



NEVO MELANOCÍTICO CONGÊNITO GIGANTE: DESAFIOS NA TERAPÊUTICA

GIANT CONGENITAL MELANOCYTIC NEVUS: THERAPEUTIC CHALLENGES

Autores

Luiza Mazzutti de Oliveira
 Giovanna Ramos Spaggiolini
 Victoria Lemos de Almeida Saad
 Ana Beatriz Chayamiti
 Mauro Antonio Ferreira Agostinho Junior
 Diego Neves Montana
 Julia Oliveira Santos
 Sara Vitoria Dias Souza
 Sofia Marin Rezende
 Isadora Pereira e Ferreira
 Marcela Melo Cunha

Resumo

Introdução: O nevo melanocítico congênito gigante (NMCG) é uma condição dermatológica rara caracterizada pela presença de nevos melanocíticos de grande extensão e congênitos na pele. Este distúrbio pode apresentar complicações significativas, incluindo risco aumentado de melanoma maligno e implicações estéticas e psicossociais. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo discutir a conformidade existente entre as formas de tratamento para nevo melanocítico congênito gigante. **Métodos:** Busca sistemática de artigos científicos publicados entre 2011 e 2021 na base de dados PubMed, utilizando os descritores: Nevo melanocítico congênito gigante; Melanose neurocutânea; mutação NRAS; tratamento. Após a análise completa das publicações, seis artigos atenderam a todos os critérios de inclusão. **Resultados:** A excisão cirúrgica é frequentemente considerada a opção de tratamento primária, especialmente para lesões suspeitas de malignização. A terapia a laser, é utilizada para melhorar a aparência estética e diminuir o tamanho do nevo. A terapia fotodinâmica é uma alternativa não invasiva que envolve a aplicação de um agente fotossensibilizante seguido de exposição à luz para destruir as células pigmentadas. A terapia alvo para NMC gigante envolve a identificação de mutações genéticas específicas que impulsionam o crescimento das células melanocíticas no nevo. A combinação de inibidores de BRAF com inibidores de MEK, como o trametinibe, mostrou resultados promissores na supressão do crescimento do NMC gigante. **Considerações finais:** O tratamento do NMCG é desafiador e requer uma abordagem personalizada. A escolha da terapia depende do tamanho, localização e características do nevo, bem como das preferências do paciente. A pesquisa contínua é necessária para desenvolver estratégias terapêuticas mais eficazes e minimizar os riscos associados a esta condição dermatológica rara.

Palavras Chave: Nevo melanocítico congênito gigante; Melanose neurocutânea; mutação NRAS; tratamento.

Filiação

Curso de Medicina, Universidade de Uberaba, Uberaba, Minas Gerais, Brasil

Abstract

Introduction: Giant congenital melanocytic nevus (GCMN) is a rare dermatological condition characterized by the presence of extensive and congenital melanocytic nevi on the skin. This disorder can pose significant complications, including an increased risk of malignant melanoma and aesthetic and psychosocial implications. **Aim:** This study aimed to discuss the existing compliance among treatment modalities for giant congenital melanocytic nevus. **Methods:** A systematic search of scientific articles published between 2011 and 2021 in the PubMed database was conducted using the descriptors: Giant congenital melanocytic nevus; Neurocutaneous melanosis; NRAS mutation; treatment. After a comprehensive analysis of the publications, six articles met all inclusion criteria. **Results:** Surgical excision is often considered the primary treatment option, especially for lesions suspected of malignancy. Laser therapy is used to improve aesthetic appearance and reduce the size of the nevus. Photodynamic therapy is a non-invasive alternative that involves the application of a photosensitizing agent followed by light exposure to destroy pigmented cells. Targeted therapy for giant CMN involves identifying specific genetic mutations driving the growth of melanocytic cells in the nevus. The combination of BRAF inhibitors with MEK inhibitors, such as trametinib, has shown promising results in suppressing giant CMN growth. **Final Considerations:** GCMN treatment is challenging and requires a personalized approach. The choice of therapy depends on the size, location, and characteristics of the nevus, as well as patient preferences. Ongoing research is necessary to develop more effective therapeutic strategies and minimize the risks associated with this rare dermatological condition.

Keywords: Giant congenital melanocytic nevus; Neurocutaneous melanosis; NRAS mutation; treatment.

Autor Correspondente

Marcela Melo Cunha
 Universidade de Uberaba
 E-mail: mamelocunha@gmail.com

INTRODUÇÃO

Um nevo melanocítico congênito (NMC), grande ou gigante, é uma lesão pigmentada da pele de diâmetro adulto projectado de mais de 20 cm ou 40 cm, respectivamente, composto por melanócitos, e que apresenta um risco elevado de transformação maligna (KANZLER, 2001). Os nevos melanocíticos congênitos são formados a partir do acúmulo anormal de melanócitos neuroectodérmicos em uma localização ectópica e estão presentes em 1% dos recém-nascidos. Contudo, os NMC gigantes ocorrem em apenas 1:20.000 nascidos vivos, enquanto os com a típica distribuição em “calção de banho” são muito raros, estando presentes em apenas 1:500.000 nascidos vivos (CIANTELLI et al., 2014).

O aparecimento do nevo melanocítico, geralmente, ocorre nas primeiras décadas de vida e a quantidade está relacionada à suscetibilidade genética e a exposição ambiental à radiação ultravioleta (MORDOH, 2019). É uma condição muito rara, com frequência relatada de 1 em 250.000-500.000 recém-nascidos, com predomínio no sexo feminino (GONZÁLEZ-RUBIO et al., 2016).

O nevo melanocítico congênito origina-se por volta da quinta e vigésima quarta semana de gestação devido a um erro na neuroectoderma durante a embriogênese. Esse erro leva a um crescimento desregulado dos melanoblastos, os quais são precursores dos melanócitos. Em um estudo recente realizado por Saida, obtiveram hipóteses de que assim como os nevos adquiridos, o nevo melanocítico congênito ocorre devido uma proliferação acelerada de células melanocíticas em algum momento durante o desenvolvimento embriológico (SAIDA, 2006). Assim, pode-se observar que um erro na embriogênese, precisamente na formação do neuroectoderma do embrião, durante essa fase gestacional, ocasionou um crescimento exacerbado de melanoblastos, células das quais originam-se os melanócitos (TAKAYAMA et al., 2001).

Quando a criança nasce, os nevos melanocíticos congênitos gigantes costumam se apresentar como máculas, ou lesões castanhas-claras com relevo, tendo inclusive folículos capilares, mas sem pêlos no seu interior. Ao atingir a maioridade, se tornam lesões com bordas bem definidas, com colorações variáveis (marrom escuro, azulado e preto) e com superfície irregular, lisa ou ceratótica e podem ou não ter presença de pêlos terminais longos e grossos (Escandon-Perez, SABRINA et al., 2019).

Os NMCGs contemplam a possibilidade de afetar qualquer área corporal, incluindo o couro cabeludo. A localização mais frequente é o tronco (47%), seguido de braços e pernas (30%) e por fim, da cabeça (22%). As lesões podem ser únicas ou múltiplas. Até 78% dos pacientes apresentam lesões satélites (NMC pequenos), que quando numerosas (mais de 20) aumentam o risco de melanoma ou melanose neurocutânea (ESCANDON-PEREZ, SABRINA et al., 2019).

Ao passar do tempo, podem ocorrer alterações nos nevos o que pode vir a dificultar o diagnóstico e devem ser analisadas se possuem características sugestivas de malignidade, tais como surgimento de erosões, placas, lesões nodulares e alterações de cor. Em contrapartida, a despigmentação do nevo ou halo de despigmentação pode se apresentar como um evento isolado, que leva à involução da lesão ou está associada ao desenvolvimento de vitiligo (ESCANDON-PEREZ, et al., 2019).

Em sua maioria, os NMCG são assintomáticos, mas, algumas vezes, podem ser acompanhados de coceira, xerose e alterações na sudorese, podendo predispor uma maior fragilidade, aumentando o risco de erosão ou ulceração. (ESCANDON-PEREZ, et al., 2019)

Além das repercussões fisiológicas, têm grande impacto psicológico nos pacientes por ocasionar depressão e isolamento

social pela aparência estética que conferem, além de ansiedade e temor quanto à possibilidade de desenvolver uma neoplasia maligna. (ESCANDON-PEREZ, et al., 2019)

Existem diversas classificações, embora o principal determinante na maioria delas é o tamanho das lesões. Uma das classificações mais utilizadas é a de Kopf, et al. (1979), que agrupa os nevos em pequenos (<1,5 cm), médios (1,5-19,9 cm) e gigantes (≥ 20 cm)

No caso de neonatos, bebês e crianças, o tamanho que o nevo atingirá ao final do crescimento deve ser estimado, pois as classificações consideram a idade adulta, portanto, no momento do nascimento o diâmetro máximo do nevo é medido e multiplicado por um fator constante. Por 1,7 se a localização do nevo for na cabeça; por 2,8 se no pescoço, tronco, nádegas e membros superiores; e por 3,3 se for localizado em membros inferiores. (ESCANDON-PEREZ, et al., 2019)

Os nevos podem ser classificados em:

- Bolero: envolve a parte superior das costas, incluindo o pescoço e os ombros
- Costas: envolve as costas, sem afetar os ombros e as nádegas, e costumam ter formato redondo.
- Maiô: envolve na maioria das vezes a região genital e nádegas, mas pode incluir os membros inferiores, bem como o tórax anterior e posterior. Não afeta ombros ou o pescoço
- Tórax / abdômen: envolve a parte anterior do tórax e abdômen. Não se mistura com a distribuição em bolero ou maiô.
- Extremidade: envolve apenas um membro e não há envolvimento dos ombros ou da região genital.
- Corpo: envolve quase toda a superfície corporal. Costuma ser uma mistura de padrões de boleros e maiôs.

O padrão mais observado é o padrão do maiô, seguido pelo bolero, costas, tórax / abdômen, membros e corpo. O padrão de maiô é o que apresenta maior risco para o desenvolvimento de melanoma ou MNC (ESCANDON-PEREZ, et al., 2019).

O diagnóstico do Nevo Melanocítico Congênito (NMC) é basicamente clínico, mas é possível caracterizá-lo melhor histologicamente. Geralmente ele acomete uma grande área e suas células invadem áreas mais profundas da pele, incluindo tecido subcutâneo, tendo arquitetura e morfologia variadas. Os achados mais frequentes do NMC são hiperqueratose e hiperplasia, alongamento de cristas epidérmicas associado a um número aumentado de melanócitos e hiperpigmentação além da presença de melanócitos dispostos em ninhos na epiderme (VIANA; GONTIJO; BITTENCOURT, 2013).

Segundo Viana, Gontijo e Bittencourt (2013) os critérios de Kadonaga & Frieden são usados para o diagnóstico de Nevo Melanocítico Congênito (NMC). O primeiro critério é apresentar um NMC Gigante (GCMN) ou três ou mais NMC, associados a melanose meníngea ou melanomas meníngeos. O segundo critério é não apresentar sinais de melanoma cutâneo, exceto pacientes com lesões meníngeas de características histológicas benignas. O terceiro critério é não apresentar nenhuma evidência de melanoma meníngeo, exceto em indivíduos com lesões cutâneas já com exame histológico confirmando serem benignas.

A dermatoscopia também é usada para avaliar NMC de pequeno e médio porte. Já para o NMCG, que apresenta células nevus localizadas mais profundamente na pele, a dermatoscopia tem uma baixa aplicação. A maioria dos nevos gigantes mostram um fundo homogêneo acastanhado com ilhas de pigmentação mais escuras. Outros achados dermatoscópicos podem incluir hipertricose, hipopigmentação ou hiperpigmentação perifolicular, pseudomilia e estruturas vasculares. (VIANA; GONTIJO; BITTENCOURT, 2013).

Para uma melhor investigação de possíveis complicações, deve-se realizar uma avaliação neurológica, ressonância magnética e fazer observações clínicas contínuas (ARNEJA; GOSAIN, 2007).

Diferenciar de forma precoce o nevo gigante de um melanoma é muito complicado devido as duas lesões terem a cor enegrecida. Assim, deve-se procurar outros sinais de malignização, como tumor ou ulceração, que por serem tardios já apresentam metástases. O diagnóstico histopatológico do melanoma na infância também é uma tarefa difícil. Para pensarmos em uma possível malignidade foram descritos os seguintes critérios histológicos: epidermotropismo de células isoladas na periferia da lesão; número elevado de mitoses e de atípicas citonucleares; ausência de maturação das células névicas; presença de invasão vascular. Contudo esse diagnóstico geralmente só é certo quando se tem metástases associadas. Também pode-se coletar marcadores de células tumorais por anticorpos anti-Ki67 para tentar definir o diagnóstico de melanoma (PASCHOAL, 2002).

O tratamento pode ser cirúrgico ou não cirúrgico. O não cirúrgico abrange tratamento expectante, irradiação, crioterapia e laserterapia. Já o cirúrgico compreende a ressecção seriada, excisão e cobertura com enxertos, retalhos, expansão tecidual, curetagem, dermoabrasão, excisão tangencial com ou sem enxertia de pele e eletrocoagulação (CARNEIRO JUNIOR, et al. 2011).

Ainda não há consenso quanto ao melhor tratamento destinado à lesão, caracterizando-o como desafiador. A principal discordância acerca das indicações de tratamentos é a possibilidade de malignização das lesões maiores, e, por esse motivo, tem-se que a excisão cirúrgica profilática é recomendada. A abordagem considerada mais eficiente é a combinação de técnicas, sendo a ressecção intralesional e sutura, ressecção e cobertura com retalhos expandidos e enxertia de pele as mais utilizadas (CARNEIRO JUNIOR, et al. 2011).

Desta forma, o objetivo do presente estudo é discutir a conformidade existente entre as formas de tratamento para nevo melanocítico congênito gigante.

MÉTODOS

No presente estudo foi conduzida uma revisão integrativa, que consiste em uma pesquisa que permite a partir de evidências a avaliação, síntese e conhecimento acerca de um fenômeno, objetivando produzir uma visão geral de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes a partir de estudos pré-existentes, possibilitando a proposição de intervenção (GALVÃO ET AL., 2004; WHITEMORE; KNAFL, 2005).

Para a seleção dos artigos, foram conduzidas 6 etapas metodológicas, quais sejam: 1. elaboração da questão norteadora ou hipótese da pesquisa, ou seja, identificou-se o problema, apresentou-se o mecanismo de busca e os descritores ou palavras chave; 2. estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos a serem selecionados para composição da amostra; 3. leitura exploratória dos títulos e resumos dos artigos para pré-seleção; 4. leitura analítica dos artigos a fim de compilar, analisar e categorizar as informações; 5. interpretação dos resultados. 6. síntese seguida da apresentação dos resultados identificados, que permeiam a questão norteadora (DE SOUSA et al., 2011).

Portanto, neste estudo optou-se por realizar busca sobre os conceitos: Nevo melanocítico congênito gigante; Melanose neurocutânea; mutação NRAS; tratamento. A partir desses conceitos, definiu-se a questão norteadora: Quais as possibilidades terapêuticas que são reportadas na literatura para os nevos melanocíticos congênitos gigantes?.

Após a formulação da questão a ser pesquisada, foi realizado um levantamento bibliográfico na plataforma PubMed, Lilacs e Scielo. E a seleção dos textos procedeu com as buscas nas plataformas, utilizando os filtros nelas disponíveis para textos publicados entre 2011 e 2021. Para seleção das publicações, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos, publicados no idioma Inglês, Português e Espanhol, entre os anos de 2011 a 2021, disponíveis online e gratuitamente na íntegra. Foram excluídos os artigos sem resumo na base de dados ou incompletos, editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, revisões sistemáticas ou integrativas de literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No espaço de tempo delimitado para a realização deste estudo (2015-2021) foram encontradas e analisadas 6 publicações. Nos anos de 2018 e 2021 constam 2 publicações em cada ano (33,3% em cada ano). Já nos anos de 2015 e 2019 foi publicado apenas 1 artigo (16,7% em cada ano).

De acordo com a metodologia dos trabalhos selecionados os tipos de estudo eram artigos de revisão. As publicações resultaram de diferentes revistas sendo: Atlas Dermo-Sifilográficas, Child's Nervous System e Annals of Plastic Surgery.

Este trabalho visa, por meio da vasta revisão bibliográfica realizada, ajudar em futuras consultas de outros profissionais e também ajudar na detecção do NMCG, visto que essa é uma difícil tarefa. Bem como motivar novas pesquisas para definir melhor o tratamento mais adequado, que ainda hoje é um desafio para especialistas, já que não há um consenso devido a possibilidade de malignização das lesões.

Desse modo, através de revisões detalhadas dos artigos supracitados, espera-se que este trabalho seja um incentivador de novas pesquisas a cerca do Nevo Melanocítico Gigante, principalmente no que tange a atualização dos métodos de tratamento da patologia, para que mais pessoas sejam beneficiadas com novas tecnologias cada vez mais resolutivas, garantindo, além da cura, o conforto estético.

No estudo de Rasmussen et al. (2015), buscaram avaliar as possíveis formas de tratamento para os nevos melanocíticos congênitos gigantes, levando em consideração os resultados e as complicações obtidas a partir de cada modalidade de condução da doença. Para isso foi elaborado o delineamento em que durante 1981 e 2010, 35 pacientes com nevo melanocítico gigante com idades entre 43-90 anos em ADT foram avaliados em um centro de referência terciário, avaliando modalidades de tratamento utilizadas, resultados estéticos, complicações associadas e transformação, submetendo 25 dos pacientes à cirurgia. A curetagem foi a forma de tratamento mais utilizada (64%), seguida de excisão e expansão tecidual (20%). 6% dos pacientes tratados com curetagem necessitaram de mais 1 procedimento planejado e 25% precisaram de cirurgia adicional não planejada. Complicações foram observadas em 25% destes pacientes. Já em relação aos pacientes que receberam cirurgia de excisão, 25% necessitaram de cirurgia adicional planejada e 44% de cirurgia adicional não planejada. Foram observadas complicações em 67% dos pacientes. O resultado cosmético foi satisfatório em 76% dos pacientes, sem distinção entre as modalidades de tratamento. Assim concluiu-se que nenhuma transformação maligna foi encontrada durante um seguimento médio de 11 anos. Diante disso, a curetagem é uma alternativa suave à excisão com menor taxa de complicações e bom resultado cosmético.

No estudo Sharouf et al.(2018), estudaram o caso de um paciente que apresentou nevo melanocítico congênito gigante e hidrocefalia, discutindo o diagnóstico, tratamento e prognóstico desta rara doença. Foi feito um relato de caso de um menino de 5 meses de idade que realizou exames como ressonância magnética

e imuno-histoquímica do LCR, cirurgias como a colocação de um shunt ventrículo-peritoneal para tratar a hidrocefalia e por fim recebeu tratamento com inibidor do MAPK/Erk [mitogen-activated proteinkinase (MAPK)/ERK] (trametinib) durante 7 meses, o que totalizou ao todo um período de estudo de 25 meses, e o garoto apresentou ao fim do estudo idade de 30 meses. Para o estudo, foi utilizado um caso de um menino de 5 meses de idade que apresentou nevo melanocítico congênito gigante e hidrocefalia. RM e LCR imuno-histoquímica confirmaram melanose leptomenígea. O diagnóstico presuntivo de MNC foi feito com base nas características da RM, citologia do LCR e apresentação clínica. O paciente recebeu trametinib, um inibidor de MAPK/Erk quinase durante 7 meses. A melanose neurocutânea é uma doença predominantemente congênita, e se manifesta de forma precoce nos pacientes através de alterações cutâneas e neurológicas. Portanto, pacientes portadores de nevos congênitos gigantes ou múltiplos, devem ser investigados precocemente por meio de ressonância magnética ou biópsia, iniciar o tratamento com radioterapia e quimioterapia, apesar do prognóstico ruim, e o mais importante, ter seguimento contínuo com equipe multidisciplinar.

No estudo de Mir et al. (2019), buscaram determinar que o uso de Trametinibe, um inibidor de MEK, é tolerado em pacientes pediátricos, sem qualquer toxicidade detectável até o momento. Apresenta uma resposta inicial nos sintomas com notável melhora contínua nos achados de pele, bem como melhora dramática em sua qualidade de vida. Para isso, foi realizado um estudo com uma menina afro-americana de 6 semanas de idade apresentou um nevo marrom escuro, ela desenvolveu prurido intratável, que alterava o sono e o comportamento, que respondia apenas minimamente a esteroides tópicos e anti-histamínicos sistêmicos, topiramato, gabapentina, pregabalina e clonidina. A ressonância magnética aos 6 anos de idade revelou numerosos focos hiperintensos em T1 no cérebro que eram consistentes com melanocitose neurocutânea. No entanto, esses procedimentos não proporcionaram alívio de seus sintomas, e foi tomada a decisão de renunciar a qualquer outra intervenção cirúrgica. Aos 7 anos de idade e com base na AKAP9-BRAF fusão, o paciente iniciou trametinibe, um inibidor oral de MEK, na dose de 0,5 mg ao dia. Dentro de um mês do início da medicação, ela foi desmamada de hidroxizina, cetirizina, naproxeno quase resolução da invasão muscular, apresentando melhora dramática no tamanho, textura e espessura de suas lesões. Onze meses de terapia, seus achados e sintomas clínicos continuaram a melhorar. Os achados revelam que pacientes com BRAF-nevos congênitos gigantes mutantes e melanocitose neurocutânea sintomática podem se beneficiar da terapia direcionada à via MAPK. Embora isso represente uma pequena proporção de pacientes com NMC, sugere que a terapia combinada usada para direcionar as vias PI3K e MAPK pode ser eficaz na maioria dos pacientes cujos nevos abrigam NRAS mutações. Estudos adicionais serão necessários para determinar as taxas de complicações relacionadas à doença e ao tratamento nesses pacientes. A transformação maligna ocorre em 2% a 3% dos pacientes, e resta saber se a inibição das vias PI3K e MAPK afeta essa taxa de transformação.

Outra forma de tratamento é reportada no estudo de Abdulmajid et al. (2021), todavia com limitações, visto que buscaram por meio de um caso clínico ocorrido em um recém-nascido, mostrar o quão promissora é a terapia direcionada para o tratamento da Síndrome do Nevo Melanocítico Congênito. Para isso foi observado um recém-nascido, desde o nascimento, até completar 1 ano de idade, portador da síndrome. O exame físico ao nascimento revelou nevo melanocítico congênito gigante, estendendo-se do occipital ao inferior da região lombar. Uma ressonância magnética revelou múltiplas lesões cerebrais e lesões do parênquima cerebelar. A análise genética das lesões cutâneas

mostrou a presença de uma mutação NRAS Q61R. O paciente foi tratado com dermoablação para reduzir a intensidade da cor do nevo. No entanto, isso foi complicado por infecções recorrentes de feridas e cicatrização trabalhosa de feridas. Com 1 ano de idade, o paciente apresentou desenvolvimento psicomotor adequado à idade, sem alterações neurológicas e déficits. Assim, conclui-se que, com o avanço dos conhecimentos acerca do componente genético do Nevo Melanocítico Congênito, a terapia direcionada tem um futuro promissor. O paciente em questão, que ao nascer apresentava múltiplas lesões cerebrais e lesões do parênquima cerebelar, cresceu sem complicações neurológicas após realizada a dermoablação.

Ainda não perspectiva de terapia não direcionada às vias de transcrição, o estudo de Lin et al. (2021), o objetivo era trazer essa patologia ao conhecimento dos médicos um caso de recém-nascido chinês pesando 3.300 g que nasceu de parto normal normal após 40 semanas de gestação. Foi observado ao nascimento um nevo melanocítico gigante que cobria todo o abdome, atingindo a coxa e o tórax, e lateralmente em direção à face posterior do tronco para envolver todo o dorso e nádegas. O tratamento do NMCG varia desde a espera vigilante até procedimentos menos invasivos (tratamento a laser, curetagem, peelings químicos) a procedimentos mais extensos (expansão tecidual ou excisão seriada com fechamento direto em estágios, regeneração dérmica íntegra). Em particular, a regeneração dérmica íntegra é muito importante para os recém-nascidos. Não só reduz a morbidade do local doador, mas também permite o acesso a enxertos de pele de espessura parcial mais finos. Como o número de melanócitos está associado ao aumento do potencial maligno, o tratamento com laser pode destruir os melanócitos, reduzindo o risco de melanoma. Além disso, para áreas esteticamente sensíveis, o tratamento a laser pode ser combinado para melhorar muito a aparência e a função do paciente. Assim evidenciaram que no presente caso foi proposto realizar reconstrução dérmica íntegra e tratamento a laser. Consideramos esta abordagem uma opção preventiva e curativa eficaz que considera os riscos associados a uma maior transformação, bem como os resultados estéticos, ao mesmo tempo que visa evitar qualquer impacto negativo psicoemocional nos pacientes desde a infância. Acreditamos que visitas de acompanhamento frequentes e cuidados parentais atentos são cruciais para alcançar um resultado positivo.

No estudo de Morimoto et al. (2018), buscaram apresentar o resultado do Autoenxerto Epidérmico Cultivado (CEA) no uso do tratamento do Nevo Melanocítico Gigante. Para isso, o artigo relata o caso de uma menina de 3 meses que possuía um MCMN de 9,5 centímetros de diâmetro da bochecha até a têmpora do lado esquerdo do rosto. Primeiramente foi realizada a curetagem do centro do nevo até a periferia. Após a curetagem, foi observado que a camada mais profunda ainda era preta, portanto, o local foi irradiado com rubi Q-switched. Após 2 semanas a ferida estava parcialmente epitelizada, mas houve uma nova erosão após 2 meses da cirurgia. Após a provação do JACE no Japão, aos 6 meses foi retirada uma amostra de pele de 2cmx8mm da região retroauricular, do qual foi feita a cultura. Com o enxerto (CEA) já preparado, foi feita uma nova curetagem aos 7 meses, considerada aceitável, porém foi observada repigmentação em algumas áreas e a erosão permaneceu. Assim, foi realizada novamente a irradiação com o laser rubi Q-switched, removendo a repigmentação irregular. Não foram observados efeitos adversos ao uso do CEA. O JACE foi aprovado para uso no tratamento do Nevo Melanocítico Gigante no Japão em 2016 e é indicado para casos em que o tratamento padrão não se mostra difícil. No caso analisado, a cicatrização foi concluída em 1 semana e a erosão observada após a primeira operação também foi epitelizada. A

repigmentação foi observada principalmente em área central. 3 meses após o procedimento o cabelo voltou a crescer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A observação clínica contínua é crucial para monitorar a evolução do nevo e detectar quaisquer mudanças suspeitas. Os pacientes devem ser aconselhados sobre medidas de proteção solar. O tratamento do NMCG é desafiador e requer uma abordagem personalizada. A escolha da terapia depende do tamanho, localização e características do nevo, bem como das preferências do paciente. A pesquisa contínua é necessária para desenvolver estratégias terapêuticas mais eficazes e minimizar os riscos associados a esta condição dermatológica rara.

REFERÊNCIAS

ABDULMAJID L, BOSISIO FM, BREMS H, DE VLEIEGER G, GARMYN M, SEGERS H, DEMAEREL P, SEGERS K, JANSEN K, LAGAE L, VERHEECKE M. An update on congenital melanocytic nevus syndrome: A case report and literature review. *J Cutan Pathol.* 2021 Dec;48(12):1497-1503.

ARNEJA JS, GOSAIN AK. Giant congenital melanocytic nevi. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(2):26e-40e.

CARNEIRO JUNIOR, L. V. DE F.; AGUIAR, L. F. DE S.; PITANGUY, I. Tratamento cirúrgico do nevo melanocítico gigante. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 26, n. 2, p. 198–204, abr. 2011.

CIANTELLI, G. L.; STEFFEN, F. de A.; LIPPI, V. G.; DE MORAIS, L. A.; JUKEMURA, D.; TÂMÉGA, I. das E. Nevo melanocítico congênito gigante. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 93–95, 2014.

DE SOUSA LD, LUNARDI FILHO WD, LUNARDI VL, SANTOS SS, DOS SANTOS CP. The nursing scientific production about the clinic: an integrative review. *Rev Esc Enferm. USP. (SP)* [Internet]. 2011, Apr. [acesso em: 20 abr 16]; 45 (2): 494-500.

ESCANDON-PEREZ, S.; LANDETA-SA, A. P.; GONZALEZ-JASSO, Y.; ARENAS-GUZMAN, R. Nevo melanocítico congênito gigante. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [online]. 2019, vol.76, n.6, pp.251-258.

GALVÃO CM, SAWADA NO, TREVIZAN MA. Systematic review: a resource that allows the incorporation of evidence into nursing practice. *Rev Latino-am Enfermagem.* [internet]. 2004 [citado 2017 ago. 10];17(4):758-764.

GONZÁLEZ-RUBIO, R.; et al. Recién nacido con Nevo melanocítico congénito gigante en “chaleco”: Reporte de caso. *Revista Médica MD*, 2016 7(4):285-288.

KANZLER MH, MRAZ-GERNHARD S. Primary cutaneous malignant melanoma and its precursor lesions: Diagnostic and therapeutic overview. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:260-76.

KOPF AW, BART RS, HENNESSEY P. Congenital nevocytic nevi and malignant melanomas. *J Am Acad Dermatol.* 1979 Aug;1(2):123-30.

LIN W, ZHOU Y, LI R. Giant Congenital Melanocytic Nevus in a Chinese Newborn. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2021 May 26;14:557-559.

MIR A, AGIM NG, KANE AA, JOSEPHS SC, PARK JY, LUDWIG K. Giant Congenital Melanocytic Nevus Treated With Trametinib. *Pediatrics.* 2019 Mar;143(3):e20182469.

MORDOCH, A. Genética de los nevos melanocíticos adquiridos y congénitos. *Dermatología Argentina*; 25(3): 97-103, 2019.

MORIMOTO N, KAKUDO N, KAKO A, NISHIMURA K, MITSUI T, MIYAKE R, KURO A, HIHARA M, KUSUMOTO K. A case report of the first application of culture epithelial autograft (JACE®) for giant congenital melanocytic nevus after its approval in Japan. *J Artif Organs.* 2018 Jun;21(2):261-264.

PASCHOAL, F.M. Congenital melanocytic nevi. *An Bras Dermatol*, 77(6):649-656, 2002.

RASMUSSEN BS, HENRIKSEN TF, KØLLE SF, SCHMIDT G. Giant congenital melanocytic nevus: report from 30 years of experience in a single department. *Ann Plast Surg.* 2015 Feb;74(2):223-9.

SAIDA, T. Histogenesis of Congenital and Acquired Melanocytic Nevi: A Unifying Concept. *The American Journal of Dermatopathology* 28(4):p 377-379, 2006.

SHAROUF F, ZABEN M, LAMMIE A, LEACH P, BHATTI MI. Neurocutaneous melanosis presenting with hydrocephalus and malignant transformation: case-based update. *Childs Nerv Syst.* 2018 Aug;34(8):1471-1477.

TAKAYAMA H, NAGASHIMA Y, HARA M, TAKAGI H, MORI M, MERLINO G, NAKAZATO Y. Immunohistochemical detection of the c-met proto-oncogene product in the congenital melanocytic nevus of an infant with neurocutaneous melanosis. *J Am Acad Dermatol.* 2001 Mar;44(3):538-40.

VIANA, A.C.L.; GONTIJO, B.; BITTENCOURT, F.V. Giant congenital melanocytic nevus. *An Bras Dermatol.* 2013;88(6):863-78.

WHITTEMORE R; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.