



FIBROXANTOMA ATIPICO INSORTO IN ESITO CICATRIZIALE DI LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE

Vincenzo De Francesco, Enzo Errichetti, Vincenzo Maione, Maria Martina Patriarca, Enrico Pegolo*, Giuseppe Stinco, Pasquale Patrone

Clinica Dermatologica, Università degli Studi di Udine

* Istituto di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Udine

Uomo di 69 anni seguito periodicamente presso la nostra Clinica per Lupus Eritematoso Discoide (LED) del volto e dello scalpo (Fig.1), insorto circa 20 anni addietro e stabilizzato con Idrossiclorochina al dosaggio di 200 mg/die da 7 anni, si presentava alla nostra attenzione per la valutazione di un nodulo asintomatico violaceo di 8 mm in \varnothing e di consistenza duro-elastica insorto nel contesto di un esito cicatriziale di LED a livello della tempia sx (Fig.2). La neoformazione era apparsa circa 2 mesi addietro e si era rapidamente accresciuta. No linfadenomegalie locoregionali. La lesione veniva escissa e sottoposta all'esame istologico che metteva in evidenza cellule fusiformi bizzarre con nuclei pleomorfi e ipercromatici site nel derma; presenti anche mitosi atipiche (Fig 3). L'immunoistochimica evidenziava positività per CD68, CD10, Vimentina e Actina muscolo liscio, mentre risultavano negativi CD34, Proteina S-100, Melan-A, Desmina, Pancitocheratina, CD99 e CD117. Sulla base dei dati clinici ed istologici veniva posta diagnosi di Fibroxantoma atipico. L'ecografia addominale e l'Rx torace risultavano nella norma. Il paziente veniva successivamente sottoposto ad escissione della cicatrice chirurgica residua con 1 cm di margine.



Fig.1 (esito di LED 3 mesi prima dell'insorgenza del nodulo)



Fig.2

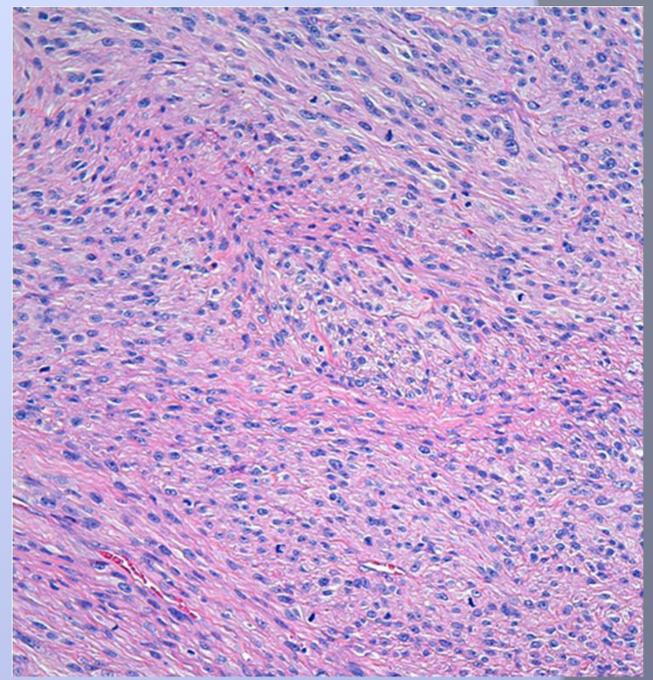


Fig.3

L'insorgenza di neoplasie nel contesto di un esito cicatriziale di LED è un evento ben noto. I meccanismi alla base della trasformazione neoplastica non sono completamente chiari ma diversi fattori sono stati chiamati in causa, tra cui suscettibilità ai raggi UV, HPV, flogosi, cicatrizzazione ed immunocompromissione locale. Il tipo di tumore più comunemente descritto è il carcinoma spinocellulare (CS), con un'incidenza stimata tra il 2.2% ed il 3.3% di tutti i casi di LED. Il periodo che intercorre tra l'insorgenza del LED e lo sviluppo del CS varia tra 2 e 40 anni; i siti più frequentemente coinvolti sono le labbra, le guance, il dorso delle mani e gli avambracci. Eccezionalmente sono stati riportati casi di carcinoma basocellulare, cheratoacantoma e istiocitoma fibroso maligno; mentre non vi sono segnalazioni di fibroxantoma atipico (FXA). Pertanto, il nostro caso rappresenta il primo esempio di FXA insorto in esito cicatriziale di LED. Il FXA è una neoplasia non comune di origine mesenchimale che interessa prevalentemente la cute fotodanneggiata di persone anziane. Sebbene la maggioranza dei casi di FXA presenta un decorso benigno, raramente possono verificarsi fenomeni metastatici, soprattutto in caso di incompleta escissione della lesione o nelle fasi avanzate con diffusione al sottocute, presenza di necrosi o invasione vascolare/perineurale.

In conclusione, anche se non si può escludere con certezza un'associazione fortuita, il nostro caso sottolinea che un paziente con LED, anche se clinicamente inattivo da diversi anni, può sviluppare rapidamente un FXA nel contesto di un vecchio esito cicatriziale. Ciò rimarca ancor più la necessità di un costante follow-up dei soggetti affetti da LED al fine di riconoscere precocemente eventuali neoplasie ed evitare possibili diffusioni a distanza.

- Tao J, Zhang X, Guo N, et al. Squamous cell carcinoma complicating discoid lupus erythematosus in Chinese patients: review of the literature, 1964-2010. *J Am Acad Dermatol* 2012;66:695-6
- Wander WG. Epitheliomas developing on lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 1921;3:22-8
- Minicucci EM, Weber SA, Stolf HO, Marques ME, Ribeiro DA. Keratoacanthoma of the lower lip complicating discoid lupus erythematosus in a 14-year-old boy. *Pediatr Dermatol* 2007;24:329-30
- Farber JN, Koh HK. Malignant fibrous histiocytoma arising from discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 1988;124:114-6
- Ziemer M. Atypical fibroxanthoma. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012;10:537-50