

Il leiomioma del capezzolo



Ann. Ital. Chir., LXXIII, 1, 2002

**G. Di Vita, E. Barresi*, D. Raimondo,
S. Matranga**

Università degli Studi di Palermo
Dipartimento di Discipline Chirurgiche Anatomiche ed
Oncologiche
I Divisione di Chirurgia Generale
Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale
Direttore: Prof. P. Leo
Cattedra di Semeiotica e Metodologia Chirurgica
Titolare: Prof. G. Di Vita
*Istituto di Anatomia Patologica
Direttore: Prof. F. Aragona

Abstract

LEIOMYOMA OF THE NIPPLE

A case of 28 years woman with nipple's leiomyoma we report. Only 38 cases are reported in the literature. This neoplasm presents a difficult differential diagnosis with the remaining flogistic and neoplasm breast and nipple disease.

Key words: Nipple's leiomyoma, breast neoplasm.

Introduzione

I leiomiomi sono tumori benigni che si originano dal tessuto muscolare liscio, sono più frequenti negli organi dove tale tessuto è più rappresentato, ed in particolare utero e tubo gastroenterico (12, 17), ed in minor misura a livello dello scroto, vulva, capezzolo e cute (3).

I leiomiomi del capezzolo sono di raro riscontro e contrariamente ad altre patologie della mammella colpiscono con notevole frequenza il sesso maschile.

Nonostante la rarità d'osservazione il leiomioma del capezzolo deve essere tenuto presente nella diagnostica differenziale, perché, per l'assenza di caratteristiche patognomiche dal punto di vista clinico strumentale, può simulare altre affezioni sia benigne che maligne quali la malattia di Paget.

Caso clinico

Donna di 28 anni da Calatafimi (TP), all'età di 4 anni intervento per cardiopatia congenita, menarca a 13 anni, mestruazioni successive regolari, sposata all'età di 18 anni, 3 gravidanze portate a termine. All'età di 26 anni nel corso del V mese della 3^a gravidanza ha notato la comparsa di una tumefazione localizzata a livello del capezzolo della mammella sinistra accompagnata da dolenzia, tensione e senso di peso; tali sintomi non erano in cor-

relazione con le mestruazioni, invece aumentavano in seguito alla palpazione. La tumefazione era aumentata gradualmente di volume, ed al momento del ricovero non alterava il profilo del capezzolo, aveva le dimensioni di circa 0,7 cm era mobile sui piani profondi, aderente al piano cutaneo, di consistenza duro-elastica, e con margini netti. Non erano presenti secrezioni dal capezzolo; la palpazione del cavo ascellare non mostrava alterazioni. L'esame ecografico confermava la sede, e la lesione appariva ipoecogena di 0,7 cm di diametro a margini netti. La tumefazione è stata asportata in anestesia locale.

All'esame anatomo-patologico essa si presentava di forma rotondeggiante, a limiti netti, ed al taglio di colorito biancastro. Istologicamente era formata da cellule allungate ed eosinofle, nel cui interno si rilevavano nuclei con superficie regolare a forma di bastoncino (Fig. 1 e 2). I margini di resezione erano indenni.

Il decorso post-operatorio è stato regolare ed i controlli clinici ed ecografici non mostravano fino ad un anno segni di recidiva.

Discussione e conclusioni

La prima descrizione di un leiomioma del capezzolo si deve a Wirchow (19) nel 1854; Melnick (8) in una revisione della letteratura eseguita nel 1932 riportava che i

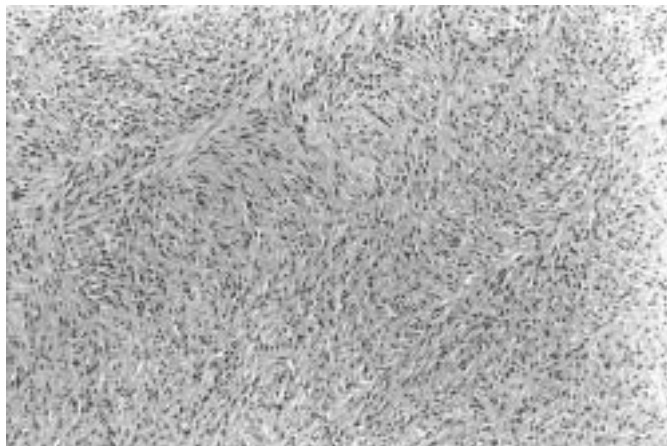


Fig. 1: Tessuto neoformato costituito da fasci muscolari lisci che si intersecano in varie dimensioni. 80 x Ematossilina Eosina.

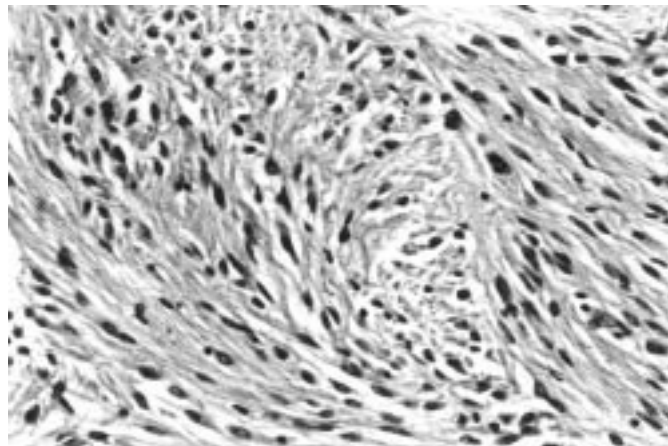


Fig. 2: Le cellule muscolari lisce sono prive di caratteri di atipicità 200 x Ematossilina Eosina.

casi osservati erano 10, senza tuttavia specificare il sesso; nel 1989 Allison e Doods (1) ne riportarono altri 10 casi di cui quattro maschi. Da una accurata ricerca bibliografica si rileva che in quest'ultima revisione non sono stati riportati altri 4 casi tutti di sesso femminile (7,9,12). Dal 1989 risultano pubblicati altri 14 casi; di conseguenza i casi di leiomioma del capezzolo ammontano complessivamente a 39, compresa la nostra osservazione (Tab. I).

Nei casi da noi rivisti il sesso era riferito solo in 10 e di questi quattro erano maschi, l'età era compresa tra 21 e 68 anni con una media di 34. La razza maggiormente colpita era quella bianca, ed ambedue i lati risultavano affetti con eguale frequenza; mentre in 3 casi i leiomiomi erano bilaterali (2, 4).

Dal punto di vista ontogenetico i leiomiomi del capezzolo derivano dalle cellule muscolari lisce che si riscontrano in abbondanza nella regione capezzolo-areola a formare il muscolo mammillare (4). In questa regione del tessuto muscolare liscio si può riscontrare anche a livel-

lo dei dotti galattofori (12) in prossimità dei vasi sanguigni (3, 10, 14, 15) della cute (14) e dei bulbi piliferi (3, 10, 11). Si tratta spesso di neoformazioni di piccole dimensioni (diametro medio di 13 mm), di forma ovalare o rotondeggiante; nei tumori di grandi dimensioni, per una trasformazione fibrosa dei tessuti circostanti, che danno origine ad una struttura capsulare, i limiti risultano netti, sono invece, mal definiti e non capsulati nei tumori di piccole dimensioni. Istologicamente sono costituiti da cellule allungate ed eosinofile nel cui interno si rilevano nuclei con superficie regolare; queste cellule producono actina e desmina (10).

La diagnosi differenziale si pone con altri tumori della regione areolocapezzolare (14) quali il fibroma, il linfocitoma benigno di Balverstedt o la malattia di Paget ed il leiomiomasarcoma. Sono stati riportati solo 3 casi di leiomiomasarcoma del capezzolo, due da Visfede e Scheike (16) ed uno da Hernandez (5) e mai è stata documentata una degenerazione maligna di un leiomioma (1). Riguardo la diagnosi differenziale tra forme benigne e

Tab. I – REVISIONE CASISTICA DEI CASI DI LEIOMIOMA DEL CAPEZZOLO DAL 1989

<i>Autore</i>	<i>Anno</i>	<i>N° Casi</i>	<i>Sesso</i>	<i>Età</i>	<i>Lato</i>	<i>Dimensioni (Mm)</i>
Winkler (18)	1989	1	M	68	N.S.	N.S.
Laterza (6)	1990	1	F	46	Sn	10
Pujol (11)	1991	1	M	35	Dx	8
Newman (10)	1991	4	N.S.	27,5*	N.S.	7*
Silk (13)	1992	1	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Velasco (15)	1995	1	M	58	Sn	15
Dawn (2)	1995	2	F/F	45/21	Bi/Bi	N.S.
Way (17)	1996	1	F	45	Dx	14
Haier (4)	1997	1	F	48	Bi	15/40
Noi	2000	1	F	28	Sn	15

*Valori medi;
n.s.: non specificato;
Sn: sinistro;
Ds: destro;
Bi: bilaterale.

maligne dei tumori d'origine muscolare del capezzolo sono validi gli stessi criteri utilizzati nelle altre sedi.

I leiomiomi del capezzolo spesso sono asintomatici ed il loro riscontro è stato spesso casuale in corso di auto-palpazione; i sintomi riferiti sono dolore, tensione e senso di peso a livello del capezzolo, che si accentuano con la palpazione (2, 4, 10). Il dolore può insorgere anche spontaneamente o dopo esposizione al caldo (11) e può regredire dopo somministrazione di nifedipina (2). La tumefazione è solitamente mobile, ma può contrarre aderenze con i tessuti vicini per cause flogistiche e determinare retrazione del capezzolo (15). In seguito a stimolazione del capezzolo la tumefazione può contrarsi per il mantenimento delle attività contrattili delle cellule (6). Sono stati riportati casi di papule (11), di eczemi ed eritemi (4) che possono simulare una malattia di Paget.

L'ecografia di solito evidenzia una neoformazione solida ipoecogena a struttura omogenea. Nel caso osservato da Velasco et al. (15) la mammografia mostrava una neoformazione di 1,5 cm, con diramazioni a raggiera verso la mammella, tali da determinare una retrazione cutanea e simulare una forma maligna.

L'asportazione completa della neoformazione costituisce il trattamento da praticare, l'escissione deve essere eseguita in modo che i margini risultino indenni. Le recidive sono rare (4) e sono da imputare ad una exeresi non completa.

In conclusione il leiomioma del capezzolo è un raro tumore benigno senza potenziale malignità, colpisce con elevata frequenza, contrariamente ad altre malattie della mammella, il sesso maschile e l'exeresi della neoformazione con margini indenni costituisce il trattamento di scelta.

Riassunto

Un caso di una donna di 28 anni con leiomioma del capezzolo viene riportato. Nella Letteratura sono stati descritti solamente 38 casi. La neoplasia pone problemi di diagnosi differenziale con la rimanente patologia flogistica e neoplastica della mammella e del capezzolo. Parole chiave: Leiomioma del capezzolo, neoplasia della mammella.

Bibliografia

- 1) Allison J.G., Dodds H.M.: *Leiomyoma of the nipple. A case report and literature review*. Am Surg, 55:501-2, 1989.
- 2) Dawn G., Handa S., Dos A., Kumar B.: *Bilateral symmetrical pilar leiomyomas on the breast*. Br J Dermatol, 133:331-2, 1995.
- 3) Fernandez-Pugnaire M.A., Delgado-Florencio V.: *Familial multiple cutaneous leiomyoma*. Dermatology, 191:295-8, 1995.
- 4) Haier J., Haensch W., Schon M.: *Leiomyoma as rare differential diagnosis of Paget's disease of the nipple*. Acta Obstet Gynecol Scand, 76:490-1, 1997.
- 5) Hernandez Fi.: *Leiomyosarcoma of male breast originating in the nipple*. Am J Surg Pathol, 3:299-304, 1978.
- 6) Laterza E., Veraldi G.F., Zannoni M., Ricci F., Poggi C., De Manzoni G., Guglielmi A.: *Leiomyoma of the nipple*. Chir Ital, 42: 138-42, 1990.
- 7) Melita P., Barbuscia M., Belnome N.A., Palmeri R., Salibra M.: *Considerazioni anatomo patologiche e cliniche sul leiomioma del capezzolo*. Atti Soc Sic Chir, 1980.
- 8) Melnick P.J.: *Fibromyoma of the breast*. Arch Pathol, 14:794-798, 1932.
- 9) Naseman T., Schmidt K.U.: *Solitary leiomyoma of the nipple*. Aktuel Dermatol, 11:134-5, 1985.
- 10) Newman P.L., Fletcher C.D.: *Smooth muscle tumors of the external genitalia: clinicopathological analysis of a series*. Histopathology, 18:523-9, 1991.
- 11) Pujol R.M., Fernandez M.T.: *A solitary papule on the nipple. Nodular leiomyoma of the nipple*. Arch Dermatol, 127:573-576, 1991.
- 12) Saggio A., Alongi G., Cina C., Riggi M., Sciuto G., Scrofani G., Garagliano V.: *A case of retroareolar leiomyoma of the breast*. Chir Ital, 36:66-71, 1984.
- 13) Silk Y.N., Hena M.A., Pilon V.: *Leiomyoma of the nipple*. NY State J Med, 92:408-9, 1992.
- 14) Tsujioka K., Kashihara M., Imamura S.: *Cutaneous leiomyoma of the male nipple*. Dermatologica, 170:98-100, 1985.
- 15) Velasco M., Ubeda B., Autonell F., Serra C.: *Leiomyoma of the male areola infiltrating the breast tissue*. Am J Roentgenol, 164:511-2, 1995.
- 16) Visjedt J., Scheike O.: *Male breast cancer*. Cancer, 985-90, 1973.
- 17) Way J.C.: *Retroareolar leiomyoma*. Can J Surg, 39:339, 1996.
- 18) Winkler S., Stolp A.: *Leiomyoma of the breast in the male*. Dermatol Monatsschr, 175:588-90, 1989.
- 19) Virchow R.: *Ober Cavernouse (Eretille) Geschwulste und Teleangiectasien*. Virchows Arch Pathol Anat, 6:525-54, 1854.

Autore corrispondente:

Prof. G. DI VITA
Univerità degli Studi di Palermo
Cattedra di Semeiotica e Metodologia Chirurgica
Via del Vespro, 129
90127 PALERMO

