

MELANOMA INVASIVO

R. Bono

Istituto Dermatologici dell'Immacolata

Ormai sono passati quasi trenta anni da quando si iniziò a introdurre la dermatoscopia nel linguaggio dei dermatologi, ma è solo negli ultimi quindici che è divenuta un ausilio essenziale nella diagnostica delle lesioni pigmentate cutanee. Nei melanomi clinicamente già evidenti la dermatoscopia conferma con i suoi parametri semeiologici le strutture già visibili ad occhio nudo. Invece, lesioni molto piccole, possono nascondere elementi come alterazione del reticolo e delle lesioni puntiformi e globulari, o iniziali segni di destrutturazione che solo con la dermatoscopia è possibile notare.

L'incidenza del M. continua ad aumentare e la mortalità rimane stabile. Uno dei motivi di tale insuccesso è la difficoltà di porre diagnosi per quel che riguarda i "M. difficili" come il Nevus like, il featureless, l'acromico e il M. nodulare (M.N.).

Il Melanoma Nodulare rappresenta circa il 15% dei melanomi e oltre ad offrire pochissimi elementi diagnostici è anche a rapidissima crescita

Può insorgere su preesistente superficial spreading melanoma o comparire ex novo.

Dal punto di vista dermoscopico la lesione può risultare perfettamente simmetrica e l'aspetto è dominato da una pigmentazione diffusa, con una tonalità di colore dal nero al marrone, al blu, al viola, segno della presenza di melanina in tutti gli strati dell'epidermide e del derma superficiale. La diagnosi differenziale del melanoma nodulare può presentare notevole difficoltà. Infatti la proliferazione fin dall'inizio verso la profondità del derma a l'assenza di una fase di crescita radiale fanno sì che spesso manchino i segni dermoscopici caratteristici del SSM. Nella valutazione di una lesione clinicamente rilevata e con scarsi segni clinici e dermoscopici, è sempre utile porre particolare attenzione alla periferia della lesione. Infatti in questa sede possono scorgersi alcuni elementi che ci fanno inquadrare la lesione come "melanocitaria". All'interno di lesioni nodulari poco o per nulla pigmentate si possono osservare strutture vascolari che caratterizzano il "pattern vascolare atipico" composto da milk-red globules, vasi puntiformi e vasi con decorso lineare irregolare. In presenza di un nodulo o di una placca senza altri segni dermoscopici generali, locali o specifici (rete, punti e globuli, blotches, colore nero o bluastro,...) il solo pattern vascolare, specie se è atipico, può condurci ad una corretta diagnosi.

La regressione è considerata un segno di malignità anche se i nevi melanocitari, nel corso della loro evoluzione, possono andare incontro a regressione la quale può comparire con alone (Sutton) o con una zona ipopigmentata o madreperlacea periferica o centrale, fino alla completa scomparsa del nevo stesso.

L'aspetto dermoscopico è caratterizzato da aree bluastre e/o bianche, a volte madreperlacee con più o meno tenui riflessi rosati. Prima di arrivare a tali quadri finali, il lento scomparire delle strutture tipiche delle lesioni melanocitarie (punti neri e globuli, reticolo, pigmentazione di fondo, ...) porta alla formazione di quadri caratterizzati da aree destrutturate, aree grigio blu con peppering (piccoli punti grigio-blu).

La regressione è un fenomeno dinamico che porta a continui cambiamenti nel derma; tali cambiamenti si rispecchiano nei quadri istologici correlati. Una prima fase in cui prevale la neoangiogenesi, un denso infiltrato linfocitario e melanofagi. Una seconda fase in cui prevale diffusa fibrosi con denso infiltrato di melanofagi che possono oscurare il tumore. Questa seconda fase giustifica l'attenzione che si pone sul rilevamento istologico della regressione, in quanto potrebbe mascherare la reale profondità del melanoma con ripercussioni sia a livello della stadiazione che della prognosi.

La regressione è uno dei parametri dermoscopici più subdoli in quanto tende a coprire, mascherare o distruggere i segni classici delle lesioni pigmentate tanto da porre difficoltà anche nel

differenziare lesioni melanocitarie da quelle non melanocitarie, quelle benigne da quelle maligne. Pertanto è sconsigliato mettere in follow up digitale le lesioni in corso di regressione. Infine ricordiamo che una delle cause del melanoma metastatico di tumore primitivo sconosciuto (circa il 2% dei melanomi) può dipendere dal completo riassorbimento del melanoma iniziale.