

■ TROPPIA TINTARELLA: ATTENZIONE ALLA CHERATOSI ATTINICA

Massimo Marrazza



Con il termine di cheratosi attinica si definisce una lesione desquamante localizzata nelle sedi fotoesposte (volto, cuoio capelluto, dorso, dorso delle mani ecc...) che può evolvere verso un carcinoma squamocellulare. Da un punto di vista istopatologico si tratta di un carcinoma in situ (le alterazioni non superano la membrana basale e non invadono il derma sottostante) e si può quindi utilizzare il termine di lesione preinvasiva (preinvasiva).

Le cause possibili di tali alterazioni sono numerose e spesso sono il risultato dell'interazione tra il corredo genetico e lo stile di vita dell'individuo. La patologia esordisce dopo i 40 anni, colpisce maggiormente gli uomini che le donne, è più comune nei tipi caucasici e fototipo I, e tra le persone che lavorano al sole e all'aria aperta.

Il principale fattore responsabile della lesione è rappresentato dall'interazione tra la radiazione solare e la cute, che determina lo sviluppo di cheratosi attiniche singole o multiple e successivamente

la comparsa di tumori cutanei. I raggi UV (in particolare gli UVB) danneggiano il DNA dei cheratinociti, diminuiscono la risposta immunitaria a livello cutaneo e la capacità autoriparativa del tessuto. Le cellule nelle quali si è verificato il danno del DNA continuano a proliferare e a dividersi con una cheratinizzazione disordinata che clinicamente corrisponde alla comparsa di una superficie rugosa. Fino a quando le alterazioni sono localizzate sopra la membrana basale (struttura che divide l'epidermide dal derma) la lesione viene definita un carcinoma squamocellulare in situ, ma quando le cellule neoplastiche invadono il derma, la cheratosi si trasforma in un carcinoma squamocellulare invasivo.

Le manifestazioni cliniche possono riscontrarsi in qualsiasi regione del corpo nella quale sia avvenuta una fotoesposizione cronica, ma le sedi più frequentemente colpite sono il volto, il dorso delle mani e il cuoio capelluto soprattutto in soggetti calvi [fig. 1, 2].



Fig. 1 Cheratosi attiniche del cuoio capelluto.



Fig. 2 Una particolare forma di cheratosi attinica.

La cheratosi attinica in una fase iniziale è identificabile come una piccola chiazza piatta rosa/rossa a superficie rugosa in genere pruriginosa se infiammata. Successivamente, quando diventa più evidente, appare come una chiazza rilevata sul piano cutaneo, di colorito giallo/brunastro a base rossastra (viene alterato il normale processo di cheratinizzazione con accumulo di cheratina e in genere la pigmentazione riflette l'ispessimento dello strato corneo). In alcuni casi assume l'aspetto di un corno cutaneo. Il fenomeno può colpire anche le labbra e in tal caso il rischio della trasformazione neoplastica è maggiore. L'evoluzione verso un carcinoma invasivo in genere è molto lenta e,

da un punto di vista clinico, è caratterizzata da un aumento di volume e di dimensioni della lesione, dalla comparsa di un nodulo con croste abbondanti in superficie o da un'erosione sanguinante.

Dal punto di vista istologico, l'alterazione più importante consiste nella presenza di cheratinociti atipici nell'epidermide, con fenomeni di atipie citologiche, focali paracheratosi alternate ad ortocheratosi, ma con le strutture follicolari rispettate; tali alterazioni rispettano la membrana basale (che divide epidermide dal derma sottostante).

In una fase successiva e in alcuni casi, si possono riscontrare:

1. proliferazione localizzata o clonale di cellule atipiche associate ad atrofia;
2. fessura nello strato basale dell'epidermide con acantolisi;
3. infiltrato intenso di cellule lichenoidi.

Le principali indicazioni terapeutiche nella cheratosi si possono riassumere come segue.

1. Uso di fotoprotettori, che può modificare il decorso della malattia (protezione dalla luce).
2. Crioterapia con applicazione di azoto liquido, che produce una necrosi per congelamento della lesione. Il trattamento si può ripetere ogni tre mesi e consente un buon controllo della progressione di malattia.
3. Applicazione di sostanze esfolianti e/o anti-metabolite, che bloccano la fase di proliferazione cellulare.
4. Fotodinamica: tecnica impiegata per il trattamento di alcune lesioni tumorali, in grado di distruggere selettivamente le cellule alterate mediante irraggiamento. La selezione delle cellule neoplastiche avviene con l'applicazione di unguento in grado di legarsi specificamente ad esse e di renderle identificabili alla terapia.
5. Terapia chirurgica, riservata a lesioni particolarmente resistenti o quando le stesse siano già evolute verso un tumore invasivo. ■

Massimo Marrazza, specialista in Dermatologia, svolge attività di consulenza nell'ambito del servizio di Dermatologia.

Per informazioni e prenotazioni: CUP 06 809641