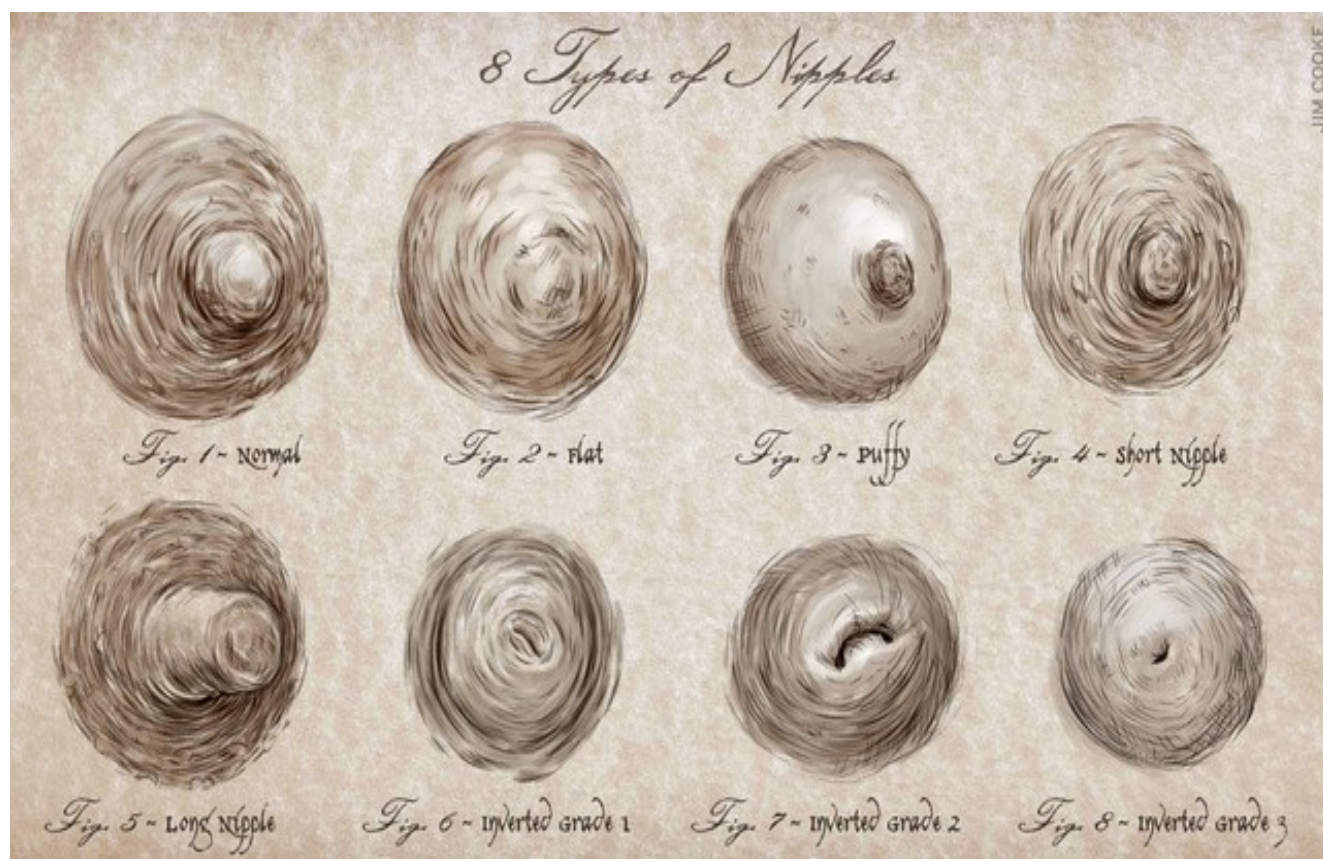


## AFFEZIONI DEL CAPEZZOLO E DELL' AREOLA

A cura del Dott. Giacomo Antonini

Questo capitolo sintetizza in maniera concreta le affezioni comuni e rare che colpiscono il complesso capezzolo-areola.

Il capezzolo e l' areola sono aree di cute modificate dalla presenza del tessuto ghiandolare sottostante; il capezzolo contiene inoltre tessuto muscolare liscio disposto circolarmente; l' areola, che lo circonda, contiene le ghiandole del Montgomery (importanti per lubrificare capezzolo durante l' allattamento), e talvolta anche del tessuto mammario accessorio che si rende evidente con la secrezione latteata.



### **1. Inversione del capezzolo:**

Congenita (brevità duttale) o acquisita (retrazione), l' affezione rientra nella normalità; in menopausa; la diagnosi deve accertare che il processo di retrazione sia sostenuto dalla fibrosi periduttale e piuttosto che da un carcinoma che attira a sé il capezzolo, invertendolo.

*Diagnosi* : La clinica o meglio la mammografia è di solito in grado di differenziare le due patologie.

*Terapia* : di per sé , non necessita di alcun trattamento, se non per motivi estetici. Nella giovane, per una correzione estetica -dai risultati incostanti-, occorre sezionare tutti i dotti, ma è compromessa la possibilità di allattamento (informare la donna).

### **2. Ragade del capezzolo**

E' un' affezione che interessa fino al 17% delle donne che allattano ed è responsabile della colonizzazione dei dotti da parte dei batteri. La ragade, particolarmente dolorosa, spesso regredisce spontaneamente con la sospensione dell'allattamento.



### **3. Desquamazione del capezzolo**

Questo reperto è legato per lo più a secrezioni essiccate sul capezzolo, ma può nascondere un eczema, un Paget o un adenoma erosivo: la diagnosi non è sempre palese.

### **4. Adenoma erosivo del capezzolo**

Affezione rara descritta anche come papillomatosi florida del capezzolo, è riferita talvolta come un dolore urente o pruriginoso.

*Diagnosi* : Il capezzolo appare aumentato di volume, talvolta ulcerato e sanguinante.

*Diagnosi differenziale* : si deve porre con il Paget, l' eczema e il papilloma duttale prolassato, dalle quali deve essere differenziato con una biopsia.

*Terapia* : il trattamento non necessita la rimozione di tutto il capezzolo ma solamente della parte affetta.

### **5. Adenoma Siringomatoso**

E' descritta come una rara lesione infiltrante l' areola che simula l' adenoma erosivo; ha una certa tendenza a recidivare dopo l' exeresi .

## 6. Polipo fibroepiteliale

Queste rare lesioni peduncolate prendono origine sia dal capezzolo sia dai tubercoli del Montgomery, assomigliano ai fibromi peduncolati di altre sedi cutanee; non sono descritte recidive dopo l' exeresi chirurgica.

## 7. Eczema

Può coinvolgere areola e/o capezzolo in misura variabile, e deve essere essenzialmente distinto dalla malattia di Paget del complesso areola-capezzolo mediante la biopsia (Tab.). Il trattamento dell' eczema non differisce da quello di quest' affezione in altre sedi corporee.

ECZEMA	MALATTIA DI PAGET
<ul style="list-style-type: none"><li>• In genere bilaterale</li><li>• Insorgenza intermittente, con evoluzione tendenzialmente rapida</li><li>• Lesione secernente</li><li>• Margini mal definiti</li><li>• Capezzolo talvolta risparmiato</li><li>• Prurito frequente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unilaterale</li><li>• Crescita progressiva e lenta</li><li>• Lesione secca o secernente</li><li>• Margini irregolari ma ben definiti</li><li>• Capezzolo sempre coinvolto, può essere completamente sostituito dalla lesione</li><li>• Prurito frequente</li></ul>



Paget del Capezzolo

## 8. Leiomioma

è un' affezione estremamente rara se consideriamo la quantità di tessuto muscolare presente nel capezzolo. Si presenta come una lesione del capezzolo, tondeggiante (6-7 mm di  $\varnothing$ ), a crescita molto lenta, con superficie liscia, che può presentarsi in qualsiasi età della donna. L' exeresi chirurgica è risolutiva.

## 9. Lesioni traumatiche

Il capezzolo può essere sede di trauma causato dall' attrito protratto tra questo e la maglia in presenza di sudore e calore come nel corridore ("Jogger's nipples"). In altri sport (ciclismo) alla frizione si associa una lesione da freddo ("Bicyclist's nipples"). Tali lesioni spesso dolorose, possono presentare aspetti eczematoidi e talvolta micro emorragie simulanti le secrezioni ematiche dal capezzolo.



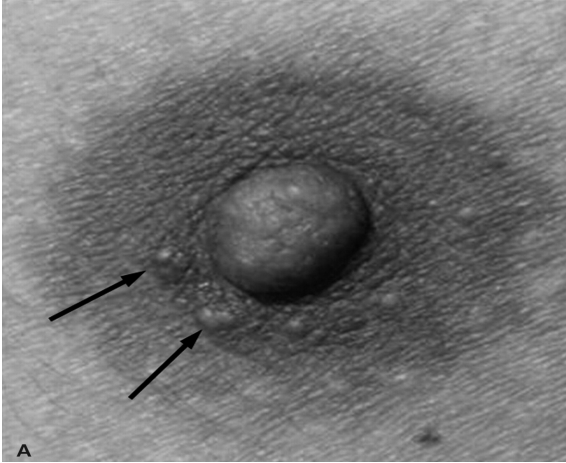
## 10. Fenomeno di Raynaud del capezzolo

Sono stati descritti casi in cui il capezzolo può essere affetto da aspetti clinici simili a quelli del fenomeno di Raynaud. Questa manifestazione è stata riscontrata in associazione a pregressa chirurgia dei dotti, a malattia di Paget del capezzolo, o in altri casi al periodo della perimenopausa.

## 11. Le ghiandole del Montgomery

Queste strutture già descritte da Morgagni nel 1719, sono composte in realtà 3 entità istologiche differenti:

- 1) ghiandole sudoripare apocrine, Le ghiandole sudoripare modificate non differiscono da quelle delle altre sedi cutanee;
- 2) ghiandole sebacee modificate, sottostanti i tubercoli di Montgomery, sono in rapporto con i dotti lattiferi (talvolta comunicanti) e subiscono le caratteristiche trasformazioni durante la gravidanza e l' allattamento.
- 3) le ghiandole mammarie rudimentali possono essere isolate o avere dotti escretori con sbocco variabile.



### **12. Cisti sebacee del capezzolo**

di raro riscontro, si manifesta come una tumefazione indolore in stretto rapporto con il capezzolo, comunicante o meno con un dotto lattifero. Tale lesione può andare incontro a infezione.

### **13. Infezioni virali**

sono state descritte lesioni da mollusco contagioso (tumefazione con ulcera associata), lesioni erpetiche e condilomatose a carico del complesso areola-capezzolo.

### **14. Acanthosis nigricans**

L'acanthosis nigricans è caratterizzata da placche ipercheratosiche in aree intertriginose (ad esempio, inguine, ascelle, collo) morbide, vellutate. Sono stati riconosciuti tre tipi di acanthosis nigricans.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Hood L.: Raynaud phenomenon of the nipple. *New Zealand Medical Journal* 1983; 84: 294-295. Wood C.: Condyloma accuminatum of the nipple. *Journal of Cutaneous Pathology*. 1978; 56: 88-89.
- Gans B.: Breast and nipple pain in every stage of lactation. *British Medical Journal* 1958; 2: 830-832. Rosen
- P.P.: Syringomatous adenoma of the nipple. *American Journal Pathology*. 1983; 7:739-745. Hutchinson J.: Polypoid outgrowth of the nipple areola. *Archives of Surgery, London* 1897; 37-39. Levit F.: Jogger's nipples. *New England Journal of Medicine* 1977; 297:1197.
- Powell B.: Bicyclist's nipples. *Journal of the American Medical Association* 1982; 249: 2457.
- Da Costa D, Taddese A, Cure ML, Gerson D, Poppiti R Jr, Esserman LE.: Common and unusual diseases of the nipple-areolar complex. *Radiographics*. 2007 Oct;27 Suppl 1:S65-77. doi: 10.1148/rg.27si075512.