

NEVO LIPOMATOSO CUTANEO SUPERFICIALE: CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Xará J., Flor D., Relvas M., Cardoso J., Ramos L.

Department of Dermatology, University Hospital, Coimbra Local Health Unit and Faculty of Medicine
Coimbra, Portugal

Parole chiave Nevo, tumore adiposo, bambino.

Abbreviazione NLCS = nevo lipomatoso cutaneo superficiale.

Caso clinico. Una ragazza sana di 12 anni presenta da tre anni lesioni multiple asintomatiche sulla natica destra che sono progressivamente aumentate di dimensioni. Non c'è storia familiare di lesioni simili. L'esame obiettivo mostra molteplici papule e noduli soffici color pelle, raggruppati e confluenti in un'unica placca di 5x5 cm sulla natica destra (Fig. 1). La pelle sovrastante non mostra ulcerazioni, ipertricosi o alterazioni della pigmentazione. Il restante esame cutaneo non mostra alterazioni di sorta. Abbiamo eseguito una biopsia con punch e l'analisi istopatologica ha rivelato la presenza di aggregati irregolari di cellule adipose mature nel derma reticolare senza alterazioni epidermiche (Fig. 2). Alla luce di questi reperti è stata confermata la diagnosi di nevo lipomatoso cutaneo superficiale. Per l'assenza di sintomi associati o di disagio estetico, non è stata eseguita l'escissione chirurgica.

Discussione. Il nevo lipomatoso cutaneo superficiale (NLCS) è un raro amartoma cutaneo benigno caratterizzato da due varianti cliniche riconosciute: la forma classica e quella solitaria. La forma classica del NLCS è più frequentemente presente alla nascita o compare entro le prime due decadi di vita ed è caratterizzata da papule e noduli multipli, soffici, cerebriformi, color pelle o giallastri, raggruppati, che possono confluire in placche con distribuzione zosteriforme, lineare o segmentale. Si localizza frequentemente nella parte bassa della schiena, nell'area pelvica, nella regione dei glutei e nella parte superiore delle cosce (1-5). La forma solitaria del NLCS si presenta come una singola papula o nodulo che simula un fibroma pendulo, si manifesta più tardi nella vita rispetto alla forma classica e di solito appare negli adulti tra la terza e la sesta decade di vita. Questa rara variante non presenta un sito di predilezione e può localizzarsi sul viso, sul cuoio capelluto, sulle palpebre e sul clitoride (1-5).

Nel nostro caso la morfologia delle lesioni, la localizzazione e l'età di esordio sono coerenti con la variante classica. In entrambe le varianti le lesioni sono generalmente asintomatiche, come nella nostra paziente, ma alcuni pazienti possono avvertire dolore. Raramente le lesioni possono ulcerarsi, soprattutto dopo un trauma o un'ischemia. Inoltre, possono coesistere macchie caffè-latte, macchie ipomelaniche, lesioni simil-comedoniche, ipertricosi sovrastante e amartoma cistico follicolo-sebaceo, come descritto in precedenti lavori (1-4). Nessuno di questi aspetti era presente nella nostra paziente.

La diagnosi di NLCS si basa sull'istopatologia, poiché sia la forma classica che quella solitaria mostrano caratteristiche istologiche simili (1). Il principale reperto istologico è la presenza focale nel derma di piccoli gruppi di adipociti maturi che possono estendersi fino al derma papillare. Questi aggregati sono comunemente distribuiti attorno ai vasi sanguigni e alle ghiandole eccrine ma possono anche essere presenti come adipociti solitari tra fibre di collagene (2, 3). A causa di questa distribuzione, la giunzione tra il derma e lo strato sottocutaneo può diventare poco definita, ma l'assenza di connessione tra gli adipociti ectopici e il tessuto adiposo sottocutaneo è una caratteristica del NLCS e alcuni autori la considerano un criterio necessario per la diagnosi (1-3, 6). Secondo studi precedenti, la



Fig. 1

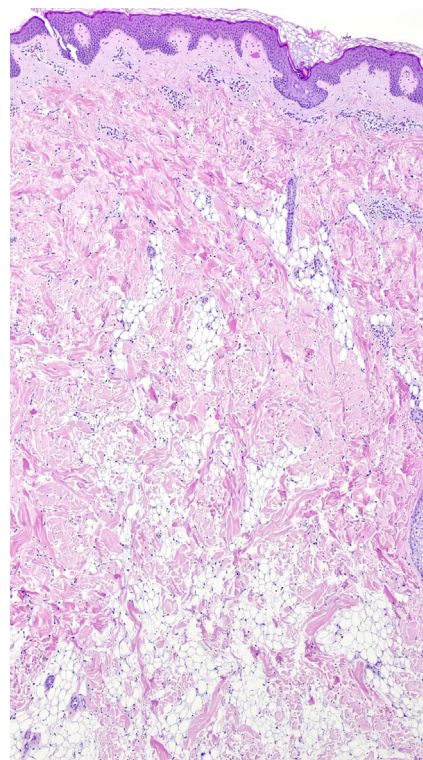


Fig. 2

Fig. 1, 2: Nevo lipomatoso cutaneo superficiale (Fig. 1) con sua caratteristica istologia (Fig. 2).

percentuale di tessuto adiposo nel derma è variabile, dal 10 al 50%, secondo la dimensione delle lesioni. Nelle lesioni del NLCS sono state descritte anche altre caratteristiche istologiche, come l'aumento della densità delle fibre collagene e del tessuto elastico, dei fibroblasti e un'infiltrazione perivascolare di cellule mononucleari e a forma di fuso, che rappresentano adipociti immaturi (2-4).

L'epidermide è generalmente risparmiata, ma può presentare acantosi da lieve a moderata, ipercheratosi a trama di canestro, aumento della pigmentazione basale e allungamento focale delle creste epidermiche (1-3). Il coinvolgimento delle strutture annessiali è variabile, poiché possono essere ridotte di numero ma con morfologia normale, presentare fibrosi perifollicolare focale o addirittura non essere interessate (2). Nel nostro caso, i risultati istologici erano coerenti con NLCS, mostrando più del 30% del derma sostituito da tessuto adiposo, senza altre anomalie dermiche e con un'epidermide normale.

Le lesioni del NLCS possono simulare diverse condizioni dermatologiche e la diagnosi clinica differenziale dovrebbe includere fibromi cutanei, polipo fibroepiteliale, nevo sebaceo, nevo connettivo, neurofibroma plessiforme, leiomioma cutaneo, amartoma della muscolatura liscia, neurofibromatosi segmentale, linfangioma ed emangioma (1, 3, 4). L'istopatologia gioca un ruolo importante nel distinguere queste lesioni l'una dall'altra e per la diagnosi si raccomanda una biopsia. Microscopicamente, la deposizione di tessuto adiposo nel derma può essere osservata anche in altre malattie diverse dal NLCS, come l'ipoplasia dermica focale (sindrome di Goltz), i lipofibromi e gli acrocordoni giganti con ernia del grasso (1, 3, 4). Tuttavia, queste entità sono differenziabili clinicamente.

Sebbene il trattamento non sia necessario, l'escissione chirurgica dovrebbe essere presa in considerazione se vi è un impatto estetico; una diagnosi precoce è importante per evitare resezioni estese.

L'escissione chirurgica è curativa e particolarmente utile per la variante solitaria e, ad oggi, è stato segnalato un solo caso di recidiva (1). Altri approcci terapeutici includono il laser CO₂ ablativo, la crioterapia, il desossicolato di sodio e la fosfatidilcolina, tutti con risultati variabili (7). Tuttavia, questi trattamenti conservativi potrebbero rappresentare un'opzione per i pazienti in cui il trattamento chirurgico non può ottenere risultati soddisfacenti, soprattutto nei casi con lesioni multiple che coinvolgono un'ampia area (7, 8).

Conclusione. Questo caso è stato descritto per la sua rarità e per evidenziare il ruolo della correlazione clinico-patologica nella diagnosi differenziale da diversi potenziali imitatori.

Conflitti d'interesse

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti d'interesse.

Corrispondenza a:

Dr. Joana Xará
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Praceta Prof. Mota Pinto, 3004-561
Coimbra, Portugal
e-mail: joanaresendexara@gmail.com

Bibliografia

- 1) Jain A, Sharma A, Sharda R, Aggarwal C. Nevus Lipomatosus Cutaneous Superficialis: a Rare Hamartoma. *Indian J Surg Oncol.* 2020;11(1):147-9.
- 2) Dos Santos Lima C, Issa MCA, Boechat de Souza M, et al. Nevus lipomatosus cutaneous superficialis. *An Bras Dermatol.* 2017;92(5):711-3.
- 3) Patil SB, Narchal S, Paricharak M, More Ss. Nevus lipomatosus cutaneous superficialis: a rare case report. *Iran J Med Sci.* 2014;39(3):304-7
- 4) Dhamija A, Meherda A, D'Souza P, Meena RS. Nevus lipomatosus cutaneous superficialis: An unusual presentation. *Indian Dermatol Online J.* 2012;3(3):196-8.
- 5) Cardot-Leccia N, Italiano A, Monteil MC, et al. Naevus lipomatosus superficialis: A case report with a 2p24 deletion. *Br J Dermatol.* 2007;156(2):380-81.
- 6) Hassab-El-Naby HMM, Rageh MA. Adult-onset nevus lipomatosus cutaneous superficialis mimicking plane xanthoma. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2022;15(7):10-1.
- 7) Li S, Xiao Y, Wang H, Liu Z. Giant nevus lipomatosus cutaneous superficialis with cerebriform surfaces on the back and sacral region: A case report. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2022;15:981-5.
- 8) Sardana K, Bansal S, Garg VK, Khurana N. Treatment of nevus lipomatosus cutaneous superficialis with CO₂ laser. *J Cosmet Dermatol.* 2017;16(3):333-5.