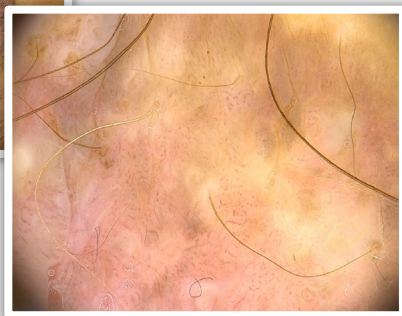


PAPULOSI BOWENOIDE: NON UN SEMPLICE CONDILOMA

Luca Rapparini, Sabina Vaccari, Emi Dika, Valeria Gaspari

U.O. Dermatologia, IRCCS Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola
Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC)
Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, Bologna, Italy

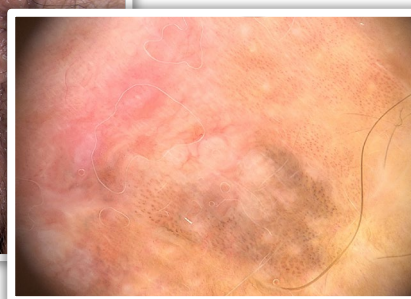


Caso 1

Giunge alla nostra attenzione una donna di 54 anni con una placca eritemato-squamosa, a margini brunastrici che si estende a livello del margine anale, quasi circonferenzialmente. Riferisce che la lesione è presente da circa 8 mesi e che talvolta è presente prurito. Alla dermatoscopia sono presenti vasi glomerulari, puntiformi e a forcina, e in particolare nell'area periferica, sono presenti globuli brunastrici con una disposizione lineare, a linee parallele. Eseguendo una biopsia incisionale, l'esame istologico ha portato alla diagnosi di papulosi bowenoide (H-SIL, p16 positiva, HPV relata). Abbiamo effettuato un debulking della lesione con imiquimod 5% crema per 8 settimane e successivamente esciso la lesione con bonifica chirurgica.

Caso 2

Altra paziente di 49 anni con sospetta papulosi bowenoide localizzata a livello vulvare sinistro e regione perineale. Alla dermatoscopia la parte centrale eritematosa appare senza un pattern strutturale specifico, al contrario della zona più esterna dove riscontriamo globuli grigio-marronici di varie dimensioni, con una disposizione lineare che conferisce alla lesione un "aspetto zebra" alla dermatoscopia. Anche in questo caso, l'esame istologico ha confermato il sospetto clinico, ed abbiamo eseguito un trattamento con laser CO₂.



Discussione

La papulosi bowenoide (PB) è una neoplasia intraepiteliale che colpisce principalmente l'area anogenitale, con aspetti istologici di un carcinoma a cellule squamose (SCC) in situ, che interessa giovani adulti, con una predominanza nel sesso femminile. L'HPV svolge un ruolo nella genesi di questa malattia: i genotipi di HPV 16, 18, 31 e 39 sembrano essere i più frequentemente rilevati nei campioni di PB. La PB si presenta come papule o placche cheratosiche di colore rosavioleaceo o biancobrunastro, in genere multiple, a superficie liscia o papillomatosa¹, clinicamente simili a condilomi, in quanto, come questi ultimi, sbiancano in seguito ad applicazione di acido acetico. Si localizzano a livello del pene, della vulva, ma possono essere riscontrate anche a livello perineale e perianale. Le lesioni assumono una distribuzione anulare o lineare. Generalmente sono asintomatiche, anche se può essere presente prurito.

Le principali diagnosi differenziali di PB sono sia patologie benigne, come le verruche genitali, il mollusco contagioso e la cheratosi seborroica, per le quali spesso si procede con il trattamento (crioterapia, tocature con acido tricloroacetico al 90%, imiquimod in crema), senza sottoporre la lesione a esame istologico e quindi determinando un sottostima delle diagnosi di PB, ma anche patologie maligne come il melanoma e la malattia di Bowen. La dermatoscopia riveste un ruolo essenziale nel differenziare queste lesioni, e rappresenta l'esame fondamentale per porre l'indicazione alla biopsia delle lesioni sospette per PB.

Dai pochi dati presenti in letteratura¹⁻³, concordi con quanto riscontrato nelle nostre pazienti, la dermatoscopia della PB mostra una superficie cheratosica, globuli marrone-grigiastri disposti secondo una distribuzione lineare alla periferia della lesione, su una base di sfondo omogenea brunastra (ad *aspetto zebra*), con presenza di vasi glomerulari e puntiformi. In altri casi⁴ possono essere presenti aree prive di struttura o una pigmentazione rosso-biancastra con vasi glomerulari o a forcina. Al contrario, tipicamente la cheratosi seborroica si presenta con un aspetto cerebriforme con pseudocomedoni, senza strutture vascolari; i condilomi acuminati hanno estroflessioni papillomatose con vasi a forcina, puntiformi e glomerulari e un alone biancastro⁵; infine, la malattia di Bowen è caratterizzata da aree bianco-brunastre sovrastate da squame giallognole, globuli e linee marroni-grigiastre e aree similicatrizziali⁴.

Il rischio di progressione della PB in un carcinoma invasivo è stato stimato al 2,6% dei casi³, che aumenta in caso di pazienti immunocompromessi. Malgrado il basso rischio di trasformazione maligna il trattamento è sempre raccomandato. Gli approcci terapeutici includono crioterapia, 5-fluoruracile topico, imiquimod topico, elettrocoagulazione, ablazione laser, escissione chirurgica e terapia fotodinamica.

Conclusioni

Possiamo affermare che la presenza di globuli da marrone a grigio disposti in modo lineare (*aspetto zebra*) possano effettivamente rappresentare un indizio dermoscopico per la diagnosi di PB, e quindi rappresenterebbe un'indicazione a procedere alla biopsia per esame istopatologico di conferma. A causa dello scarso numero di casi pubblicati in letteratura, non esistono altri criteri dermoscopici significativi da poter generalizzare per porre il sospetto forte di PB.

Referenze

1. Vaccari, S. et al. Genital bowenoid papulosis: the variegated dermoscopic features. *Ital. J. Dermatol. Venereol.* 153, (2018).
2. Ürün, Y. G., Ürün, M. & Fişcioğlu, S. A case of perianal bowenoid papulosis: dermoscopic features and a review of previous cases. *Acta Dermatovenereol. Alp. Pannonica Adriat.* 30, (2021).
3. Marcucci, C. et al. Dermoscopic findings in bowenoid papulosis: report of two cases. *Dermatol. Pract. Concept.* 4, (2014).
4. Chan, S. et al. Dermoscopic findings of penile intraepithelial neoplasia: Bowenoid papulosis, Bowen disease and erythroplasia of Queyrat. *Australas. J. Dermatol.* 60, (2019).
5. Seong, S. H. et al. Dermoscopic findings of genital keratotic lesions: Bowenoid papulosis, seborrheic keratosis, and condyloma acuminatum. *Photodiagnosis Photodyn. Ther.* 36, 102448 (2021).