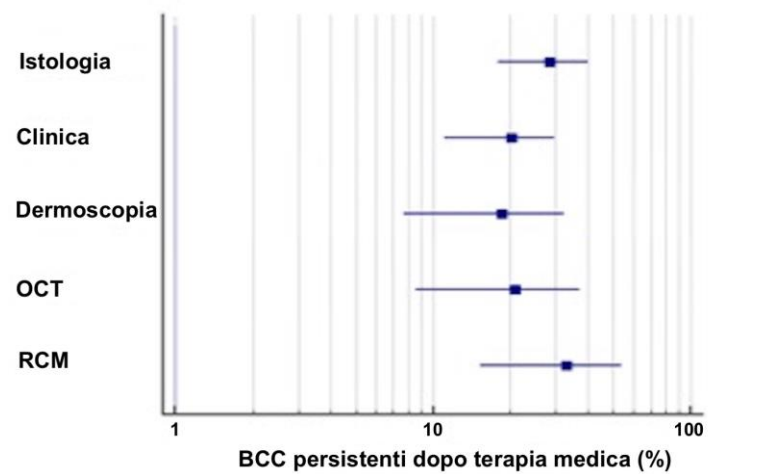
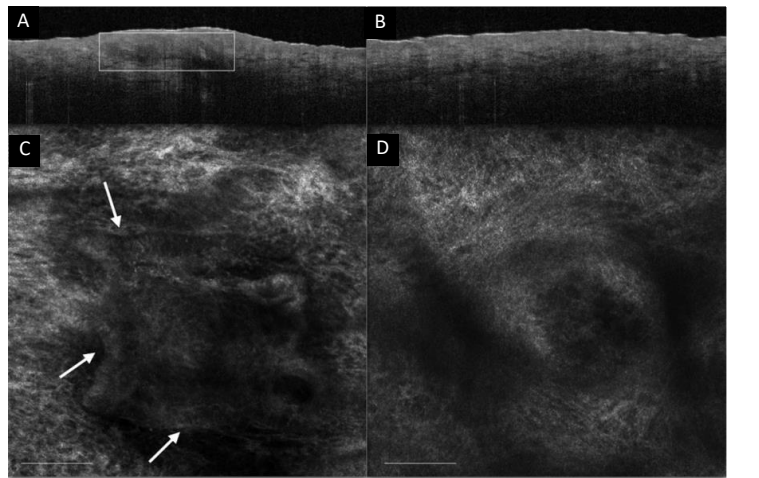


Figura 2 Immagini originali di diagnostica non invasiva relative a un BCC superficiale, rispettivamente prima e dopo il trattamento con imiquimod al 5%. (A) Immagine OCT che rileva la presenza di strutture ovoidali che protrudono dall'epidermide (rettangolo bianco) prima del trattamento (B) e assenza di lesioni al follow-up a 18 mesi, dove si otteneva completa remissione. (C) Immagine RCM che mostra «corde» di BCC pre-trattamento (D) e assenza delle stesse al follow-up a 18 mesi.



- Hussain AA et al. Photodiagnosis Photodyn Ther. 2016;14:178-84.
- Niculescu L et al. Photodiagnosis Photodyn Ther. 2017;18:133-7.
- Couzan C et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2018;32:763-7.
- Banzhaf CA et al. Skin Res Technol. 2014;20:170-6.

DERMATOSCOPIA DI UN ADENOCARCIOMA APOCRINO DELL’ASCELLA

Carlo A. Maronese^{1,2}, Francesca Barei^{1,2}, Cristina B. Spigariolo^{1,2}, Emanuela Passoni¹, Gianluca Nazzaro^{1,2}

¹UO Dermatologia, Fondazione IRCCS Ca’ Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italia

²Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia

ABSTRACT

L’adenocarcinoma apocrino è un raro carcinoma cutaneo che origina dalle ghiandole sudoripare apocrine. Si manifesta solitamente come un singolo nodulo od una massa multi-nodulare a lenta crescita con eventuale presenza di ulcerazione o sanguinamento. In letteratura, i dati riguardanti questa entità clinico-patologica sono limitati a casi clinici individuali e piccole *case series*, spesso privi di descrizione dermatoscopica. Descriviamo clinicamente e dermatoscopicamente il caso di un adenonocarcinoma apocrino cutaneo primitivo dell’ascella in un uomo di 83 anni.

CASO CLINICO

Giunge alla nostra attenzione un uomo di 83 anni per una lesione nodulare asintomatica presente a livello ascellare sinistro da circa un anno. La lesione si presentava come un nodulo rossastro di 1.4 x 1.1 cm con un collareto rosato periferico [Figura 1]. Alla dermatoscopia era visibile un’area centrale destrutturata di colore rosa-aranciato circondata da un alone irregolare rosso-violaceo. Nella porzione più esterna erano obiettivabili delle strutture a tipo crisalide. Nella porzione interna erano invece presenti dei vasi a «serpentina», non ramificati ed *out of focus*. La presenza dello “*sticky fiber sign*” indicava la presenza di un’iniziale erosione centrale [Figura 2]. I vasi a «serpentina», *out of focus* e non ramificati, permettevano di escludere un carcinoma basocellulare (BCC), mentre l’assenza di caratteri dermoscopici tipici dei tumori cheratinizzanti permettevano di escludere provvisoriamente un carcinoma squamocellulare (SCC). Tuttavia, non si poteva escludere un melanoma amelanotico. La lesione veniva pertanto rimossa mediante escissione chirurgica. L’esame istologico mostrava una proliferazione ghiandolare di cellule epiteliali moderatamente pleomorfe all’interno del derma, con nette caratteristiche di secrezione apocrina e diffusione pagetoide alla periferia della lesione. All’immunistoichimica, le cellule neoplastiche erano positive per la *cystic disease fluid protein 15* (GCDFP15), la citocheratina 7 (CK7) ed il recettore degli androgeni (AR). Tali cellule erano invece negative per l’antigene carcinoembrionario (CEA), il recettore per gli estrogeni (ER), la proteina S100 e l’antigene della membrana epiteliale (EMA). Veniva quindi posta diagnosi di adenocarcinoma apocrino cutaneo primitivo.

DISCUSSIONE

L’adenocarcinoma apocrino (AA) è un raro carcinoma cutaneo che origina dalle ghiandole sudoripare apocrine. In letteratura, i dati riguardanti questa entità clinico-patologica sono limitati a singoli casi clinici e piccole *case series*, spesso prive di descrizione dermatoscopica. L’AA colpisce tendenzialmente pazienti di età superiore ai 60 anni. Non sembra esserci una predilezione per sesso od etnia. Per quanto riguarda la clinica, questa non è sempre specifica. Si manifesta solitamente come un singolo nodulo od una massa multi-nodulare a lenta crescita con eventuale presenza di ulcerazione o sanguinamento. In una *case series* italiana, sono stati descritti anche due casi di AA che si manifestavano clinicamente come una placca ulcerata ed una lesione vegetante. Sono esigui gli articoli che descrivono gli aspetti dermatoscopici dell’AA. In un caso del distretto testa-collo, erano presenti delle aree biancastre simil-cicatrizziali con un pattern vascolare atipico nella porzione centrale. Circa la localizzazione, qualsiasi regione corporea in cui siano presenti delle ghiandole sudoripare apocrine può essere coinvolta, ma la localizzazione ascellare è molto suggestiva e deve destare sospetto. Clinicamente, l’AA entra principalmente in diagnosi differenziale con il BCC, l’SCC ed il melanoma amelanotico. Dermoscopicamente rientra nelle *pink lesions*, la cui diagnosi differenziale non è sempre univoca [Tabella 1]. Non sembra esserci un consenso circa la gestione ottimale dell’AA, benché un’ampia escissione con un margine libero di 1-2 cm sia generalmente considerata come *gold standard*. Sebbene generalmente limitato al derma, l’AA può infiltrare le strutture profonde e/o contigue o dare recidive locali. Le metastasi linfonodali regionali sono relativamente frequenti, mentre la disseminazione e la morte per malattia sono molto meno comuni. Circa la prognosi, l’adenocarcinoma apocrino ha una sopravvivenza globale mediana di 51.5 mesi e una sopravvivenza specifica per malattia a 5 anni dell’88%. L’assenza di metastasi linfonodali e sistemiche, così come l’asportazione chirurgica, correlano ovviamente con una maggiore sopravvivenza.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Hollowell et al. Cutaneous apocrine adenocarcinoma: defining epidemiology, outcomes, and optimal therapy for a rare neoplasm. J Surg Oncol. 2012;105(4):415- 419.
[2] Portelli et al. A clinical, pathological and immunohistochemical series of 9 cases of primary cutaneous apocrine carcinomas of the head and neck. Australas J Dermatol. 2020;61(2):e189-e195.
[3] Robson et al. Primary Cutaneous Apoc- rine Carcinoma: A Clinico-pathologic Analysis of 24 Cases. Am. J. Surg. Pathol. 2008; 32: 682-90.
[4] Moscarella et al. Dermoscopy features of atypical fibroxanthoma: A multicenter study of the International Dermoscopy Society. Australas J Dermatol. 2018 Nov;59(4):309-314.
[5] Sgouros D. et al. Clinical, dermoscopic and histopathological features of eccrine poroid neoplasms. Dermatology. 2013;227(2):175-9.
[6] Khelifa et al.. Dermoscopy of desmoplastic trichoepithelioma reveals other criteria to distinguish it from basal cell carcinoma. Dermatology. 2013;226(2):101-4.
[7] Pitarch et al.Dermoscopic Findings in Trichoblastoma. Actas Dermosifiliogr. 2015 Nov;106(9):e45-8.
[8] Zaballos et al. Dermoscopy of Adnexal Tumors. Dermatol Clin. 2018 Oct;36(4):397-412.



Figura 1. Foto clinica della lesione: nodulo rossastro di 1.4x1.1 cm con collareto rosato periferico a livello ascellare (sinistro).

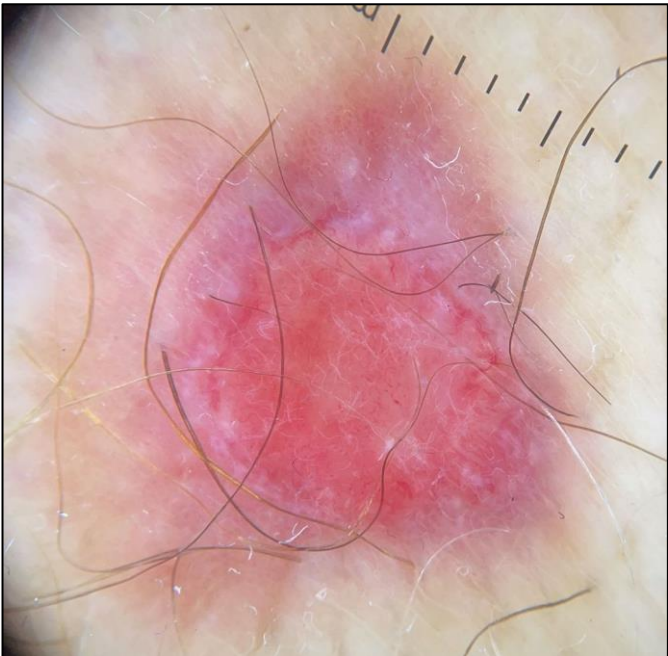


Figura 2. Foto dermoscopica della lesione: area centrale destrutturata di colore rosa-aranciato circondata da un alone irregolare rosso-violaceo; nella porzione più esterna sono presenti delle strutture a tipo crisalide; nella porzione interna sono visibili dei vasi a «serpentina», non ramificati ed *out of focus*.

<i>Pink lesions</i>	<i>Principali caratteristiche dermatoscopiche</i>
Melanoma amelanotico	• Pattern vascolare polimorfo • Aree rosse lattescenti • Strie bianche iperriflettenti • Punti e globuli di pigmento atipici • Ulcerazione
Granuloma piogenico	• Aree rossastre omogenee • Aree rosse lattescenti • Linee biancastre a «rotaia» che attraversano la lesione • Collareto biancastro periferico
Carcinoma squamocellulare (SCC)	SCC ben differenziato: • Follicoli piliferi con aspetto a «target» • Rosette • Aree rossastre destrutturate con vasi polimorfi • Aree bianco-giallastre destrutturate • Vasi a «forcina» con alone biancastro con disposizione a corona • Pattern a «starburst» • Squame giallo-brunastre SCC scarsamente differenziato: • Pattern vascolare polimorfo su background destrutturato bianco-rosato • Ulcerazione
Carcinoma basocellulare (BCC) non pigmentato	• Vasi teleangectasici arboriformi <i>in focus</i> • Teleangectasie corte e sottili, non ramificate • Ulcerazione • Piccole e multiple ulcerazioni • Strie bianche iperriflettenti
Carcinoma a cellule di Merkel	• Aree rosso lattescenti • Aree biancastre riflettenti • Pattern vascolare polimorfo • Ulcerazione
Carcinoma sebaceo	• Background giallastro omogeneo • Pattern vascolare polimorfo • Ulcerazione
Porocarcinoma	• Pattern vascolare polimorfo (principalmente a «spirale», a «forcina» o lineari) a volte con aree bianco-rosate che circondano i vasi • Aree destrutturate bianco-rosate di forma rotonda-ovale • Ulcerazione
Fibroxantoma atipico	• Aree destrutturate rossastre o biancastre • Vasi lineari irregolari • Linee biancastre • Massa cheratinica centrale • Squame bianco-giallastre
Tricoepitelioma	• Vasi teleangectasici corti, fini ed <i>in focus</i> • Aree biancastre riflettenti • Cisti milia-like
Tricoblastoma	• Nidi o globuli di pigmento blu-grigiastri (a volte di grandi dimensioni che occupano tutta la lesione) • Vasi teleangectasici arboriformi • Strie bianche iperriflettenti • Ulcerazione

Tabella 1. Principali caratteristiche dermatoscopiche di alcuni tumori non pigmentati («pink lesions»)

Melanoma desmoplastico: un pitfall diagnostico.

Francesco CAVALLO¹, Andrea AGOSTINI¹, Silvia BORRIELLO¹, Simone RIBERO¹, Pietro QUAGLINO¹, Paolo BROGANELLI¹

¹ Dipartimento di Scienze Mediche, Sezione di Dermatologia, Università di Torino, Torino

BACKGROUND

Il melanoma desmoplastico (DM) rappresenta meno del 5% di tutti i melanomi. Sebbene sia un'entità ben definita istologicamente, non esistono attualmente criteri clinico-dermoscopic specifici che orientino nella diagnosi. Il DM solitamente insorge nel distretto testa-collo, associato nel 75% dei casi a un melanoma in situ (tipo lentigo-maligna).

CASO 1

Il primo caso riguarda un paziente maschio di 73 anni che presentava al volto una lentigo con bordi mal definiti con associata un'area nodulare palpabile sottostante in assenza di franchi parametri dermoscopic di atipia. All'esame istologico (*punch biopsy*) risultava un melanoma desmoplastico infiltrante l'ipoderma con aspetti giunzionali di lentigo maligna. Lo spessore di Breslow era 5.8 mm (pT4a, NO, MO). Attualmente il paziente risulta essere *disease free* dopo radicalizzazione chirurgica.



CASO 2

Il secondo caso riguarda un paziente maschio di 69 anni che presentava a livello del naso una lesione eritemato-infiltrativa, in parte nodulare, con vascolarizzazione polimorfa e microulcerazioni diffuse biopsiata con il sospetto clinico di carcinoma basocellulare. All'esame istologico risultava invece una proliferazione fusocellulare maligna con focale permeazione perineurale compatibili con la diagnosi di melanoma acromico desmoplastico. Era altresì presente un'adenopatia sottomandibolare sinistra successivamente dimostrata infiltrata da elementi melanomatosi. Alla TC con MdC di stadiazione erano presenti lesioni secondarie ai polmoni e al fegato. Previa analisi mutazionale di BRAF (*wild type*) è stato impostato un trattamento con pembrolizumab 400 mg ev ogni 6 settimane con buona risposta clinica (*partial response* a 1 anno dall'inizio del trattamento).



CONCLUSIONI

In entrambi i casi la presentazione clinica aspecifica e l'assenza di parametri dermoscopic dirimenti hanno causato una diagnosi ritardata, effettuata ormai in uno stadio avanzato. La nostra esperienza sottolinea l'espressività clinica polimorfa e spesso fuorviante del DM, fattore che aumenta il rischio di ritardo diagnostico. Tuttavia, la prognosi di questo sottotipo di melanoma sembra essere migliore rispetto agli altri riguardo sia alla sopravvivenza sia alla risposta al trattamento immunoterapico.

Multipli acantomi a cellule chiare in un paziente psoriasico: una trappola diagnostica

Silvia GIORDANO¹, Andrea AGOSTINI¹, Francesco CAVALLO¹, Luca CONTI², Simone RIBERO¹, Pietro QUAGLINO¹, Paolo BROGANELLI¹

¹ Clinica Dermatologica, Dipartimento di Scienze Mediche Università di Torino, Torino, Italia

² Dipartimento di Scienze Mediche, Sezione di Patologia Chirurgica, Università di Torino, Torino, Italia.

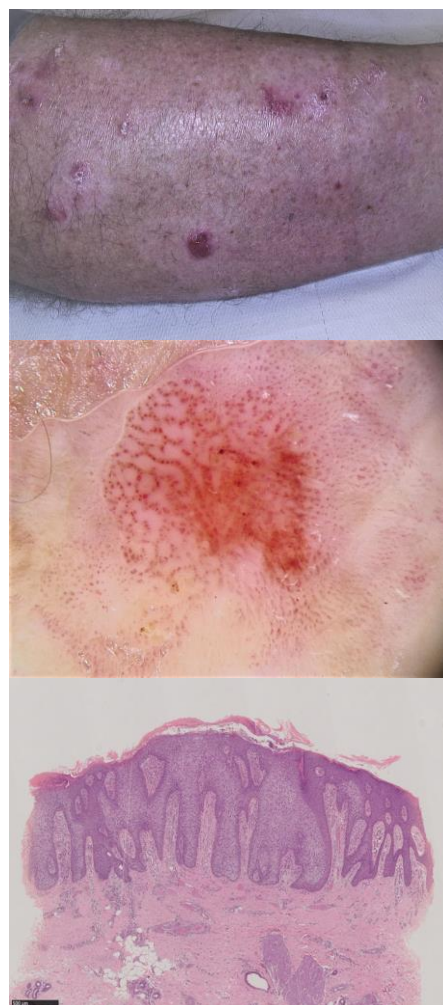
Introduzione

La dermatoscopia, oltre ad essere fondamentale nella diagnosi di patologie tumorali cutanee, risulta molto utile anche per la diagnosi differenziale delle malattie infiammatorie.

Caso clinico

Presentiamo il caso di un paziente di 52 anni con storia di psoriasi, trattata da anni con terapia topica, che presenta multiple placche eritematose e desquamanti alle gambe.

All'esame dermoscopico si nota come i classici vasi puntiformi omogeneamente distribuiti tipici della psoriasi siano interrotti da aree in cui i vasi di morfologia puntiforme e glomerulare sono organizzati in strutture "a collana di perle", reperto classico dell'acantoma a cellule chiare (CCA). Questo continuum tra psoriasi e CCA si evidenzia anche nelle immagini istologiche che mostrano aree nettamente delimitate con cheratinociti ricchi di glicogeno nel contesto di un'epidermide acantotica e papillomatosa.



Conclusione

Quello riportato risulta un caso unico di CCA multipli nel contesto di un terreno psoriasico e l'esame dermoscopico è risultato fondamentale per il corretto approccio diagnostico e terapeutico.

2022

6 / 7 MAGGIO



AIDNID

Dalla Dermoscopia alla Terapia: Un caso di Lichen Sclerosus con Lichen Planopilaris e Psoriasi trattato con Adalimumab

Dottor Dario Buononato



*a,b,c Pz prima della terapia con Adalimumab
d,e,f Guarigione clinica dopo 16w di Adalimumab*

CONGRESSO ANNUALE

AIDNID

Alessandra Massa¹, Marco May Lee¹, Francesca Satolli¹, Claudio Feliciani¹, M. Beatrice De Felici Del Giudice¹

¹ Clinica Dermatologica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma, Parma, Italia

Caso clinico

Una donna di 60 anni giungeva alla nostra attenzione per una dermatosi del volto da tempo etichettata come rosacea e trattata negli anni con antibioticotterapia topica e numerosi dermocosmetici, con scarso beneficio.

In anamnesi la paziente presentava una storia di macroglobulinemia di Waldenström complicata da amiloidosi sistemica delle catene leggere lambda, per cui era stata sottoposta ad immunochemioterapia secondo lo schema Rituximab-Ciclofosfamide-Desametasone con buon controllo della malattia.

Alla valutazione clinica si apprezzava un'area di aumentata consistenza a livello del dorso del naso e della regione malare, di aspetto traslucido (**Fig.1**) con aree giallastre omogenee e alcuni vasi lineari alla dermatoscopia (**Fig.2**), non presenti in altre aree del volto.

Nel sospetto di amiloidosi cutanea, si eseguiva una biopsia che confermava la presenza di depositi sottocutanei di sostanza amiloide. All'indagine immunoistochimica tale sostanza risultava positiva per la componente P dell'amiloide, e negativa per la componente siero-amiloide A (S-AA).

La paziente veniva quindi inviata nuovamente ai colleghi ematologi per il proseguimento del follow up clinico-strumentale e terapeutico.



Fig.1

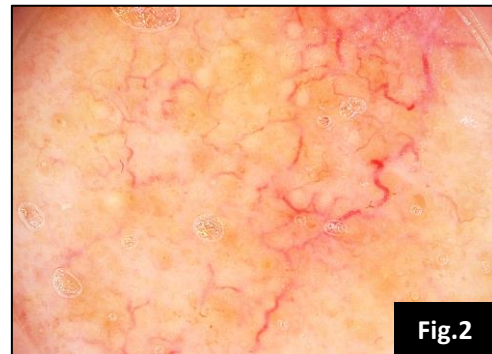


Fig.2

Discussione e conclusioni

L'**amiloidosi** è caratterizzata dalla anomala deposizione extracellulare di fibrille insolubili composte da proteine disaggregate. Può manifestarsi sia come patologia limitata alla cute (forme primarie e secondarie), sia come manifestazione di una amiloidosi sistemica (soprattutto nella amiloidosi da catene leggere). Nonostante l'ampia variabilità clinica, che si associa a differenze enormi in termini di prognosi e trattamento, all'esame istologico l'amiloide presenta caratteristiche costanti, apparendo come una sostanza amorfa, omogenea e acidofila all'ematossilina-eosina (**Fig.3**) e manifestando una caratteristica birifrangenza verde alla luce polarizzata dopo colorazione rosso Congo (**Fig.4**).

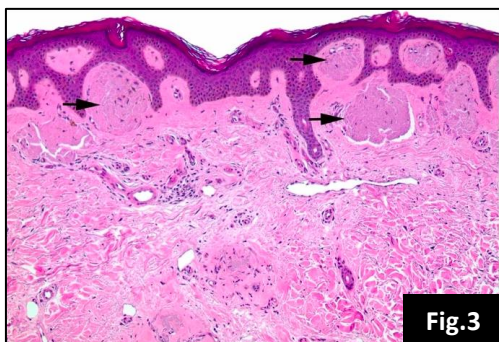


Fig.3

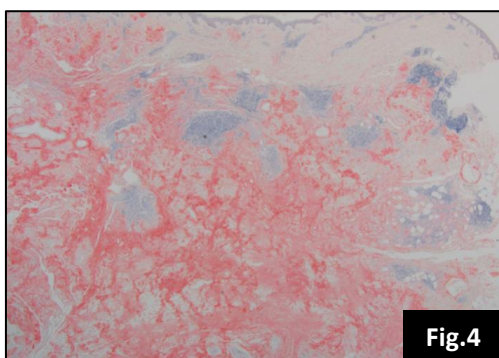


Fig.4

Nel caso della **amiloidosi sistemica a catene leggere (AL)**, la componente proteica fibrillare è costituita da frammenti di catene leggere di immunoglobuline. Si associa a diverse discrasie delle plasmacellule quali il mieloma multiplo e sindromi linfoproliferative con gammopatia monoclonale, come il Morbo di Waldenström. Occorre ricordare che **circa il 25% dei pazienti affetti da amiloidosi AL presenta manifestazioni cutanee**, che includono papule e placche di aspetto cereo e traslucido, raramente iperpigmentate e a volte di aspetto sclerodermiforme, diffuse soprattutto a volto e genitali. A causa della fragilità vascolare dovuta ai depositi di amiloide, non è raro osservare petecchie, porpora ed ecchimosi fino alla caratteristica porpora «a occhi di procione». Sono inoltre possibili altre alterazioni non specifiche delle mucose e degli annessi cutanei come la macroglossia, l'onicodistrofia e la alopecia.

Dal punto di vista dermatoscopico, il pattern più caratteristico è rappresentato dalle **aree giallastre omogenee**, che possono riscontrarsi sia all'interno di lesioni in placche, sia in associazione con lesioni purpuriche, permettendo così la diagnosi differenziale con altre porpore.

A causa del carattere multisistemico di questa patologia, con possibile grave coinvolgimento cardiaco, renale ed epatico e della presenza di una sottostante discrasia plasmacellulare, la prognosi appare spesso infausta.

L'individuazione clinica precoce di queste manifestazioni, anche mediante l'uso della dermatoscopia, risulta quindi fondamentale, permettendo un trattamento tempestivo e mirato e migliorando la prognosi dei pazienti.

Bibliografia

- Schreml S, Szeimies RM, Landthaler M, Babilas P. Kutane Amyloidosen [Cutaneous amyloidosis]. Hautarzt. 2011 Jan;62(1):55-61;
- Kyle RA, Gertz MA. Primary systemic amyloidosis: clinical and laboratory features in 474 cases. Semin Hematol. 1995;32:45-59.
- Rongioletti F, Patterson JW, Rebora A. The histological and pathogenetic spectrum of cutaneous disease in monoclonal gammopathies. J Cutan Pathol. 2008 Aug;35(8):705-21.
- Agarwal A, Chang DS, Selim MA, Penrose CT, Chudgar SM, Cardones AR. Pinch Purpura: A Cutaneous Manifestation of Systemic Amyloidosis. Am J Med. 2015 Sep;128(9):e3-4.
- Jung JH, Kwon DI, Seong SH, Lee KH, Suh KS, Jang MS, Park JB. Usefulness of dermoscopy in identifying amyloid purpura. J Dermatol. 2021 Jun;48(6):e260-e262.
- Hu SC, Chen GS, Yang SF, Wu CY. Dermoscopy as a diagnostic aid in a case of systemic amyloidosis with initial presentation in skin. J Dermatol. 2015 Dec;42(12):1201-2

Caratteristiche dermoscopiche dell'iperplasia angiolinfoide con eosinofilia

Marco Campoli, Simone Caravello, Nicola Zerbinati

S.C. Dermatologia, Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, ASST Sette Laghi, Varese, Italia

Introduzione

L'iperplasia angiolinfoide con eosinofilia è un raro tumore vascolare benigno che si presenta come papule o noduli, in genere di colore rosa o rosso opaco, con localizzazione tipica nella regione della testa e del collo. La diagnosi clinica può essere difficile soprattutto nelle presentazioni atipiche. Può essere confusa clinicamente con molte patologie. Pertanto, la biopsia è spesso necessaria.

Caso clinico

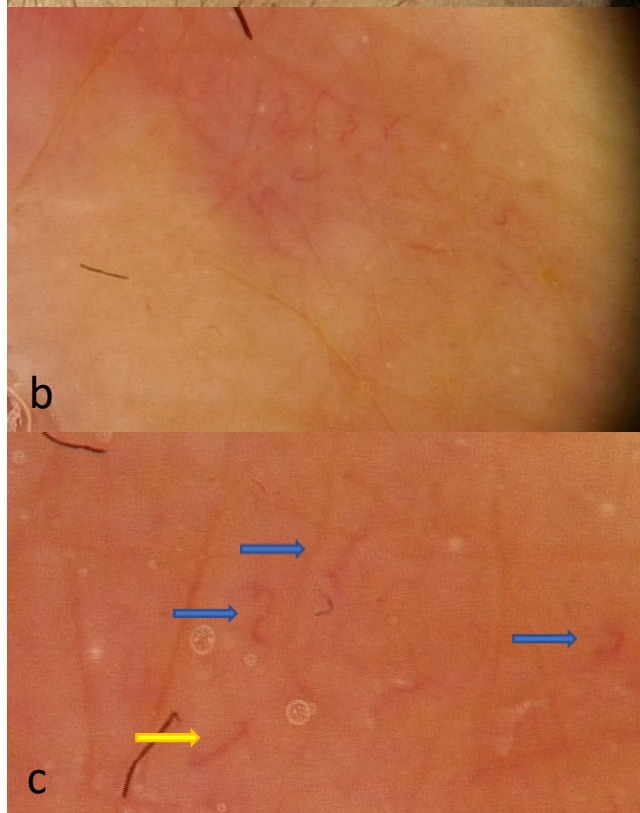
Un uomo di 63 anni giungeva alla nostra osservazione per la recente comparsa di una lesione a livello della coscia destra in progressiva evoluzione. Veniva effettuato un esame dermoscopico e una biopsia per esame istologico, che deponeva per iperplasia angiolinfoide con eosinofilia. Dato il progressivo rapido accrescimento la lesione veniva asportata chirurgicamente.

Descrizione

Clinicamente la lesione appariva come una placca eritematosa, di consistenza tesa alla palpazione, mobile, con segni di ulcerazione traumatica (Fig. 1a).

In **dermoscopia** si apprezzava un pattern vascolare polimorfo su un **background rosa pallido-rossastro** all'interno e bruno chiaro in periferia (Fig. 1b). I **vasi** apparivano a tratti **lineari** (freccia gialla) a tratti **serpiginosi** (freccia blu) (Fig. 1c).

Tale presentazione era analogo a una precedente descrizione¹ in letteratura, ma non ad altre^{2,3}.



¹Rodriguez-Lomba E, Avilés-Izquierdo JA, Molina-López I, Parra-Blanco V, Lázaro-Ochaita P, Suárez-Fernández R. Dermoscopic features in 2 cases of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. J Am Acad Dermatol. 2016;75(1):e19–21. doi: 10.1016/j.jaad.2016.02.1145.

²Santosa C, Wardhana M, Saputra H. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia with clinical pictures of keratoacanthoma: A rare case report. Clin Case Rep. 2019;7(1):189–192. doi: 10.1002/ccr3.1949.

³Akay BN, Fatih Atak M, Farabi B. Dermoscopic Features of Two Cases of Angiolymphoid Hyperplasia with Eosinophilia and Review of the Literature. Dermatol Pract Concept. 2021 Mar 8;11(2):e2021003. doi: 10.5826/dpc.1102a03.

Il ruolo dell'ecografia cutanea nella gestione clinica della sindrome di Rubinstein-Taybi

Serena Giacalone¹, Cristina Beatrice Spigariolo¹, Michela Brena², Gianluca Nazzaro²

1. Dipartimento di Fisiopatologia e Trapianti, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia

2. Unità di Dermatologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italia

Caso Clinico

Una ragazza di dodici anni con la sindrome di RSTS è stata inviata in consulenza presso gli ambulatori di Dermatologia del Policlinico di Milano per la comparsa di lesioni nodulari in progressivo aumento dimensionale localizzati agli arti superiori. All'obiettività clinica si osservavano quattro noduli di consistenza dura-lignei, dolenti alla palpazione, eritematosi e con all'interno aree centrali giallo-biancastre. (Fig 1A).

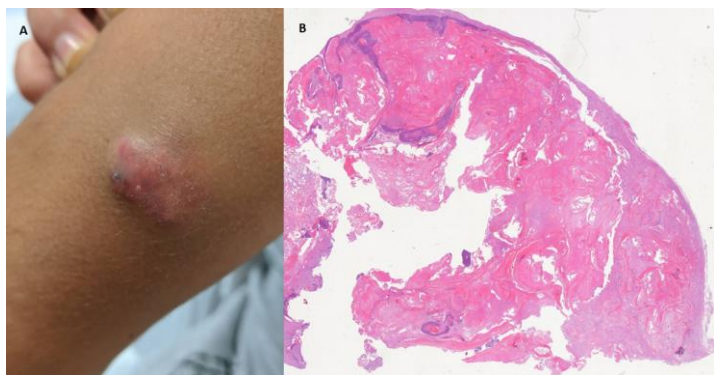


Fig 1 A e B

L'esecuzione dell'ecografia cutanea ha individuato quattro lesioni nodulo-cistiche localizzate nel derma e nel tessuto sottocutaneo, con un diametro compreso tra 10-21 mm. Ulteriori caratteristiche includevano la presenza di aree fluide, iperecogene e calcifiche (Fig 2); mentre il segnale Doppler si osservava alla periferia dei noduli più piccoli, in quelli più grandi era intralesionale.

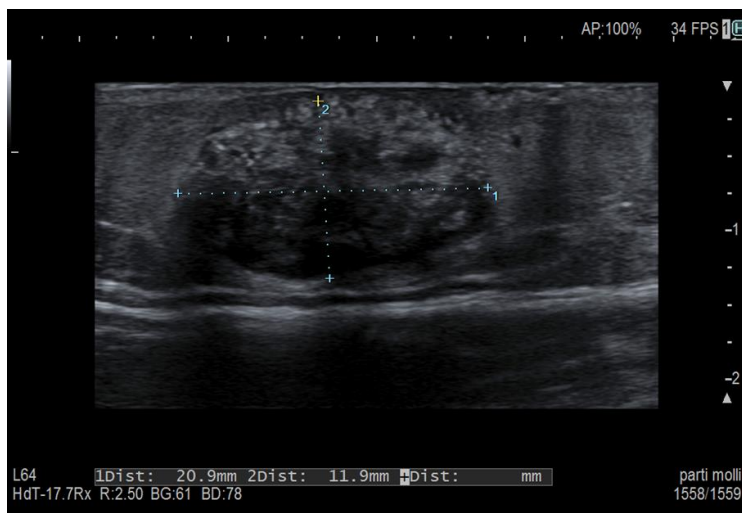


Fig.2

In base alle caratteristiche cliniche ed ecografiche è stata posta la diagnosi di pilomatrixomi multipli. In considerazione dell'impatto funzionale la lesione di maggiori dimensioni è stata asportata chirurgicamente (Fig 1B), mentre per il resto, al fine di ridurre al minimo il rischio di formazione di cheloidi, abbiamo optato per un approccio conservativo di follow up ecografico.

Background

La sindrome di Rubinstein-Taybi (RSTS) è una rara malattia genetica causata da una mutazione autosomica dominante, spesso de novo, nei geni CREBBP (60%) ed EP300 (5-10%). È identificata dalla tipica dismorfia craniofacciale, la presenza di pollici e alluci larghi, disabilità intellettuale, ritardo psicomotorio e/o di crescita [1]. Le manifestazioni cutanee consistono in unghie dei piedi incarnite, paronichia, e tendenza a formare cheloidi. Inoltre, la prognosi è aggravata da una maggiore prevalenza rispetto alla popolazione generale di tumori benigni e maligni: i meningiomi e i pilomatrixomi sono i più rappresentati [2]. I pilomatrixomi, noti anche come epitelomi calcifici di Malherbe, sono tumori benigni dermo-sottocutanei che originano dalla matrice follicolare [3]. Di solito si presentano nelle prime due decadi di vita come un nodulo solitario dal colore della cute e consistenza dura, secondaria all'evoluzione calcifica. I pilomatrixomi multipli possono nascondere una sindrome genetica come la distrofia miotonica, le sindromi legate alla poliposi adenomatosa familiare (FAP), Turner, Kabuki, Sotos e RSTS [4]. All'istologia il pilomatrixoma si mostra come una lesione cistica costituita da una parete di cellule basaloidee ed una matrice centrale cornificata. Frequentemente si osservano anche fibrosi ed un infiltrato granulomatoso, mentre la calcificazione è tipica dei pilomatrixomi tardivi [3]. La diagnosi clinica del pilomatrixoma non è sempre così chiara e a volte i noduli possono essere confusi con le cisti sebacee [5]. Rispetto alla TC, alla RM e all'RX, l'ecografia ha una maggiore specificità nella diagnosi del pilomatrixoma per l'alta risoluzione spaziale per le masse soffici sottocutanee [6]. Nel 2010 Solivetti et al [7] hanno descritto cinque diversi pattern ecografici, evidenziando le analogie tra i risultati istologici ed i reperti ecografici. Frequentemente, le lesioni appaiono come noduli parzialmente o completamente calcifici. In altri casi l'ecografia mostra un pattern complesso con bordi mal definiti ed aree fluide: questi ultimi sono indicativi di un'elevata cellularità tipicamente composta da cellule basaloidee. Infine, il pattern pseudo-tumorale corrisponde alla maggior parte dei noduli infiammati [7]. Mentre l'asportazione chirurgica è il trattamento di scelta nella popolazione generale, nel contesto delle sindromi genetiche in cui i pilomatrixomi tendono a manifestarsi prima ed in numero elevato, il trattamento conservativo rappresenta la migliore opzione terapeutica. Questo approccio è altamente raccomandato nella RSTS dove è stato ampiamente dimostrato un aumento del rischio di formazione di cheloidi. In questi casi, l'ecografia è uno strumento essenziale per guidare la diagnosi e il follow-up dei tumori per ridurre l'intervento solo ai casi necessari.

References

- [1] C. A. Stevens, «Rubinstein-Taybi Syndrome», in *GeneReviews*®, M. P. Adam, H. H. Ardinger, R. A. Pagon, S. E. Wallace, L. J. Bean, G. Mirzae, e A. Amemiya, A. c. di Seattle (WA): University of Washington, Seattle, 1993.
- [2] Boot MV, van Belzen MJ, Overbeek LI, et al. Benign and malignant tumors in Rubinstein-Taybi syndrome. *Am J Med Genet A*. 2018;176(3):597-608. doi:10.1002/ajmg.a.38603
- [3] Thompson LD. Pilomatrixoma. *Ear Nose Throat J*. 2012;91(1):18-20. doi:10.1177/014556131209100106
- [4] Ciriacks K, Knabel D, Waite MB. Syndromes associated with multiple pilomatrixomas: When should clinicians be concerned?. *Pediatr Dermatol*. 2020;37(1):9-17. doi:10.1111/pde.13947
- [5] Darwish AH, Al-Jalahema EK, Dhiman AK, Al-Khalifa KA. Clinicopathological study of pilomatrixoma. *Saudi Med J*. 2001;22(3):268-271.
- [6] Garioni E, Danesino GM, Madonia L. Pilomatrixoma: Sonographic features. *J Ultrasound*. 2008;11(2):76-78. doi:10.1016/j.jus.2008.03.001
- [7] Solivetti FM, Elia F, Drusco A, Panetta C, Amantea A, Di Carlo A. Epithelioma of Malherbe: new ultrasound patterns. *J Exp Clin Cancer Res*. 2010;29(1):42. Published 2010 May 6. doi:10.1186/1756-9966-29-42

Pensavo fosse tumore...

P. Benvenuto¹ MD *, G. Briatico¹ MD, G. Argenziano¹ PhD

1 Clinica Dermatologica, Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Napoli, Italia

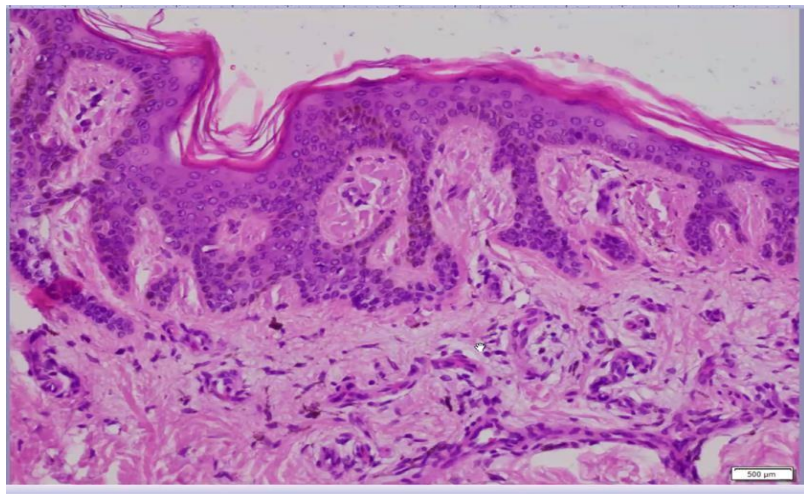
*Corresponding author

Nel mese di dicembre 2021, il paziente F. D. di anni 65, si recava presso la nostra clinica poiché aveva notato una lesione in regione poplitea destra: maculare, pigmentata, di nuova insorgenza.

All'esame obiettivo la lesione appariva dotata di margini mal definiti e di diametro massimo superiore a 10 mm. La dermoscopia confermava l'irregolarità dei bordi. Evidenziava inoltre l'atipia del reticolo ed alcune aree ipopigmentate compatibili con aspetti di regressione.

Poiché il paziente non presentava altre lesioni melanocitarie simili, aveva precedenti di tumori cutanei e un'età a rischio, si procedeva con la biopsia escissionale. L'esame istologico deponeva per amiloidosi maculare.

Questo caso dimostra che anche una metodica diagnostica non invasiva ad alta specificità come la dermoscopia può avere dei pattern confondenti. Per tale motivo altri studi dovranno essere effettuati per migliorare la diagnosi non solo dei tumori cutanei, ma anche delle patologie infiammatorie.



Anno di nascita: 1995

Recapito telefonico: +39 3476743304

Indirizzo e-mail: pierfrancesco.benvenuto@gmail.com

LENTIGO MALIGNA: VALUTAZIONE MEDIANTE LINE-FIELD CONFOCAL OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY E CORRELAZIONE ISTOPATOLOGICA

Stefano Dimarco, Anna Elisa Verzi, Francesco Lacarrubba, Giuseppe Micali
Clinica Dermatologica, Università di Catania

INTRODUZIONE

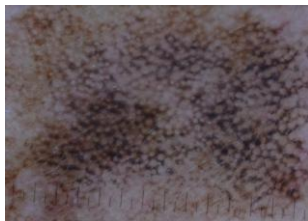
La line-field confocal optical coherence tomography (LC-OCT) è una metodica di imaging non-invasiva di recentissima introduzione in grado di fornire in real-time, una visione verticale, orizzontale e tridimensionale della cute a risoluzione simil-istologica fino al derma medio. I dati in letteratura riguardanti il suo utilizzo in dermatologia sono ancora limitati.

CASO CLINICO

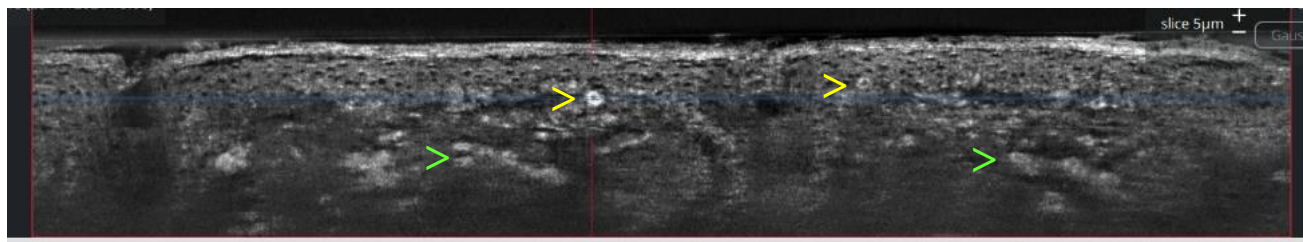
Uomo di 49 anni con lesione brunastra in accrescimento localizzata al dorso del naso



Esame obiettivo:
macula pigmentata
marrone scuro-
nerastra



Dermoscopia: pseudorete di colore marrone scuro con sbocchi follicolari pigmentati ed asimmetrici, strutture romboidali scure, e globuli grigiastri



LC-OCT (sezione verticale):

Epidermide: disorganizzazione citoarchitetturale con elementi cellulari brillanti atipici con nuclei evidenti (melanociti pagetoidi, frecce gialle)

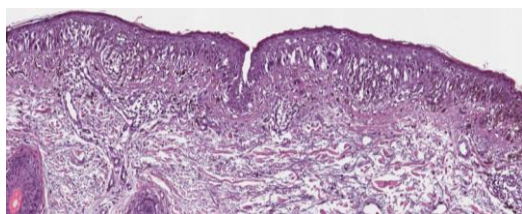
Derma superficiale: grandi elementi cellulari brillanti pleomorfi (melanofagi, frecce verdi)



Istologia (sezione verticale):

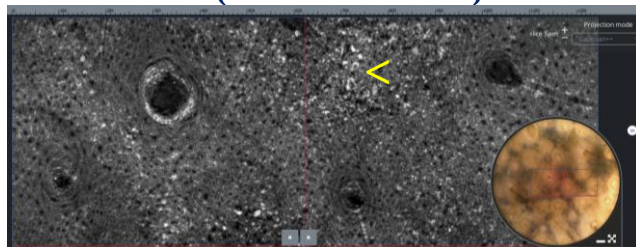
Epidermide: proliferazione lentiginosa di melanociti atipici nello strato basale (diffusione pagetoide)

Derma superficiale: melanofagi ed elastosi solare

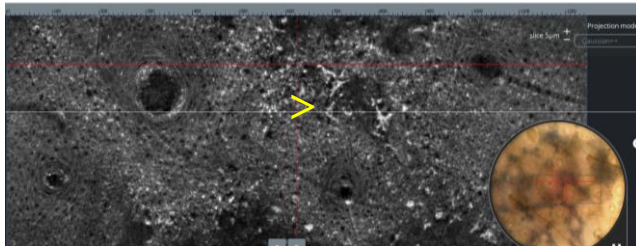


LC-OCT (sezioni orizzontali)

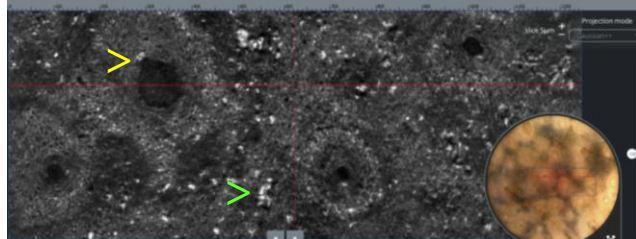
Cellule pagetoidi
intraepidermiche



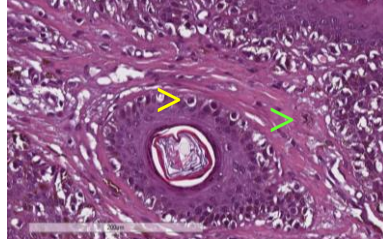
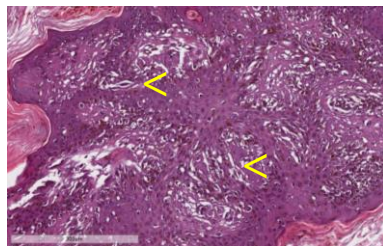
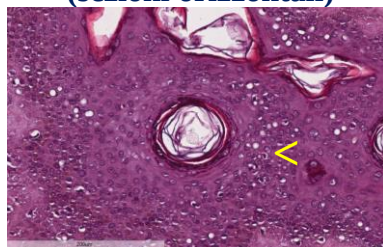
Melanociti atipici
sovrabasali con
aspetto dendritico



Cellule atipiche
disposte attorno ai
follicoli piliferi (frecce
gialle) e melanofagi
(frecce verdi)



Istologia (sezioni orizzontali)



CONCLUSIONI

L'LC-OCT ha evidenziato, sia nelle sezioni orizzontali che in quelle verticali, la disorganizzazione citoarchitetturale tipica della lentigo maligna. Tale metodica sembra rappresentare una metodica promettente per la diagnosi differenziale delle lesioni pigmentate del volto.

Bibliografia

- Verzi AE, et al. Line-field confocal optical coherence tomography may enhance monitoring of superficial basal cell carcinoma treated with imiquimod 5% cream: a pilot study. *Cancers* 2021;13(19):4913.
- Lacarrubba F, et al. Line-field confocal optical coherence tomography of xanthogranuloma: correlation with vertical and horizontal histopathology. *J Cutan Pathol* 2021;48(9):1208-11.
- Schuh S, et al. Line-Field Confocal Optical Coherence Tomography: A New Tool for the Differentiation between Nevus and Melanomas? *Cancers (Basel)*. 2022 Feb 23;14(5):1140.