

Dermatofibroma e carcinoma basocellulare: un raro tumore di collisione

V. PANASITI°, P. LIETO°, M. CURZIO°, V. ROBERTI°, S. GOBBI°, V. DEVIRGILIIS°,
B. VISCONTI°, E. PERRELLA*, S. CALVIERI°

RIASSUNTO: Dermatofibroma e carcinoma basocellulare: un raro tumore di collisione.

V. PANASITI, P. LIETO, M. CURZIO, V. ROBERTI, S. GOBBI,
V. DEVIRGILIIS, B. VISCONTI, E. PERRELLA, S. CALVIERI

L'associazione di due differenti neoplasie nella medesima lesione è un evento raro, descritto in letteratura come lesioni in collisione o tumori composti. Nell'eventualità in cui tumori maligni siano in associazione con neoformazioni benigne, è di fondamentale importanza porre un'accurata diagnosi per trattare tali lesioni in modo corretto. La dermoscopia è una metodica non invasiva che migliora l'accuratezza clinica per la diagnosi del melanoma e delle lesioni pigmentate cutanee. Riportiamo il caso di un paziente con dermatofibroma associato a carcinoma basocellulare, nel quale la dermoscopia si è rivelata uno strumento diagnostico fondamentale.

SUMMARY: Benign fibrous histiocytoma and basal cell carcinoma: an unusual collision tumor.

V. PANASITI, P. LIETO, M. CURZIO, V. ROBERTI, S. GOBBI,
V. DEVIRGILIIS, B. VISCONTI, E. PERRELLA, S. CALVIERI

The association of two different neoplasms in the same lesion is uncommon and has been reported as collision or compound tumours in the medical literature. In cases where a malignant neoplasm exists in association with a benign lesion it is important to make an accurate diagnosis in order to treat the lesions correctly. Dermoscopy is an in vivo, noninvasive technique that improves the clinical accuracy in diagnosing melanoma and other pigmented skin lesions. We describe the dermoscopic characteristics of a case of dermatofibroma associated with basal cell carcinoma, in which dermoscopy was a useful tool for diagnosis.

KEY WORDS: Dermatofibroma - Carcinoma Basocellulare - Dermoscopia.
Dermatofibroma - Basal Cell Carcinoma - Dermoscopia.

Introduzione

La presenza di due o più differenti lesioni in corrispondenza della medesima sede cutanea costituisce un evento di non frequente riscontro, descritto in letteratura come "tumori in collisione" o "composti" (1).

Si tratta per lo più di combinazioni di lesioni di differente natura, sia benigna che maligna; in tali casi risulta pertanto necessario un corretto inquadramento clinico-diagnostico, non sempre agevole ed univoco e, conseguentemente, un adeguato trattamento (2).

La dermoscopia è una metodica diagnostica *in vivo*, non invasiva, che, permettendo una migliore visualiz-

zazione delle strutture epidermiche, della giunzione dermoepidermica e del derma superficiale, risulta dirimente per la caratterizzazione di alcune lesioni cutanee, sia benigne che maligne (3).

Riportiamo il caso clinico di un paziente in cui è stato possibile diagnosticare un dermatofibroma in collisione con un carcinoma basocellulare grazie all'ausilio della dermoscopia.

Caso clinico

Nel febbraio 2010, giungeva alla nostra osservazione, presso l'Ambulatorio di Dermatologia Oncologica del Policlinico Umberto I di Roma, un uomo di 65 anni in seguito alla comparsa di un'eruzione acneiforme del dorso, per la quale veniva sottoposto a specifico trattamento topico; il paziente era affetto da carcinoma del colon metastatico in trattamento con schema FOLFOX (fluoro-uracile, oxaliplatino, acido folinico) associato a

° "Sapienza" Università di Roma
° Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche,
Università di Roma "Campus Bio-Medico"
* Dipartimento di Anatomia Patologica

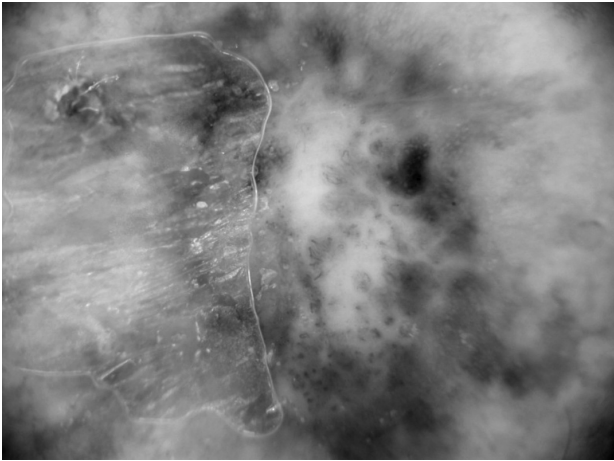


Fig. 1 - L'esame dermoscopico della lesione mostra un'area centrale biancastra simil-cicatrizziale con fine reticolo pigmentario periferico associata alla presenza di alcune strutture globulari nella porzione inferiore della lesione.



Fig. 2 - L'esame dermoscopico effettuato a circa 3 mesi di distanza, evidenzia un lieve ingrandimento della lesione, con aumento del numero delle strutture globulari aventi, in alcuni casi, margini meno netti, con aspetto a ruota di carro.

cetuximab (anticorpo chimerico anti-EGFR) e l'eruzione cutanea, come descritto in letteratura, era verosimilmente associata alla terapia con gli inibitori di EGFR (4).

All'esame obiettivo cutaneo veniva inoltre notata, in corrispondenza della regione scapolare destra, una lesione nodulare di circa 10mm di diametro, a superficie liscia, di colorito brunastro, a limiti netti, margini irregolari, di consistenza duro-elastica e mobile rispetto ai piani sottostanti.

All'esame dermoscopico la lesione presentava caratteristiche suggestive per dermatofibroma con un'area centrale biancastra simil-cicatrizziale contenente alcune strutture globulari e un fine reticolo pigmentario alla periferia (Fig. 1).

Dopo circa 3 mesi, il paziente veniva sottoposto nuovamente ad esame dermoscopico, che mostrava un lieve ingrandimento della lesione, nonché alterazioni del *pattern*; rispetto al precedente controllo, infatti, si notava un aumento sostanziale del numero di strutture globulari aventi, in alcuni casi, margini meno definiti, configurando un aspetto a ruota di carro, caratteristica suggestiva di carcinoma basocellulare (Fig. 2).

Per tale motivo, veniva suggerita l'asportazione chirurgica della lesione, il cui esame istologico evidenziava la presenza di un nodulo localizzato nel derma reticolare e caratterizzato dalla proliferazione irregolare di fibroblasti e istiociti, circoscritto ma non incapsulato, circondato da una modesta reazione infiammatoria linfocitaria (Fig. 3). Al di sopra di esso si notava inoltre una proliferazione di cellule basalioidi infiltranti focalmente il derma reticolare ed organizzate in nidi circondati da un singolo strato di cellule periferiche, disposte a palizzata (Fig. 3).

L'esame istologico ha pertanto confermato il sospet-



Fig. 3 - Lesione nodulare localizzata nel derma reticolare con proliferazione irregolare di fibroblasti e istiociti, circondata da modesta reazione infiammatoria linfocitaria al di sopra della quale si nota una proliferazione di cellule basalioidi infiltranti focalmente il derma reticolare ed organizzate in nidi circondati da un singolo strato di cellule periferiche, disposte a palizzata.

to clinico-dermoscopico di dermatofibroma in collisione con un carcinoma basocellulare.

Discussione

Gli aspetti clinico-dermoscopici del dermatofibroma sono piuttosto peculiari, permettendo quasi sempre una diagnosi definitiva; tuttavia, di non facile interpretazione, è la presenza di pattern multicomponente, osservato in casi di dermatofibroma emosiderotico ed aneurismatico e nei casi di lesioni in collisione, in cui gli aspetti classici del dermatofibroma sono spesso associati ai criteri

demoscopici tipici di altre lesioni quali la cheratosi seborroica, le lesioni melanocitiche o, come nel nostro caso, il carcinoma basocellulare (5).

In letteratura, i casi di tumori in collisione risultano essere poco frequenti e più spesso caratterizzati da lesioni di natura sia benigna che maligna, la cui diagnosi, fondamentale per una corretta gestione terapeutica, viene formulata grazie all'ausilio della dermoscopia.

In dermatopatologia vi sono numerosi esempi di come la presenza di alterazioni a livello dermico possa stimolare una risposta epidermica, per lo più di tipo proliferativo; infatti, l'epidermide sovrastante il dermatofibroma presenta spesso modificazioni che vanno dall'iperplasia semplice fino alla proliferazione di cellule basaloidei, morfologicamente indistinguibile da un carcinoma basocellulare

superficiale

Come evidenziato nel nostro caso, la coesistenza delle due lesioni, e in particolare il riscontro istologico di cellule basaloidei localizzate al di sopra di un dermatofibroma, viene considerato come un fenomeno di tipo reattivo, secondario alla proliferazione fibroistiocitaria dermica, piuttosto che come un vero e proprio processo neoplastico (6-8).

Ringraziamenti

Si ringrazia l'Associazione Romana Ricerca Dermatologica per il supporto economico alla realizzazione di questo lavoro.

Bibliografia

1. Han HK, Hunh CH, Cho KH. Proliferation and differentiation of keratinocytes in hyperplastic epidermis overlying dermatofibroma. *Immunohistochemical characterization*. *Am J Dermatopathol* 2001;23:90-8.
2. Malvehy J, Puig S, Argenziano G et al. *Principles of dermoscopy*. Barcelona: GEDE 2002.
3. Córdoba S, Hernández A, Romero A, Arias D, Castaño E, García-Donoso C, Borbujo JM. Basal cell carcinoma overlying a dermatofibroma. *Actas Dermosifiliogr*. 2005 Nov;96(9):612-5.
4. Li T, Perez-Soler R. Skin toxicities associated with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Target Oncol*. 2009 Apr;4(2):107-19.
5. Requena I, Sanchez-Yus E, Simon P, Del Rio E. Induction of cutaneous hyperplasias by altered stroma. *Am J Dermatopathol* 1996; 18: 248-64.
6. Zaballos P, Llambrich A, Puig S. Dermoscopy is useful for the recognition of benign-malignant compound tumours. *British Journal of Dermatology* 2005; 153: 653-656.
7. Rosmaninho A, Farrajota P, Peixoto C, Amorim I, Selores M. Basal cell carcinoma overlying a dermatofibroma: a revisited controversy. *Eur J Dermatol* 2011 Mar 24.
8. Bottoni U, Mauro FR, Innocenzi D, Del Giudice M, Devirgiliis V, Panasiti V, Mancini M, Mastrecchia B, Calvieri S. "Carcinomi cutanei in corso di Leucemia Linfatica cronica" *Dermatologia Clinica* 2003, 23(2); 71-74.

Per richiesta estratti:

V. Panasiti
Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche,
"Sapienza" Università di Roma
Viale del Policlinico, 155
00161 Roma
Tel.: +39-06-4997-6941 - Fax: +39-06-446-2104
E-mail: ilcapo75@gmx.net