



IL MASTOCITOMA



Presentazione, Segni Clinici e Fattori Prognostici Clinici

Fabio Valentini

ECVIM (Oncology) Resident

f.valentini@oncovet.it

www.oncovet.it

Il mastocitoma (MCT) è il tumore cutaneo più comune nel cane (16-21% di tutte le neoplasie cutanee); l'età media di insorgenza è di 9 anni e le razze più predisposte risultano essere i boxer, beagle, labrador, boston terrier, schnauzer.

I MCTs cutanei hanno una presentazione clinica estremamente eterogenea e possono "mimare" l'aspetto di altre lesioni traendo in inganno sulla prima ipotesi diagnostica.

Nella maggior parte dei casi la lesione è solitaria ma circa l'11-14% dei soggetti si presenta con lesioni multiple.



Clinicamente le forme "ben differenziate" tendono ad essere solitarie, hanno dimensioni che vanno da 1 a 4 cm circa di diametro, tendono a crescere lentamente ed hanno consistenza elastica. Solitamente non sono ulcerate ma possono presentarsi alopeciche. Bisogna fare attenzione alle forme sottocutanee che, a causa del loro aspetto soffice, vengono spesso confuse per lipomi o ascessi. Per evitare questo grossolano errore è sufficiente eseguire sempre una semplice biopsia ad ago sottile.

Le forme "indifferenziate" tendono ad avere una crescita rapida e quindi raggiungere dimensioni importanti, si ulcerano spesso e provocano irritazione e dolore. I tessuti vicini, causa, rilascio di sostanze "biologicamente attive", si presentano eritematosi, edematosi e le ulcere spesso presentano gemizi di sangue continui.

Tra queste due categorie ci sono le forme "mediamente differenziate".

Il segno clinico più caratteristico è quello noto col nome di “segno di Darier”: si tratta dell'eritema e dell'edema che si forma intorno alla lesione in seguito al rilascio, da parte del tumore, di amine vaso-attive (istamina) conseguenti, spesso, alla manipolazione (da parte del medico) o al leccamento (da parte del cane che sente prurito) del tumore stesso. L'attivazione dei recettori H_2 situati sulle cellule parietali gastriche da parte dell'istamina rilasciata dal tumore, è responsabile dell'aumento di secrezione di HCl e quindi è causa di iperacidità; l'istamina incrementa la motilità gastrica e la permeabilità capillare e questo favorisce la trombosi intravascolare e l'ulcerazione della mucosa. Tutto ciò si manifesta clinicamente con vomito, anoressia, melena e dolore addominale. Localmente si rileva ritardo nella guarigione delle ferite (rilascio di enzimi proteolitici da parte dei mastociti e di *fibroblast suppressor factors* da parte dei macrofagi in seguito al legame istamina-recettori H_1 e H_2) e gemizi di sangue che coagulano con difficoltà (rilascio di eparina). Qualora il rilascio di istamina non fosse localizzato alla sede peritumorale ma sistemico (manipolazione di grosse masse), il legame con i recettori H_1 e H_2 localizzati nei vasi sanguigni può essere responsabile di ipotensione, mentre l'attivazione degli stessi recettori a livello cardiaco è responsabile di aritmie; il broncospasmo si manifesta per attivazione dei recettori H_1 localizzati sulla muscolatura liscia.



La maggior parte dei MCTs cutanei nel cane si localizza nel tronco (50%), la seconda sede più colpita è quella degli arti (40%) e più rare invece le localizzazioni nel testa/collo (10%).

Oltre alla forma cutanea esiste anche una forma viscerale detta “mastocitosi disseminata o sistemica”. Di solito questa forma è successiva ad una lesione anaplastica cutanea primaria. Da un punto di vista clinico si rileva linfadenomegalia, epato- e splenomegalia; si può avere invasione ematica e midollare e si possono rilevare mastociti neoplastici nei versamenti. Recentemente è stata riportata una serie di cani con mastocitoma intestinale.

Fattori prognostici clinici: lo stadio clinico 0 e 1 (tumore confinato al derma e senza metastasi) sono associati a prognosi migliore rispetto agli stadi successivi; anche alcune localizzazioni anatomiche sembrano preferire l'insorgenza di forme poco differenziate di alto grado e quindi più aggressive; tra queste ricordiamo prepuzio, inguine, perineo, cavità orale, scroto, letto sub-ungueale, membrane mucose. Lesioni riferite come “cresciute rapidamente” vanno sempre guardate con preoccupazione rispetto, invece, a masse o noduli presenti da più di sei mesi. la velocità di crescita,

quindi, è un fattore prognostico negativo. Allo stesso modo se la lesione è associata o meno a segni clinici sistemici (anoressia, vomito, melena, ulcere gastro-intestinali, eritema ed edema diffuso, ulcerazione della massa neoplastica) la prognosi sarà peggiore o migliore rispettivamente.

Dai principi di chirurgia oncologica sappiamo che il primo intervento è quello più importante e che ogni intervento successivo al primo, perde di efficacia nei confronti del controllo locale della malattia; per questo motivo la recidiva locale dopo il primo tentativo chirurgico non è considerata un fattore prognostico positivo.



Sempre rimanendo in campo chirurgico, anche le dimensioni del tumore giocano un ruolo chiave: tanto maggiore sono le dimensioni della massa, tanto più difficoltoso è per il chirurgo ottenere dei margini di escissione puliti e quindi esenti da cellule neoplastiche e tanto peggiore sarà la prognosi. Le dimensioni della massa, però, giocano un ruolo anche nei confronti della chemioterapia: maggiore le dimensioni della massa, minore la quota di cellule sensibile all'azione citotossica dei chemioterapici, minore l'efficacia di questi ultimi, peggiore la prognosi.

Per quanto riguarda la predisposizione di razza, sembra che i boxer siano colpiti prevalentemente da forme di grado basso o intermedio e che quindi abbiano una prognosi tutto sommato migliore ad altre razze.

In ultimo bisogna ricordare che il numero delle lesioni non è correlato alla prognosi: un soggetto con 5-6 lesioni cutanee privo di coinvolgimento splancnico, ematico o midollare ha una prognosi migliore rispetto ad un soggetto con una lesione cutanea solamente ma che ha già dato coinvolgimento ad altri organi.