

## Pseudomelanoma fascicolato: aspetti clinici e dermoscopic.

Bonifazi E., Milano A., Ciampo L.  
Unità di Dermatologia Pediatrica, Università di Bari

### Riassunto

Lo pseudomelanoma, cioè la ricomparsa di pigmentazione melanica dopo asportazione di un nevo, è molto frequente dopo asportazione di nevi melanocitari congeniti, anche in caso di asportazione apparentemente radicale. Si descrive il caso di un bambino con nevo melanocitario gigante, che, dopo asportazione, presenta un caratteristico pseudomelanoma lineare, perpendicolare all'asse maggiore della cicatrice, con aspetto dermoscopico a fasci paralleli, che ricorda lontanamente il "pattern" dei nevi acrali.

### Parole chiave

Pseudomelanoma, nevo ricorrente, "pattern" pseudoparallelo.

**S**i dà il nome di pseudomelanoma -nevo ricorrente o nevo persistente- alla ricomparsa di pigmentazione cutanea nella sede di asportazione di un precedente nevo, in genere di tipo dermico. L'asportazione può essere accidentale, traumatica o eseguita con tecniche di vario tipo. Lo pseudomelanoma è frequente soprattutto su cicatrice di asportazione di nevo congenito, sia che venga asportato chirurgicamente, o, con maggiore facilità, in seguito a manovre tipo "curettage" o dermabrasione. Un aspetto caratteristico dello pseudomelanoma conseguente ad asportazione chirurgica di nevo melanocitario congenito è quello a fasci ravvicinati paralleli, disposti perpendicolarmente all'asse longitudinale della cicatrice. Ne presentiamo un caso eclatante in un bambino di 6 anni.

### Caso clinico

T.G. presenta sin dalla nascita un nevo melanocitario congenito gigante mediotoracico anteriore, che va all'incirca da un capezzolo all'altro, grande 10 centimetri x 12, di colorito variegato con un'area intensamente pigmentata e bordi irregolari (Fig. 1). Nei 6 anni successivi il

nevo viene monitorato clinicamente e si mettono in evidenza significative variazioni della pigmentazione, che è più uniforme con depigmentazione delle aree più pigmentate e pigmentazione di quelle più chiare (Fig. 2). A 6 anni si inizia l'asportazione a spicchi in anestesia locale che si completa in 1 anno circa e con tre interventi successivi. Dopo gli interventi si osservano due effetti collaterali: un'asimmetria dei capezzoli, che risultano anche molto ravvicinati tra di loro (Fig. 3), tanto da programmare una trasposizione laterale degli stessi, e dopo circa 9 mesi dall'ultimo intervento pseudomelanomi multipli, puntiformi sui bordi della cicatrice e 1 lineare orizzontale, che attraversa tutta la cicatrice per circa due centimetri di lunghezza e 3-4 millimetri di altezza, perpendicolare all'asse longitudinale, leggermente arcuato con la convessità verso l'alto (Fig. 4). A 16 anni gli pseudomelanomi persistono senza variazioni cliniche significative. L'esame dermoscopico degli pseudomelanomi puntiformi alla periferia della cicatrice mette in evidenza una struttura reticolare con ipopigmentazione peripilare (Fig. 6), mentre lo pseudomelanoma lineare mostra una caratteristica struttura a sottili fasci paralleli, che ricorda lontanamente l'aspetto delle lesioni pigmentate acrali (Fig. 5).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Fig. 1, 2, 3, 4: Nevo melanocitario congenito gigante alla nascita (Fig.1) con aree iperpigmentate e ipopigmentate. A 6 anni (Fig. 2) la pigmentazione è diventata molto più uniforme. Il nevo viene asportato a spicchi: 1 mese dopo il terzo intervento (Fig. 3) asimmetria dei capezzoli; dopo 6 mesi (Fig. 4) pseudomelanoma lineare (asterisco) e puntiformi multipli (freccia).

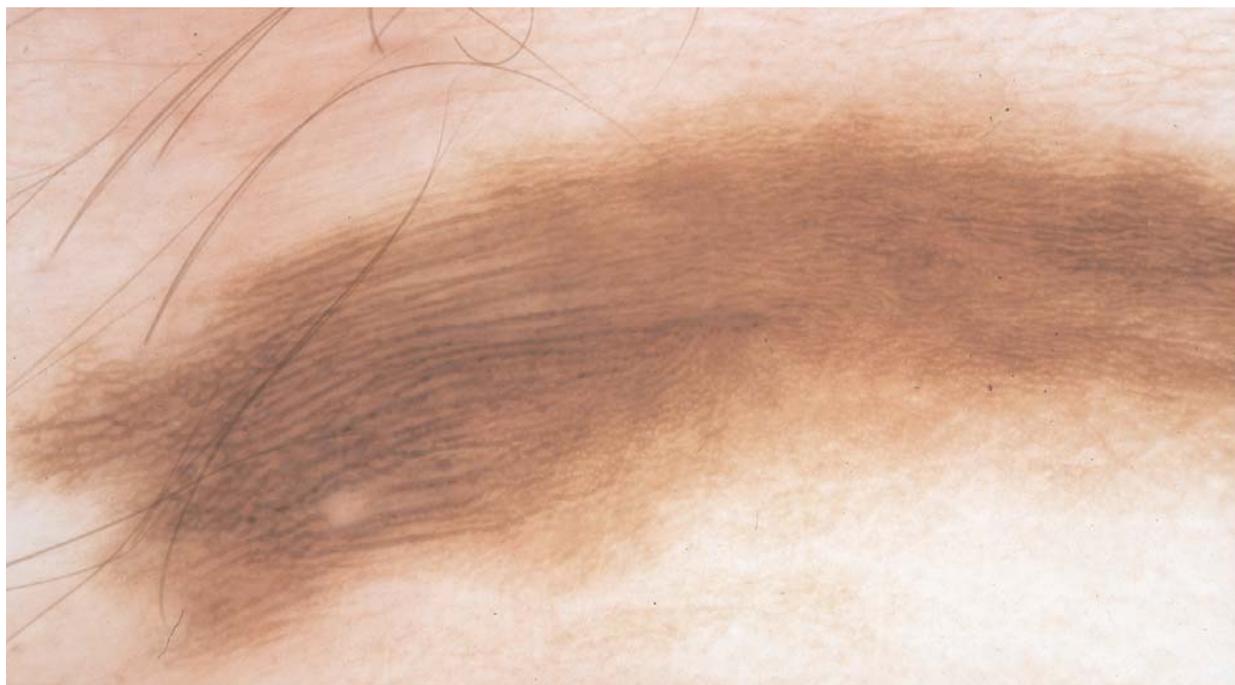


Fig. 5: Pseudomelanoma lineare che attraversa la cicatrice trasversalmente, con struttura dermoscopia a fini fasci paralleli, che ricorda lontanamente il pattern parallelo acrale.



Fig. 6: Pseudomelanoma puntiforme sul margine destro della cicatrice (freccia nella Fig. 4): struttura reticolare intorno ad un follicolo pilifero.

### Commento

Pseudomelanoma è un termine generico che vuol soltanto sottolineare una certa somiglianza con il melanoma e anche alcune difficoltà diagnostiche, che talora si incontrano nell'escludere questa patologia. Intanto la repigmentazione della cicatrice può far pensare ad una ripetizione locale di un tumore melanocitario maligno. Ma ci sono anche altri aspetti clinici conturbanti, soprattutto nei nevi melanocitari di notevoli dimensioni: ad esempio la comparsa di elementi multipli a tipo satellitosi. Questi possono preesistere all'asportazione e disporsi alla periferia del nevo congenito oppure possono comparire dopo la rimozione, specie se questa è parziale -curettaggio, dermabrasione (2)-, ma anche se si tratta di un'escissione chirurgica apparentemente completa (Fig. 4).

La satellitosi, o comunque la comparsa di elementi pigmentati multipli, ricorda anche i nevi acquisiti eruttivi, che insorgono in numerose occasioni, ma soprattutto dopo eruzioni bollose (1); possono insorgere anche in soggetti immunodepressi per AIDS, gravidanza, terapie steroidee e chemioterapia, ma anche senza alcuna causa evidente (5).

Da un punto di vista patogenetico si ritiene che lo pseudomelanoma faccia seguito ad una risalita verso l'alto di melanociti dei follicoli piliferi che vanno a ricolonizzare l'epidermide. Numerosi sono gli argomenti a favore di questa ipotesi, come l'aspetto punteggiato, il tempo di latenza di alcune settimane o mesi, la repigmentazione della vitiligine e del nevo con alone (4). Anche i reperti dermoscopic del presente lavoro,

mostrando la presenza di una ipopigmentazione peripilare e la presenza di un pattern reticolare concentrico alla struttura pilare (Fig. 6), avvalorano questa ipotesi.

Singolare è l'aspetto fascicolato che prende lo pseudomelanoma all'interno della cicatrice, già descritto da alcuni Autori (3). Quest'aspetto richiama quello parallelo in sede acrale, pur non avendone la regolarità, né la presenza degli acrosiringi; inoltre le linee pigmentarie parallele sono più sottili e più fittamente stipate. È interessante notare che a determinare un aspetto lineare parallelo è in questo caso con tutta probabilità la presenza di fasci collageni addensati e paralleli tra di loro nel derma superficiale, mentre nel pattern acrale è l'accentuazione dei solchi a far da binario alla distribuzione dei melanociti. Ancora una volta gli aspetti dermoscopic aiutano così a comprendere l'anatomia e la fisiologia della cute, anche quando non servono da un punto di vista diagnostico.

In conclusione questo caso dimostra nella sua evoluzione clinica le notevoli variazioni pigmentarie cui vanno incontro i nevi melanocitari, che sono più evidenti nei nevi congeniti per via delle maggiori dimensioni. Dimostra anche che le strutture anatomiche presenti nel derma sono in grado di influenzare la distribuzione dei melanociti.

Corrispondenza a:

Prof. Ernesto Bonifazi  
Unità di Dermatologia Pediatrica  
Università di Bari - Policlinico  
Piazza G. Cesare, 11 - 70124 Bari

### Bibliografia

- 1) Annicchiarico G., Favale M.G., Bonifazi E. - Eruptive, punctiform, acquired but large melanocytic nevi in recessive dystrophic epidermolysis bullosa. *Eur. J. Pediat. Dermatol.* 10, 81-6, 2000.
- 2) Bonifazi E., Mazzotta F., Garofalo L. - Congenital melanocytic nevus. *Eur. J. Pediat. Dermatol.* 11, T529-T544, 2001.
- 3) Brunetti B., Scalvenzi M., Posteraro G., et Al. Pseudomelanoma. Una difficile diagnosi dermoscopic. *G. Ital. Dermatol. Venereol.* 135, 481-5, 2000.
- 4) Ciampo L., Mazzotta F., Scanni G., et Al. - Dermoscopic findings of congenital melanocytic nevi. Hair component and multifocal hypopigmentation. *Eur. J. Pediat. Dermatol.* 14, 77-84, 2004.
- 5) Eady R.A.J., Gilkes J.J.H., Jones E.W. - Eruptive naevi: report of two cases, with enzyme histochemical, light and electron microscopical findings. *Br. J. Dermatol.* 97, 267-78, 1977.