

L'angioliomioma: conferma ecografica di un sospetto clinico

G. PENNASILICO A. SANTINI R. BONO G. FERRANTI

L'angioliomioma è un tumore benigno a localizzazione sottocutanea con caratteri clinici tipici. Gli autori hanno sottoposto ad ecografia cutanea 8 pazienti affetti da tale patologia che presenta caratteri ecografici peculiari: la sede, la forma, l'ipoecogenicità omogenea e l'assenza di rinforzo distale.

L'angioliomioma (A) fa parte del gruppo dei leiomiomi, tumori benigni cutanei di origine muscolare. Oltre all'angioliomioma solitario che deriva dalla muscolatura liscia della tunica media delle vene sottocutanee, si distinguono altri due tipi di leiomiomi: il leiomioma multiplo che è il più frequente e deriva dalle fibrocellule muscolari dei muscoli erettori del pelo e il leiomioma dartoico che prende origine dai muscoli lisci presenti in sede genitale (muscoli dartoici) ed in sede areolare.

L'A. è un tumore benigno che colpisce pazienti in età media, più frequentemente di sesso femminile (rapporto 1,7:1).

Si presenta come un nodulo solitario, tondeggiante, con diametro variabile generalmente intorno al centimetro ma che può eccezionalmente raggiungere i 4 cm, ricoperto da cute sana. Compare più frequentemente alle estremità, ma raramente anche la testa ed il tronco possono essere colpiti. In circa la metà dei casi è presente una sintomatologia dolorosa provocata da stimoli termici e tattili.

Istologicamente i L. presentano fasci di muscolatura liscia le cui fibrocellule hanno estremità arrotondate, nuclei allungati e citoplasma finemente fibrillare e vacuolato; questi fasci di fibrocellule sono irregolarmente separati da fibre collagene, l'epidermide è in genere separata dal tumore da tessuto connettivale normale.

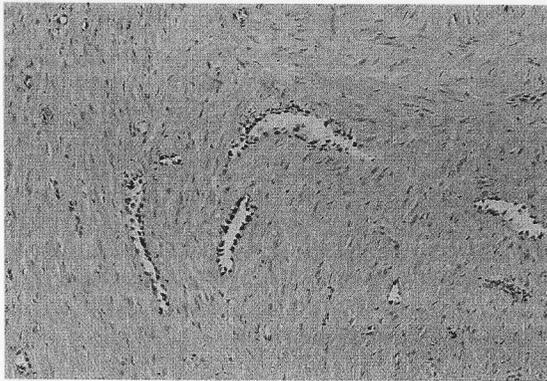


Fig. 1

L'A. differisce dai L. perché è capsulato e contiene numerose vene (fig. 1) che possono essere di diversa provenienza ed avere uno spessore della parete muscolare variabile. Per questo motivo si suddividono gli A. in capillare (o solido), cavernoso e venoso.

Il lume delle vene può essere tondeggiante, schiacciato o di forma stellata per la contrazione del tessuto muscolare.

Clinicamente la diagnosi differenziale si pone con diverse patologie nodulari cutanee, come ad esempio il neurinoma, il neurofibroma, l'emangiopericitoma, e non sempre è possibile porre diagnosi certa di A.

Nel nostro Istituto l'esame ecografico della cute e del sottocutaneo viene eseguito di routine come complemento all'esame clinico e ci è

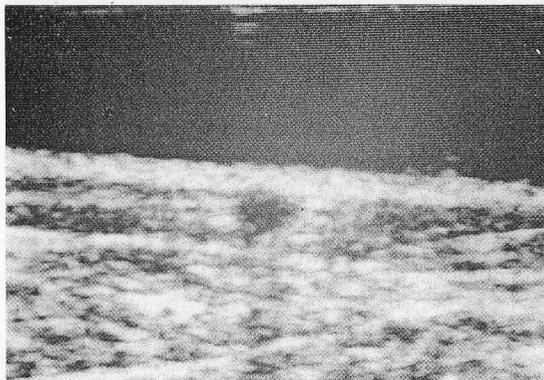


Fig. 2

parso particolarmente utile nella diagnosi differenziale di questa patologia.

Materiali e metodi

Tra i pazienti sottoposti ad ecografia cutanea per patologia nodulare abbiamo selezionato 8 casi con reperto istologico di A.

L'ecografia è stata eseguita con sonda da 20 MHZ, ad altissima definizione, e con un altro apparecchio dotato di sonda da 7,5 MHZ, interponendo tra la sonda e la cute un distanziatore transonico. L'uso di due sonde a diversa frequenza è necessario per ottimizzare le informazioni provenienti dai vari strati del derma e del sottocutaneo.

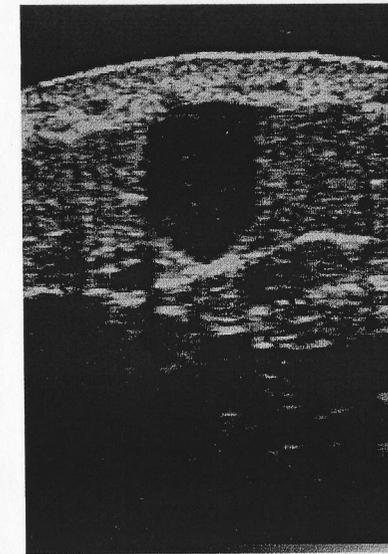


Fig. 3

Discussione

In tutti i casi esaminati gli aspetti ecografici della patologia in esame sono stati identici. In sede sottocutanea, subito al di sotto del derma (che non appare alterato) (fig. 2) si evidenzia un'area ipoecogena rispetto al tessuto adiposo circostante, di forma perfettamente rotondeggiante, di diametro variabile tra 4 e 10 mm, contenuto solido e margini regolari, senza differenza ecoassorbente tra tumore e tessuti circostanti (fig. 3).

Le caratteristiche ecografiche tipiche di questo tumore, unitamente alle indicazioni fornite dalla valutazione clinica, permettono di raggiungere un'elevata accuratezza diagnostica già in fase preoperatoria.

Ecograficamente è necessario analizzare tutti i caratteri semeiologici per porre una diagnosi differenziale con altre formazioni nodulari: il neuroma, cutaneo localizzato nel derma e quindi distinguibile per la sede, presenta anche caratteri clinici differenziali; il neurinoma si distingue per le dimensioni quasi sempre superiori al centimetro, per il contenuto finemente ecogeno (fig. 4) e per la diminuita ecoassorbente con rinforzo acustico posteriore; l'emangiopericitoma si di-

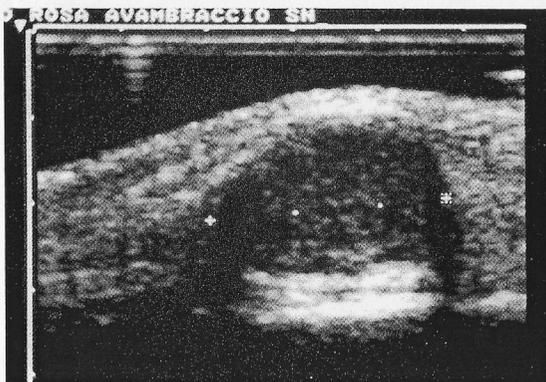


Fig. 4

stingue per l'iperecogenicità rispetto ai tessuti circostanti (fig. 5) e per la sede profonda, in vicinanza della fascia muscolare; il fibrolipoma è di forma ovoidale con aspetto strutturato; il fibroma della fascia muscolare, ben evidenziabile con la sonda a minor frequenza, contrae stretti rapporti con la fascia, anche durante i movimenti e presenta forma ovoidale ed ecogenicità variabile.

Conclusioni

Nell'espansione della diagnostica dermatologica è sempre più importante poter avere una conferma strumentale dei sospetti clinici.

L'angioliomioma si presenta clinicamente con caratteri peculiari, soprattutto per il dolore provocato dagli stimoli termici e tattili.

L'ecografia in base alla nostra esperienza può confermare con discreta attendibilità il sospetto clinico in quanto il tumore si presenta con caratteri ecografici tipici.

In futuro, vista la benignità del tumore, potrebbe essere superflua la conferma istologica e si potrebbe proporre un monitoraggio ecografico della lesione nel tempo.

La ricerca si avvale del contributo del progetto strategico CNR-IDI n. contratto: 90.01479.574

Summary

The angioliomyoma is a benign tumor with subcutaneous localization and typical clinical characteristic. The Authors have made 8 pa-

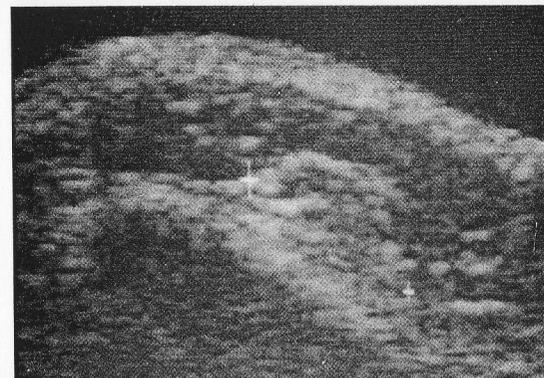


Fig. 5

tients to undergo cutaneous echography because this pathology presents peculiar echographic characteristic: site, form, omogenous hyperechogenicity and absence of distal reinforcement.

BIBLIOGRAFIA

1. MacDONALD D.M., SANDERGON K.V.: *Angioliomyoma of the skin*, «Br. J. Derm.» 91: 161, (1974);
2. HACHIGUGA T., HASHIMOTO H., ENJOJI M.: *Angioliomyoma. A clinicopathologic reappraisal of 562 cases*, «Cancer» Jul 1; 54(1): 126-30, (1984);
3. *Histopathology of the skin*, «Lever» settima edizione, 728-29;
4. NESSI R., BETTI R., BENCINI P. L., CROSTI C., BLANC M., USLENGHI C.: *Ultrasonography of Nodular and Infiltrative Lesions of the Skin and Subcutaneous Tissues*, «J. Clin. Ultrasound» 18: 103-109, February, (1990);
5. PENNASILICO G.M., SANTINI A., TEMPESTA P., RIMATORI M.: *L'Ecografia nelle lesioni nodulari della cute e del sottocutaneo*, «Chron. Derm.» 1: 29-36, (1991);
6. ROOK -WILKINSON-EBLING: *Textbook of dermatology*, Quinta edizione, 2096-97, (1992).