

## ULCERA NEOPLASTICA: QUALI LE DIFFERENZE ?

Piero BONADEO

Le ulcere neoplastiche sono relativamente poco frequenti, probabilmente sottostimate per la scarsa attitudine a praticare biopsie che costituiscono la procedura diagnostica, insieme al dato clinico, più dirimente. Occorre distinguere fra: 1) Neoplasie cutanee primitive ulcerate e 2) Degenerazione neoplastica di altri tipi di ulcere croniche. Fra le prime citiamo il carcinoma basocellulare e quello spinocellulare ( 2° tumore cutaneo per incidenza ) con la possibile varianti ( carcinoma di Bowen, post-radiodermite, su cicatrici da ustione o per evoluzioni di stati precancerosi ). Clinicamente queste lesioni si presentano in modo polimorfo, sovente localizzate agli arti inferiori ( 40% ), con fondo talvolta vegetante o necrotico, con bordi infiltrati o ipertrofici, talvolta con indurimento cutaneo e flogosi perilesionale. Caratteristiche sono la durata della fase attiva e l'assenza di dolore. La diagnosi differenziale si pone con cheratosi seborroica, cheratosi attinica, cheratoacantoma, verruca volgare. Nel 2-5 % dei casi metastatizzano a distanza mentre il coinvolgimento linfonodale varia da 10 al 20 %. Altre forme sono il melanoma amelanocitico, concomitanza di linfomi o metastasi cutanee di melanomi, sarcomi, tumori del colon.

La degenerazione maligna non è stata descritta da Marjolin nel 1828 ( ulcera su cicatrice ), come spesso ritenuto, ma da JC Da Costa nel 1903. Rappresenta il 2% delle u. cutanee degli arti inferiori mentre coinvolge il 2-4 % delle u. venose. Si tratta comunque di forme latenti e in lesioni cronicamente presenti da anni. Abitualmente sono evoluzioni in carcinoma spinocellulare ben differenziato nel 73% dei casi. Una crescita improvvisa è indice di aggressività. Il tessuto di granulazione è anomalo, vegetante, i margini irregolari, ipertrofici e con marcata flogosi perilesionale, facile il sanguinamento, il dolore non significativo.

La diagnosi si basa sulla biopsia o biopsia escissionale. La terapia è l'asportazione chirurgica +/- linfadenectomia ed eventuale radio- e/o chemioterapia. Occorre un follow up a distanza mentre in caso di invasività ( generalmente per u. neoplastiche primitive ) può essere necessaria un' amputazione dell'arto.

La raccomandazione è sospettare sempre una neoplasia di fronte ad un'ulcera cronica, inveterata nel tempo in assenza di riparazione e che muta le sue abituali caratteristiche in assenza di sovrainfezione. L'approccio è multidisciplinare, specialmente collaborando con anatomo-patologici