

BMJ Best Practice

Novos

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Prevenção	7
Rastreamento	7
Prevenção secundária	7
Diagnóstico	9
Caso clínico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Fatores de risco	15
Anamnese e exame físico	15
Exames diagnóstico	18
Diagnóstico diferencial	20
Tratamento	22
Abordagem passo a passo do tratamento	22
Visão geral do tratamento	23
Opções de tratamento	25
Acompanhamento	28
Recomendações	28
Complicações	28
Prognóstico	29
Diretrizes	31
Diretrizes de tratamento	31
Recursos online	32
Nível de evidência	33
Referências	34
Imagens	41
Aviso legal	67

Resumo

- ♦ Uma coleção benigna de células produtoras de pigmento (melanócitos) na epiderme, na derme ou em ambas.
- ♦ Pode se manifestar no nascimento ou logo depois, ou ser adquirida na infância, atingindo a intensidade máxima durante a terceira década de vida.
- ♦ Observada em todas as raças. Nevos displásicos ou de Clark costumam ser observados em pessoas brancas.
- ♦ Melanoma é o diagnóstico diferencial mais importante ao examinar nevos melanocíticos. Assimetria, borda irregular, variação de cor, diâmetro >6 mm e evolução ou alteração em uma lesão pigmentada (ABCDEs) podem levantar a suspeita de malignidade.
- ♦ O diagnóstico geralmente é clínico, embora dermatoscopia e/ou biópsia possam ser utilizadas para examinar melhor a lesão quando houver dúvidas quanto ao diagnóstico ou a uma possível malignidade.
- ♦ Os motivos importantes para remoção de um nevo melanocítico são: alta suspeita clínica de melanoma; história de alteração da lesão, respaldada pelo exame físico; e/ou alta suspeita de características atípicas sugestivas de melanoma.

Definição

Nevos melanocíticos são um grupo de neoplasias ou hamartomas benignos formados por melanócitos, as células produtoras de pigmento da epiderme. Eles podem se manifestar de diversas formas, principalmente como pequenas máculas planas de cor marrom, pápulas mamiladas salientes em forma de domo, máculas e pápulas cinza-azuladas e até pápulas amelanóticas da cor da pele. A menos que sejam congênitos, eles aparecem primeiro na infância e são mais comuns em pessoas com pele e olhos claros.[1]

Epidemiologia

Nevos melanocíticos são muito comuns, com >98% das pessoas brancas desenvolvendo pelo menos um nevo na primeira infância.[8] Os nevos melanocíticos adquiridos normalmente surgem na infância e na adolescência e chegam ao número máximo no início da fase adulta.[1] A pessoa branca mediana pode esperar desenvolver entre 15 e 40 nevos adquiridos ao longo da vida, que regredem com o avanço da idade.[1] [9] Relata-se que os nevos melanocíticos são menos comuns em pessoas negras e asiáticas.[1] [10] Não há diferença na prevalência de nevos entre homens e mulheres.[5]

- Nevos congênitos ocorrem em <2% da população.[11]
- Nevo spilus pode ser um nevo congênito com uma prevalência de no máximo 2% da população.[6] [12]
- Nevo com halo, também conhecido como nevo de Sutton, afeta indivíduos com <20 anos de idade, geralmente nas costas, sendo responsável por 1% a 5% dos nevos na população branca.[5] [7]
- Nevos de Spitz são encontrados em crianças e adultos mais jovens. Raramente podem ser congênitos, costumam ser adquiridos e estima-se que ocorrem em <1% da população.[5]
- Nevos atípicos, displásicos ou de Clark são esporádicos ou familiares, têm uma incidência estimada entre 2% e 10% e podem ser adquiridos ao longo da vida.[5] [7] Alguns especialistas acreditam que nevos displásicos são os nevos mais comuns em humanos e podem ocorrer em pessoas brancas. No entanto, as estimativas de prevalência variam muito e não foram estudadas em todas as raças, o que dificulta tirar conclusões definitivas.[5] [13]

Etiologia

Uma predisposição genética para a formação de nevos é provável, e os nevos adquiridos são mais comuns em pessoas com pele clara (pele tipo I) e olhos claros.[1] [5] [14] [15] Fatores ambientais como a exposição ao sol podem ter alguma importância, pois os nevos adquiridos estão associados à tendência da pele de queimar e a uma história de queimaduras graves; existe um possível aumento na prevalência com a diminuição da latitude.[7] [14] [15] [16] [17]

Fisiopatologia

Melanócitos são células derivadas da crista neural que migram para a epiderme durante a embriogênese.[5] [18] Além da epiderme, os melanócitos geralmente são encontrados nos folículos pilosos, no trato uveal dos olhos, nas leptomeninges e na cóclea. Inicialmente encontrados na derme após a migração, eles são submetidos à apoptose presumida no corpo todo, menos na cabeça, no pescoço, nos membros distais dorsais e na área pré-sacral. Essas áreas anatômicas coincidem com os locais mais comuns de nevos azuis, que são coleções dérmicas de melanócitos. Os nevos congênitos também possuem melanócitos

intradérmicos, mas costumam ser mais infiltrantes na derme inferior, na subcútis e até mesmo em estruturas mais profundas, e estão caracteristicamente próximos aos apêndices da pele como folículos pilosos e glândulas sudoríparas. Em nevos melanocíticos adquiridos, um sinal desconhecido supostamente desencadeia a proliferação de melanócitos. Nevos juncionais resultam de proliferações aninhadas desses melanócitos na epiderme. Acredita-se que algumas células de nevo migram da epiderme para a derme, resultando em um nevo composto. Quando o componente epidérmico não está mais presente, o nevo passa a ser chamado de nevo intradérmico. Acredita-se que o nevo com halo é causado por uma resposta inflamatória autoimune a um antígeno desconhecido no nevo, geralmente resultando em seu desaparecimento.

Acredita-se que a melanina, o pigmento formado por melanócitos, tem uma função de proteção contra radiação ultravioleta (UV), embora alguns especialistas tenham formulado a hipótese de que a função primária dos melanócitos é a defesa antimicrobiana e a imunomodulação.[19] [20]

Classificação

Lesões congênicas ou adquiridas

O termo "nevos melanocíticos" engloba um grupo de proliferações benignas que contêm melanócitos. Não existe nenhum esquema de classificação coerente aceito universalmente sobre nevos melanocíticos.[2] [3] [4] A nomenclatura atual não se baseia em critérios uniformes, como calendarização de início, cor, epônimo, morfologia e histopatologia.[2] [3] [4]

Em termos gerais, os nevos melanocíticos podem ser divididos em lesões congênicas ou adquiridas.

Nevos melanocíticos congênicos

- São definidos por sua presença no nascimento. No entanto, há confusão quando nevos melanocíticos com características clínicas e histológicas de nevos congênicos aparecem após 1 mês de vida, até os 2 anos de idade.[5] [6] Esses nevos congênicos de início tardio são denominados "nevo tardio". Os nevos congênicos costumam ser classificados de acordo com o tamanho, e têm um padrão histológico que tende a seguir as estruturas anexiais da pele. Para aumentar a confusão, alguns nevos adquiridos têm um padrão histológico congênito.

Nevos melanocíticos adquiridos

- São um grupo heterogêneo de nevos que não se enquadram em outras entidades definidas. Começam a aparecer depois dos 6 meses de vida, aumentam em número durante a infância e atingem a intensidade máxima ao longo da terceira década de vida.[7]

Em termos histopatológicos, os nevos adquiridos e congênicos são subdivididos em nevos juncionais, dérmicos e compostos dependendo da localização dos melanócitos: epidérmicos, dérmicos ou ambos, respectivamente.[2] Veja abaixo um esquema de classificação comum de algumas das variantes mais frequentes de nevos melanocíticos.

1. Nevo melanocítico congênito

- Pequeno: <1.5 cm de diâmetro
- Médio: diâmetro entre 1.5 e 19.9 cm

- Grande (ou gigante): 20 cm ou mais de diâmetro em adultos (9 cm no couro cabeludo ou 6 cm no tronco dos neonatos)
2. Nevo melanocítico adquirido comum
 3. Nevo spilus ou nevo lentiginoso salpicado
 4. Nevo azul
 5. Nevo com halo
 6. Nevo de Spitz
 7. Nevo atípico, displásico ou de Clark

Rastreamento

O rastreamento da população assintomática de nevos melanocíticos é relevante porque ter um grande número de nevos ou nevos displásicos pode ser um marcador de aumento do risco de melanoma em algumas populações.[5] [7] [40] [41] [56] [57] [58] Os pacientes que desenvolvem nevos displásicos geralmente compartilham outros fatores de risco que os colocam em risco de câncer de pele com e sem melanoma, incluindo sensibilidade ao sol, predisposição a queimaduras solares, dificuldade de se bronzear, cabelo loiro ou ruivo e história de excesso de exposição à radiação ultravioleta (UV), incluindo queimaduras solares e o uso de câmaras de bronzamento artificial. Desse modo, pode-se dizer que os pacientes que desenvolvem nevos displásicos têm um risco relativo maior de evoluir para melanoma em comparação com a população em geral.[20] Esses pacientes foram a população-alvo do rastreamento para melanomas feito por dermatologistas e médicos, pois eles são a maioria das pessoas com risco de evoluir para melanoma.

Outros grupos de risco incluem pacientes com melanoma hereditário e nevos melanocíticos congênitos gigantes (20 cm ou mais). O melanoma hereditário é uma predisposição genética rara para desenvolver melanoma encontrada em famílias com vários membros que tiveram melanomas múltiplos com pouca idade. Os pacientes com melanoma hereditário correspondem a uma porcentagem muito pequena de pessoas com melanoma. Esse grupo de pacientes não inclui pessoas que têm um parente de primeiro grau com melanoma. No entanto, os pacientes com melanoma hereditário quase sempre desenvolvem melanoma ao longo da vida. Os pacientes com nevos congênitos gigantes também têm aumento do risco de evoluir para melanoma, mas isso é cada vez mais incomum. Estudos prospectivos indicam que o risco é de aproximadamente 2% a 5%, com a maioria dos melanomas se desenvolvendo com menos de 5 anos de idade.[45]

Qualquer condição adquirida ou hereditária ou medicamento que suprime o sistema imunológico, como xeroderma pigmentosa, também aumenta o risco de câncer de pele. Autoexames da pele com avaliação imediata das lesões suspeitas são recomendados pela American Academy of Dermatology para a população geral. Exames de rotina da pele do corpo inteiro feitos por um médico qualificado são recomendados para fins de rastreamento nas populações de alto risco.

Autoexames da pele

Usando um espelho para ajudar no exame das superfícies de difícil visualização, o paciente deve examinar por completo todas as áreas do corpo, incluindo a planta dos pés, o espaço interdigital, a área embaixo das mamas, os genitais, as axilas, a parte de trás das pernas, o pescoço e as costas. A recomendação da American Academy of Dermatology é que o paciente verifique a presença de nevos todos os meses no dia de seu nascimento. Todas as lesões preocupantes devem ser examinadas imediatamente pelo médico do paciente.[23] [American Academy of Dermatology]

Exames de pele de rotina feitos por um médico qualificado

Não existe nenhum consenso publicado sobre a frequência dos exames de pele do corpo inteiro para pacientes sem história de câncer de pele. Para as populações de risco mais alto, incluindo as famílias propensas a melanomas, um método sugere exames de pele iniciais a partir do final da adolescência/aos 20 e poucos anos, continuando a cada 3 a 6 meses até o paciente e o médico terem certeza de que não existem lesões com alteração, aumentando o intervalo para cada 6 a 12 meses.[28] Nas populações de risco mais baixo, exames anuais e até mesmo de 2 em 2 anos podem ser realizados.

Prevenção secundária

Os nevos melanocíticos são determinados sobretudo geneticamente e não podem ser prevenidos.[15]

O uso do filtro solar pode estar associado a menos nevos em crianças brancas com sardas, porém mais estudos com metodologia homogênea e acompanhamento em longo prazo são necessários para esclarecer os efeitos da exposição ao sol no desenvolvimento dos nevos em todas as raças.[11] Uma revisão sistemática de 15 estudos incluindo 20,743 crianças relatou que somente 3 dos estudos incluídos constataram que o filtro solar protegeu as crianças contra o desenvolvimento de nevos melanocíticos.[79]

Além disso, um ensaio clínico randomizado e controlado prospectivo constatou que a recomendação da proteção contra o sol em consultas pediátricas de rotina não reduziu o bronzeamento, as sardas ou o número de nevos em crianças em um período de 3 anos.[80] O desenvolvimento de melanoma provavelmente é um processo multifatorial, e fatores genéticos e ambientais possivelmente contribuem para seu desenvolvimento. É quase certo que a exposição à radiação ultravioleta (UV) seja um fator para o desenvolvimento de alguns tipos de melanoma, principalmente lentigo maligno, que costuma ser encontrado no rosto de pessoas brancas, idosas e com pele danificada pelo sol.[20] [57] [81] [82] No entanto, a exposição à radiação UV talvez não tenha importância em outros tipos de melanoma (por exemplo, lesões acraís que não estejam em pele exposta ao sol e melanomas em raças com pigmentação mais escura).[20] [82] [83]

Como os fatores de risco de melanoma e outros tipos de câncer de pele relacionados ao sol podem ser compartilhados por pessoas com risco elevado de adquirir nevos, é recomendado usar medidas de proteção contra o sol, pois a exposição ao sol pode ser o único fator de risco modificável ou evitável. O uso liberal de um filtro solar de amplo espectro com cobertura ultravioleta A (UVA) e ultravioleta B (UVB) e fator de proteção solar (FPS) de no mínimo 15, ou maior, é recomendado para possivelmente evitar a aquisição de nevos e diminuir o risco de câncer de pele relacionado ao sol.[8] [9] [14] [22] [23] As recomendações são aplicar o filtro solar meia hora antes da exposição ao sol, reaplicar a cada 2 horas e reaplicar com mais frequência se transpirar, nadar ou se secar com toalha.[23] O filtro solar deve ser usado diariamente para evitar a exposição incidental ao sol todos os dias, em dias nublados, e no inverno. Roupas de proteção contra o sol e tecido grosso são recomendadas, bem como evitar a exposição ao sol das 10h00 às 16h00, quando os raios solares são mais intensos.[23] Além disso, deve-se evitar o uso de câmaras de bronzeamento artificial.[23] Os autoexames de pele devem ser feitos regularmente para que os pacientes se familiarizem com sua pele e façam uma verificação quanto à possível presença de lesões suspeitas ou de alterações de lesões existentes.[23]

Anteriormente, a United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recomendava o aconselhamento dos pacientes sobre a prevenção do câncer de pele em qualquer idade. Recentemente, a USPSTF substituiu essa recomendação geral pela recomendação de que somente crianças, adolescentes e adultos jovens entre 10 a 24 anos que têm pele clara devem ser aconselhados quanto à prevenção do câncer de pele.[84] A recomendação para aconselhar todas as faixas etárias foi revogada porque não havia evidências suficientes de que o aconselhamento de adultos com mais de 24 anos resultava em mais benefícios que danos. No entanto, a recomendação atual das principais sociedades dermatológicas é aconselhar todos os pacientes com pele clara sobre prevenção do câncer de pele.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 39 anos sem história pessoal de câncer de pele se apresenta para um exame de pele depois de sua irmã ter sido diagnosticada recentemente com melanoma. Ela conta que está preocupada pensando que pode ter câncer de pele porque já teve várias queimaduras de sol com formação de bolhas quando era criança, e ela tem várias verrugas. Uma lesão nas costas, especificamente, parece ter ficado mais escura e mais saliente, e ela gostaria de examiná-la. Após o exame físico da pele do corpo inteiro, constatou-se que ela tem sardas nas superfícies expostas ao sol do rosto, do tórax, da parte superior das costas e dos braços, além de diversas manchas e pápulas de cor marrom escuro a rosa, com 3 a 5 mm e bordas uniformes dispersas no rosto, nas costas e nos braços. O nevo em questão nas costas é uma pápula de 5 mm marrom escuro, em forma de domo, com pigmentação uniforme, superfície mamilada e borda circunscrita.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de nevo melanocítico normalmente pode ser feito somente com base em história e exame físico. Existem testes diagnósticos (dermatoscopia, fotografia de corpo inteiro, imagens não invasivas com algoritmos gerados por computador e biópsia) que podem ser usados para aumentar a precisão do diagnóstico. Dermatoscopia ou microscopia de epiluminescência pode ser um adjuvante útil para o exame físico para um médico treinado ao decidir se o nevo em questão é um melanoma. Além disso, a análise espectrofotométrica intracutânea envolve a criação de algoritmos gerados por computador com dispositivos portáteis não invasivos mais recentes, que usam a dispersão da luz para ajudar os médicos a preverem a desorganização e, assim, a probabilidade de malignidade de uma lesão. A biópsia também é necessária quando há suspeita clínica de melanoma.

História

A história da lesão em questão é parte central da definição do diagnóstico de nevo melanocítico. Determinar se a lesão estava presente no nascimento ou se apareceu logo depois apontará para o diagnóstico de nevo congênito. A diferenciação entre benigno e maligno é a principal preocupação clínica ao discutir sobre nevos melanocíticos. Portanto, ao investigar se os nevos estão mudando ou foram adquiridos recentemente, as perguntas devem incluir se o nevo está mudando de cor ou se desenvolveu várias cores, se houve um crescimento relativamente rápido com mudança de tamanho, forma ou superfície ou se houve sangramento fácil, além dos "ABCDEs" do melanoma:[23] [24]

- A: assimetria
- B: borda irregular
- C: cor variável
- D: diâmetro >6 mm
- E: evolução.

Prurido, ardência ou dor podem ou não ser indícios adicionais que alertam o médico para a possibilidade de melanoma, mas a maioria dos pacientes com melanoma é assintomática.[20]

Exame físico

Um exame físico da pele do corpo inteiro é fundamental para o diagnóstico de nevos melanocíticos e a diferenciação entre lesões pigmentadas benignas e malignas.[20] Os pacientes normalmente não têm conhecimento de lesões cutâneas em áreas que não são visíveis.

Nevos adquiridos comuns

- Têm uma grande variedade de características clínicas, mas costumam ser simétricos, uniformemente pigmentados, redondos a ovais, homogêneos e com bordas regulares.[7] Eles costumam aparecer como manchas planas de cor marrom, mas também podem ser pápulas mamiladas em forma de domo de cor rosa a marrom.

[Fig-1]

[Fig-2]

Nevos congênitos pequenos

- Podem ser clinicamente indistinguíveis de nevos adquiridos comuns.[6] Os nevos congênitos pequenos a médios geralmente são manchas ou máculas redondas a ovais de cor marrom claro a escuro com uma borda bem definida, e podem ter um pelo proeminente. Os nevos congênitos grandes costumam ficar localizados na parte posterior do tronco, podem ter tamanho considerável e podem ter lesões satélites.

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

Nevos spilus

- São placas de cor marrom claro cheias de manchas ou pápulas de cor marrom mais escuro. O diagnóstico frequentemente é feito apenas com base nos achados clínicos.[7] [25]

[Fig-6]

Nevos azuis

- São pequenas manchas e pápulas cinza-azuladas a pretas, geralmente encontradas nos membros dorsais, no sacro, na cabeça e no pescoço.[1] [5] [7]

[Fig-7]

[Fig-8]

Nevos com halo

- Contêm um nevo de morfologia variada com um halo de despigmentação.[7] O nevo normalmente regride depois de algum tempo, deixando uma mancha despigmentada, que pode acabar sendo novamente pigmentada com o passar do tempo. Eles costumam aparecer na parte superior das costas em adultos jovens e crianças, e estão associados a um maior número de nevos e a uma história pessoal ou familiar de vitiligo.[5] [7] O diagnóstico frequentemente é feito apenas com base nos achados clínicos.

[Fig-9]

Nevos de Spitz

- São pápulas uniformemente isoladas em forma de domo na cor rosa, marrom claro, vermelha ou marrom avermelhado.[7] Os nevos de Spitz costumam aparecer na cabeça e no pescoço e podem ser isolados ou, raramente, agrupados.[5] Uma variante com pigmentação escura, também conhecida como nevo de célula fusiforme pigmentado (de Reed), geralmente aparece no tronco e nos membros.[5] Os nevos pigmentados de Spitz são pequenos (2 a 5 mm), planos e de cor marrom escuro a preto, em vez de forma de domo e avermelhados.

[Fig-10]

[Fig-11]

Nevos atípicos, displásicos ou de Clark

- São designações que têm sido usadas para descrever um tipo de nevo que possui algumas características clínicas do melanoma, incluindo os critérios ABCDE (assimetria da lesão, borda irregular ou falta de circunscrição, cor variável, diâmetro >6 mm e evolução), mas em menor grau.[7] [13] [26] [27] [28] Normalmente, eles têm >5 mm, são planos ou levemente salientes, possuem cores variadas e bordas irregulares. As lesões variam de marrom claro a marrom escuro, mas podem ter áreas hipopigmentadas e de cor rosa.

[Fig-12]

[Fig-13]

Em pacientes com muitos nevos, alguns médicos falam do sinal do "patinho feio".[29] Esse método utiliza reconhecimento de padrões para identificar lesões discrepantes em relação aos nevos típicos do paciente. Por exemplo, se um paciente tiver vários nevos que satisfazem os critérios ABCDE, usar os nevos do próprio paciente como um controle para encontrar aquele que difere dos demais pode ajudar os médicos no rastreamento de melanoma.

Dermatoscopia

Essa técnica pode ser realizada para aumentar a precisão do diagnóstico de um médico experiente ao decidir se a lesão em questão é um nevo melanocítico ou um melanoma (ou outra neoplasia).[30] Também chamada de microscopia de epiluminescência, pois permite visualizar lesões pigmentadas in vivo. O dermatoscópio deixa a camada cornificada translúcida, resultando na melhor visualização das estruturas subsuperficiais na epiderme viável e na derme superficial. A cor da lesão pode indicar o local do pigmento na pele: cinza-azulado indica melanina na derme, como acontece nos nevos azuis; marrom claro ou escuro indica melanina na junção dermoepidérmica e na camada córnea, como nos nevos adquiridos. A presença de uma rede pigmentar, glóbulos agrupados e pontos pode favorecer um nevo melanocítico benigno.

A dermatoscopia pode ser um adjuvante útil para o exame físico para um médico experiente quando o nevo melanocítico tem algumas características clínicas dos critérios ABCDE. Como esses critérios são subjetivos e variam somente em termos de grau entre nevos displásicos e melanoma, costuma ser um desafio diagnóstico para o médico diferenciar os dois.[13] [28] Para essas lesões questionáveis, fotos dermatoscópicas permitem detectar alterações sutis ao longo de um período curto, as quais podem fornecer um indício melhor sobre a natureza da lesão. Um grande repositório de imagens dermatoscópicas foi criado para desenvolver inteligência artificial no futuro para auxiliar no tratamento de lesões melanocíticas.[31]

[Fig-14]

[Fig-15]

[Fig-16]

[Fig-17]

[Fig-18]

[Fig-19]

Tecnologias de imagem não invasivas

Vários dispositivos têm sido desenvolvidos para tentar ajudar médicos de atenção primária e dermatologistas na precisão diagnóstica de neoplasias melanocíticas pigmentadas benignas versus malignas. Existem diversas tecnologias de imagem não invasivas diferentes disponíveis para fins clínicos e de pesquisa. Técnicas ópticas, como tomografia de coerência óptica (TCO) e microscopia confocal, são diferentes da dermatoscopia ou microscopia de epiluminescência, que usam imagens multiespectrais para fornecer a visualização do plano horizontal.[32] [33] Usando um dispositivo portátil para medir a dispersão da luz de uma neoplasia, essas técnicas de imagem multiespectrais mais recentes utilizam algoritmos gerados por computador para determinar o nível de desorganização e, assim, o risco de malignidade de uma lesão individual.

A análise espectrofotométrica intracutânea (AEI) ou AEIscopia foi desenvolvida para lesões que são neoplasias melanocíticas pigmentadas clinicamente atípicas e, portanto, suspeitas, e não para as lesões que são claramente benignas ou malignas.[34] [35]

A SIAscopia tem sido recomendada para uso por médicos de atenção primária para aumentar a precisão do diagnóstico de neoplasias melanocíticas suspeitas antes do encaminhamento para atenção secundária. No entanto, um ensaio clínico randomizado e controlado no Reino Unido não encontrou evidências de que o uso de SIAscopia associado ao escore de atenção primária[36] melhorou a adequação do encaminhamento a um especialista em comparação com a aplicação sistemática das boas práticas (história clínica, exame físico a olho nu, checklist de sete itens) isolada.[37]

Um dermatoscópio digital multiespectral aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) nos EUA está disponível para uso especificamente por dermatologistas para fornecer uma imagem morfológica tridimensional das neoplasias pigmentadas clinicamente atípicas com, pelo menos, uma característica de melanoma. Em estudos de viabilidade, dependendo dos parâmetros utilizados, esse dispositivo registrou 95% de sensibilidade e 68% de especificidade na detecção de melanomas.[32] [38]

Apesar da possível utilidade desses dispositivos, o padrão ouro do diagnóstico continua sendo o exame histológico da neoplasia em questão.

Fotografia de corpo inteiro

Alguns centros especializados em lesões pigmentadas utilizam a fotografia de corpo inteiro como adjuvante para auxiliar na identificação de alterações nos nevus a fim de detectar melanomas em estágios iniciais.[28] Quando executada de forma ideal, essa prática tranquiliza o paciente e o médico, e pode resultar em menos excisões de nevus benignos. As limitações dessa abordagem são o fato de que alterações em nevus não implicam necessariamente uma transformação maligna, pois cada nevo tem uma história natural ao longo da vida do paciente.

Biópsia

Os motivos da biópsia clínica para diagnóstico histopatológico devem ser considerados se houver suspeita clínica de melanoma; se houver história de alteração da lesão, respaldada pelo exame físico; e/ou se houver alta suspeita de características atípicas sugestivas de melanoma.[39]

Nevos displásicos são um tipo de nevo benigno que pode ser clinicamente difícil de diferenciar de melanoma, pois possuem algumas características dos critérios ABCDE, mas em grau menor que melanomas. É importante entender que eles são um tipo de nevo benigno e a biópsia não deve ser feita indiscriminadamente.[13] [28] [40] [41] A maioria dos melanomas surge 'de novo', e não em associação com um nevo, de modo que a remoção profilática de nevos não é justificada.[28] [40] [41] A biópsia deve ser reservada para lesões sugestivas de alterações malignas; a remoção de todos os nevos displásicos não é recomendada.[1] [4] [5] [26] [27] [28] [40] [41] Se o médico tiver dúvidas quanto à distinção entre nevo melanocítico e melanoma, deve-se considerar encaminhamento a um dermatologista. Outros motivos para biópsia ou remoção podem se basear no desejo do paciente, por exemplo, se a lesão for traumatizada ou irritada várias vezes, se sangrar ou coçar e por cosmese. Alguns médicos, principalmente cirurgiões plásticos e de reconstrução, recomendam a ressecção cirúrgica profilática de nevos melanocíticos congênitos gigantes em alguns casos para diminuir a carga melanocítica e possivelmente reduzir o risco de melanoma.[42] Isso é controverso, pois metade dos melanomas que surgem em nevos congênitos gigantes aparecem em locais extracutâneos. No entanto, a excisão cirúrgica de nevos congênitos gigantes pode ser feita por outros motivos, incluindo o benefício psicológico devido à aparência estética da lesão.[42]

A técnica de biópsia é um componente importante para definir o diagnóstico.[5] [20] [39] Métodos comuns para coletar amostras de nevos melanocíticos incluem biópsia por lâmina, punção e excisão. Nevos removidos de modo incompleto resultam em nevo persistente ou recorrente, que pode mostrar um padrão clínico e histológico de pseudomelanoma. Pode ser um dilema diagnóstico para o histopatologista.[43] [44] Uma biópsia por excisão, na qual a lesão inteira é removida com margens pequenas, geralmente é o método preferido para remoção de nevos melanocíticos, além de ser a biópsia mais apropriada para lesões pigmentadas com suspeita clínica de melanoma.[20] [28] [39] Biópsias por excisão removem erros de amostragem, fornecendo ao patologista a arquitetura completa da lesão para garantir um diagnóstico preciso, e são a melhor forma de garantir a remoção completa da lesão com margens de segurança.[39]

A análise histopatológica revela uma coleção localizada e bem aninhada de melanócitos com aparência arquitetônica e citológica benigna. Dependendo da localização dos melanócitos, o nevo pode ser classificado como juncional (epidérmico), dérmico (na derme) ou composto (epidérmico e dérmico), e a maioria dos nevos adquiridos é classificada dessa maneira.

- Nevos congênitos envolvem a derme inferior, são espalhados entre grupos de colágeno, seguem estruturas anexas da pele e, em lesões gigantes, podem se estender na gordura subcutânea e até envolver a fáscia e o músculo.[45]
- O nevo spilus tem hiperplasia melanocítica lentiginosa de fundo, pontuada por melanócitos aninhados ou solitários em maior número.
- Nevos azuis comuns têm melanócitos fusiformes com depósito de melanina na derme.
- Nevos com halo mostram um infiltrado linfo-histiocitário denso tipo faixa na derme papilar, com melanócitos aninhados na epiderme.
- Nevos de Spitz têm grandes ninhos de melanócitos fusiformes ou epitelioides. Histologicamente, eles podem mimetizar melanoma, embora sejam um processo benigno.

- Nevos atípicos, displásicos ou de Clark têm uma arquitetura característica de melanócitos na ponta das cristas da rede alongadas que são rodeadas por um fino aro de esclerose (fibrose concêntrica e lamelar).^{[7] [13] [27] [40] [41]} Infiltrados linfocíticos irregulares e histiócitos com melanina também costumam estar presentes na derme. Quando o componente intradérmico está presente, os melanócitos estão presentes dentro da derme papilar expandida no centro da lesão. A arquitetura epidérmica encontrada em nevos melanocíticos displásicos não é exclusiva, e pode ser encontrada em outros nevos melanocíticos, especialmente em nevos congênitos pequenos. Aqueles que acreditam que nevos displásicos são lesões precursoras de melanoma falam em displasia melanocítica e usam um sistema de classificação histológica de nível leve, moderado e grave para descrever o distúrbio arquitetônico e a atipia citológica, implicando uma progressão gradual de nevo para melanoma. A presença de atipia citológica deve ser "aleatória". Não há abordagem padrão ou diretriz sobre quais níveis necessitam de excisão adicional; isso fica a critério do médico ou dermatopatologista. Geralmente, a excisão não é realizada em nevos levemente displásicos, mas nevos com displasia moderada a grave são removidos de forma rotineira. Quando os desfechos da excisão de nevos que foram categorizados histologicamente como leve ou moderadamente displásicos foram examinados não revelou presença de melanomas, e a ocorrência de alterações clinicamente significativa foi muito rara, indicando que a excisão subsequente a nevos leve ou moderadamente displásicos diagnosticados na biópsia é com frequência desnecessária.^{[46] [47] [48] [49]}
- Apesar do nome, a correlação clínica e histológica de atipia nos nevos displásicos é insatisfatória. Por esse motivo, e como muitos médicos acreditam que esses nevos não são lesões precursoras de melanoma, uma alternativa é classificar esses nevos como nevos de Clark. Esse epônimo é usado para enfatizar que esses nevos são benignos com um padrão histológico específico que pode ser clinicamente difícil de diferenciar do melanoma com base no cumprimento dos critérios ABCDE.
- Embora o índice de concordância entre os patologistas seja excelente no diagnóstico de nevos rotineiros e melanomas invasivos espessos, essa taxa é, no melhor dos casos, de baixa a moderada para nevos de Spitz, classificação de nevos displásicos, melanoma in situ e melanomas finos, ilustrando a natureza altamente subjetiva e a limitação do diagnóstico padrão ouro.^[50]
- Foram desenvolvidos testes moleculares adjuvantes para melhorar a classificação das lesões melanocíticas. Foi desenvolvido um ensaio de perfil da expressão de 23 genes que diferencia melanomas de nevos com uma sensibilidade de 93.8% e especificidade de 96.2%.^[51]
- Para lesões melanocíticas spitzoides histológicas ambíguas, os histopatologistas confiam cada vez mais na análise citogenética molecular para facilitar o diagnóstico, especialmente para lesões spitzoides atípicas.^[52] Sabe-se que os melanomas abrigam aberrações cromossômicas diferentes dos nevos de Spitz e de outros nevos melanocíticos. Aberrações no número de cópias de ácido desoxirribonucleico (DNA) podem ser detectadas por meio da hibridização in situ fluorescente (FISH) e hibridização genômica comparativa (CGH).^[53] Enquanto a CGH examina todo o genoma, a FISH detecta loci específicos de cromossomos com sondas disponíveis. As sondas FISH comercialmente disponíveis incluem alvos para 6p25 (RREB1), 6q23 (MYB), 11q13 (CCND1), CEP6 (sonda centromérica para cromossomo 6) e 9p21 (CDKN2A). Ganhos na 6p25 e 11q13 e deleções homozigóticas na 9p21 foram relatadas como de alta associação ao melanoma.^[52] Relatou-se que a sensibilidade e a especificidade da FISH para o diagnóstico do melanoma atingem até 94% e 98%, respectivamente.^[52] Embora esses resultados tenham sido validados para lesões claras, a validação para as lesões melanocíticas ambíguas está em andamento.

[Fig-20]

Fatores de risco

Fortes

predisposição genética

- Mais comum em pessoas com pele clara e olhos claros, naqueles com tendência a sardas e queimaduras e naqueles com história de queimaduras solares. Pode ser mais comum em indivíduos com predisposição familiar a vários nevus.[1] [5] [7] [14] [15] [17] [21]

pele clara

- As pessoas com pele clara são mais suscetíveis que as pessoas com pele mais escura.[1] [5] [7] [10]

idade: crianças mais velhas e adultos jovens

- As crianças adquirem mais nevus conforme ficam mais velhas, sendo que a intensidade máxima nos adultos ocorre na terceira década de vida. Descarta nevus congênitos.[1] [5] [9] [14] [21]

Fracos

exposição à radiação ultravioleta (UV)

- Pode estar associada ao aumento da exposição ao sol, mas isso é controverso e mais estudos são necessários para determinar definitivamente a relação entre exposição à radiação UV e desenvolvimento de nevus.[7] [8] [14] [15] [21] [22]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores principais incluem predisposição genética, raça e idade.

presença desde o nascimento (comum)

- Os nevus congênitos geralmente estão presentes no nascimento ou aparecem logo em seguida.

pápulas assimétricas, com bordas indistintas ou irregulares e de cores variadas com >5 mm de diâmetro (comum)

- Os nevus atípicos, displásicos ou de Clark podem ter uma aparência de "ovo frito", com um componente papular central e um componente periférico plano, e podem ter bordas indistintas.[26] [28]
- Têm mais de 5 mm e podem ter coloração variável de rosa a marrom claro e escuro.
- A diferenciação de um melanoma pode ser difícil, pois muitos desses critérios são satisfeitos pelo melanoma, mas em um grau maior que nos nevus displásicos.

[Fig-21]

[Fig-12]

[Fig-13]

história de alteração na forma e na cor (comum)

- Os nevos melanocíticos podem evoluir e ficar mais salientes e em forma de domo com o passar do tempo. Eles podem ficar mais claros ou mais escuros com o tempo. Os nevos de Spitz costumam ter uma história de rápido crescimento inicial.

assintomático (geralmente) (comum)

- Os nevos geralmente são assintomáticos, embora também existam relatos de que eles sejam pruriginosos e possam ficar irritados com trauma.

lesões múltiplas (comum)

- As pessoas que têm nevos podem apresentar lesões solitárias, mas normalmente têm lesões múltiplas.

mancha marrom plana (comum)

- Os nevos adquiridos juncionais costumam ser manchas pequenas, planas e de cor marrom uniforme.

pápula em forma de domo (comum)

- Os nevos compostos e dérmicos normalmente são em forma de domo e tendem a ter uma coloração rosa, marrom claro ou marrom escuro uniforme.

[Fig-22]

[Fig-2]

fundo marrom claro com pontos marrons mais escuros salpicados (comum)

- Um nevo spilus tem um fundo marrom claro com algumas pápulas ou manchas marrons mais escuras dispersas dentro da lesão.[7]

[Fig-6]

pápula em forma de domo cinza-azulada (comum)

- Os nevos azuis comuns são pápulas solitárias ou manchas planas de cor cinza-azulada a preta que geralmente têm <1 cm e costumam aparecer nos membros dorsais, na cabeça e no pescoço, e no sacro.[7]

[Fig-7]

[Fig-8]

pápula central rosa a marrom com um anel branco despigmentado em volta (comum)

- O termo "nevo com halo" descreve uma característica morfológica de um nevo inflamado, que deve fazer parte de uma resposta imune aos antígenos do nevo.[7]
- O nevo com halo geralmente anuncia o desaparecimento do nevo, deixando uma mancha despigmentada branca, que pode acabar sendo novamente pigmentada com o passar do tempo.

[Fig-9]

pápula marrom rosada (comum)

- Os nevos de Spitz costumam aparecer no rosto e nos membros inferiores como pápulas rosas ou marrom-avermelhadas com uma superfície lisa ou verrucosa.[7]

[Fig-10]

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<p>dermatoscopia</p> <ul style="list-style-type: none"> Os padrões dermatoscópicos dos nevos melanocíticos variam dependendo do tipo, mas geralmente mostram cores e estruturas simétricas.[30] [54] Os nevos geralmente possuem 1 ou 2 cores, e as cores observadas costumam refletir o local do pigmento na pele. As cores preta e marrom indicam pigmento na epiderme, enquanto as cores cinza e azul indicam pigmento na derme superficial e profunda, respectivamente. Os padrões globais típicos dos nevos melanocíticos observados com dermatoscopia incluem um padrão reticular, no qual uma grade de linhas marrons se sobrepõe a um fundo marrom claro, e um padrão globular, com várias estruturas marrons redondas a ovais. Outros padrões incluem pavimentoso (variação do padrão globular; nevo dérmico papilomatoso ou mamilado), pigmento homogêneo (pigmentação difusa cinza-azulada ou preta-acinzentada sem outros padrões; nevos azuis), e "starburst" (explosão radial) (faixas pigmentadas com disposição radial da borda; nevos de Spitz). Pseudoaberturas foliculares tipo comedo também podem ser observadas nos nevos. Os nevos displásicos ou de Clark normalmente têm coloração rosa, marrom claro e escuro assimétrica. A rede pigmentar pode ser típica ou atípica, com áreas hipopigmentadas. Um padrão de vários componentes é uma combinação de 3 ou mais padrões e pode indicar uma possibilidade maior de melanoma. Outros fatores influenciam os achados dermatoscópicos dos nevos melanocíticos.[55] Os nevos encontrados em locais especiais exibem características clínicas, dermatoscópicas e histopatológicas distintas das quais o médico deve ter conhecimento. Por exemplo, os nevos do rosto podem mostrar um pseudopadrão de rede devido a unidades foliculares proeminentes, e os nevos acrais exibem um padrão de sulcos paralelos no qual o pigmento é acentuado nos estreitos sulcos dos dermatóglifos. Idade, tipo de pele, exposição à radiação ultravioleta, gestação e dinâmica de crescimento também influenciam os achados dermatoscópicos dos nevos melanocíticos. <p>[Fig-15]</p> <p>[Fig-16]</p> <p>[Fig-14]</p> <p>[Fig-23]</p> <p>[Fig-17]</p> <p>[Fig-18]</p> <p>[Fig-19]</p> <p>[Fig-24]</p> <p>[Fig-25]</p>	<p>características dos nevos melanocíticos</p>

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
tecnologias de imagem não invasivas <ul style="list-style-type: none"> Vários dispositivos têm sido desenvolvidos para tentar ajudar médicos de atenção primária e dermatologistas na precisão diagnóstica de neoplasias melanocíticas pigmentadas benignas versus malignas. Existem diversas tecnologias de imagem não invasivas diferentes disponíveis para fins clínicos e de pesquisa. Técnicas ópticas, como tomografia de coerência óptica (TCO) e microscopia confocal, são diferentes da dermatoscopia ou microscopia de epiluminescência, que usam imagens multiespectrais para fornecer a visualização do plano horizontal.[32] [33] Usando um dispositivo portátil para medir a dispersão da luz de uma neoplasia, essas técnicas de imagem multiespectrais mais recentes utilizam algoritmos gerados por computador para determinar o nível de desorganização e, assim, o risco de malignidade de uma lesão individual. 	características dos nevus melanocíticos versus melanoma
fotografia de corpo inteiro <ul style="list-style-type: none"> Alguns centros especializados em lesões pigmentadas utilizam a fotografia de corpo inteiro como adjuvante para auxiliar na identificação de alterações nos nevus a fim de detectar melanomas em estágios iniciais.[28] Quando executada de forma ideal, essa prática tranquiliza o paciente e o médico, e pode resultar em menos excisões de nevus benignos. As limitações dessa abordagem são o fato de que alterações em nevus não implicam necessariamente uma transformação maligna, pois cada nevo tem uma história natural ao longo da vida do paciente. 	alterações em nevus melanocíticos
biópsia <ul style="list-style-type: none"> A maioria dos nevus melanocíticos não precisa ser removida. No entanto, os motivos para biópsia variam de acordo com o paciente, de traumas repetitivos a preocupações cosméticas. Clinicamente, a suspeita de malignidade é o motivo mais importante para fazer a biópsia de uma lesão pigmentada. Sabe-se que os melanomas abrigam aberrações cromossômicas diferentes dos nevus de Spitz e de outros nevus melanocíticos. Aberrações no número de cópias de ácido desoxirribonucleico (DNA) podem ser detectadas por meio da hibridização in situ fluorescente (FISH) e hibridização genômica comparativa (CGH).[53] 	características dos nevus melanocíticos

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Melanoma	<ul style="list-style-type: none"> Costuma ter >6 mm, bordas mais irregulares, ser mais assimétrico, multicolorido casualmente, com componentes rosas, vermelhos, brancos, marrons, pretos e azuis.[5] O encaminhamento para um dermatologista é incentivado quando o médico tem alguma dúvida para diferenciar um nevo de um melanoma. A exclusão de alterações malignas nos nevus ou no melanoma 'de novo' pode ser desafiadora, especialmente ao diferenciar de nevus displásicos ou de Clark. 	<ul style="list-style-type: none"> Dermatoscopia: faixas ramificadas de pigmento assimétrico, pontos pretos, pseudobolsas bulbares, véus branco-azulados, áreas despigmentadas, padrão multicolorido, glóbulos vermelhos leitosos, vasos em forma de grampo irregulares, ulceração, aberturas foliculares assimétricas e estruturas romboides no rosto.[30] [Fig-26] Histopatologia: perda de melanócitos aninhados organizados e aumento no número de melanócitos únicos, geralmente em um padrão pagetoide na epiderme, com pleomorfismo, atipia citológica e figuras mitóticas.
Ceratose seborreica	<ul style="list-style-type: none"> Pápulas cêreas "coladas na pele", normalmente múltiplas, que aumentam em número a partir dos 30 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> Dermatoscopia: pseudoaberturas foliculares tipo comedo; pseudocistos córneos, fissuras e criptas, padrões em forma de impressão digital, vasos uniformes em forma de grampo e pseudorrede pigmentar no rosto.[30] A histopatologia também pode fazer a distinção.
Lentigo solar	<ul style="list-style-type: none"> Manchas e placas planas de cor marrom na pele danificada pelo sol. 	<ul style="list-style-type: none"> Dermatoscopia: bordas comidas por traça com um padrão reticular marrom uniforme. A histopatologia também pode fazer a distinção.
Lentigo simples	<ul style="list-style-type: none"> Manchas marrons pequenas e planas clinicamente bem semelhantes aos nevus juncionais, encontradas na pele não danificada pelo sol. 	<ul style="list-style-type: none"> Dermatoscopia: padrão reticular pequeno, marrom e com pigmentação uniforme. A histopatologia também pode fazer a distinção.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Efélide (sarda)	<ul style="list-style-type: none"> Várias manchas planas de cor marrom claro expostas ao sol, geralmente no rosto, na parte superior das costas, nos braços dorsais e no tórax. 	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente, a história e o exame físico podem fazer a distinção. Dermatoscopia: semelhante a um lentigo solar, mas de tamanho menor. A histopatologia também pode fazer a distinção.
Mancha café com leite	<ul style="list-style-type: none"> Manchas ou placas planas e homogêneas de cor marrom, pequenas a grandes, com uma borda regular e bem definida, presentes desde o nascimento e inalteradas, com exceção do crescimento proporcional à pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente, a história e o exame físico podem fazer a distinção. A histopatologia também pode fazer a distinção.
Carcinoma basocelular (CBC) pigmentado	<ul style="list-style-type: none"> Aparecendo na pele exposta ao sol, a variante pigmentada do CBC tem pigmento cinza-azulado irregular, tende a ser assimétrico e pode ter bordas mal definidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Dermatoscopia: áreas sem estrutura; estruturas tipo folha de bordo; telangiectasias ramificadas; grandes ninhos cinza-azulados ovais; áreas radiais e ulceração.[30] A histopatologia também pode fazer a distinção.
Dermatofibroma	<ul style="list-style-type: none"> Uma pápula firme em forma de domo, normalmente hiperpigmentada ou rosa, que costuma aparecer nos membros inferiores de adultos jovens e pode ser induzida por trauma (por exemplo, mordida de inseto). 	<ul style="list-style-type: none"> Dermatoscopia: área central branca semelhante a uma cicatriz com pigmento na periferia. A histopatologia também pode fazer a distinção.
Hemangioma	<ul style="list-style-type: none"> Uma pápula mole vermelha arroxeada em forma de domo. 	<ul style="list-style-type: none"> Dermatoscopia: lacunas azul-avermelhadas cheias de sangue. A histopatologia também pode fazer a distinção.
Nevo de Becker	<ul style="list-style-type: none"> Consiste geralmente em uma placa marrom abrangente na parte de cima das costas ou do peito, que tende a escurecer e a adquirir pelos após a puberdade. É mais comum em homens. 	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente, o exame físico pode fazer a distinção.

Abordagem passo a passo do tratamento

O único tratamento válido para nevus melanocíticos é a remoção completa (em oposição à incompleta) da lesão. Isso é recomendado para um diagnóstico histopatológico preciso e para reduzir o risco de recorrência ou persistência. Nevus melanocíticos removidos de forma incompleta conferem um aumento do risco de erro de amostragem, e melanócitos recorrentes ou persistentes podem resultar em um padrão de pseudomelanoma clínico e histológico, confundindo ainda mais o diagnóstico.^{[40] [41] [43] [44]} A incidência de recorrência é maior com excisão por lâmina, pois haverá menor probabilidade de remover o nevo por completo, sobretudo se for profundo.^[28] Portanto, as técnicas por lâmina ou saucerização não são recomendadas para a remoção completa dos nevus.

Os procedimentos de pele geralmente são bem tolerados, com pequeno risco de sangramento, infecção (geralmente <1%), hematoma e danos nervosos (geralmente sensoriais; raramente motores).^[5] A alergia ao anestésico local é rara, especialmente com os anestésicos locais de amida como lidocaína (versus anestésicos locais de éster). O anestésico local mais usado é a lidocaína a 1% com uma diluição 1:100,000 de adrenalina, que é adicionada por suas propriedades vasoconstritoras, ajudando a diminuir o sangramento e a prolongar a duração da anestesia. Qualquer dor geralmente é mínima e tratada facilmente com paracetamol. Ensaios clínicos randomizados e controlados não encontraram nenhum aumento nas taxas de infecção ou cicatrização da ferida em comparação com os antibióticos tópicos e parafina branca mole (vaselina) em feridas dermatológicas limpas.¹^{[A]Evidence} Os antibióticos tópicos, sendo a neomicina e a bacitracina os mais frequentes, são agentes sensibilizantes comuns no desenvolvimento de dermatite alérgica de contato, e raramente podem causar anafilaxia.^{[59] [61]} Por esses motivos, e também por questões econômicas, costuma-se recomendar a parafina branca mole (vaselina) ou um emoliente para cuidar da ferida pós-procedimento. A fita adesiva hipoalergênica também pode ser uma alternativa para peles sensíveis, caso o adesivo dos curativos irrite a pele. A cicatriz formada pelo procedimento pode hipertrofiar ou formar um quelóide e, dependendo do local, talvez seja cosmética ou funcionalmente indesejável.

[Fig-20]

Clinicamente benigno

Se o médico estiver confiante, com base na história e no exame físico, de que o nevo melanocítico é benigno, o tratamento (isto é, remoção) geralmente não será indicado. Talvez seja necessário apenas tranquilizar o paciente sobre a natureza benigna do nevo. Mesmo assim, alguns pacientes talvez ainda queiram remover o nevo. Isso pode ocorrer devido a:

- Trauma repetitivo na lesão
- Sintomas como prurido, sangramento ou irritação
- Motivos cosméticos
- Excesso de ansiedade quanto à malignidade da lesão, mesmo após a tranquilização.

Biópsia de excisão por punção

- Se a lesão for pequena o suficiente, talvez caiba no orifício do trépano, permitindo a remoção completa do nevo com margens de segurança relativamente pequenas. A vantagem dessa técnica é uma cicatriz relativamente pequena sem precisar remover cones ortostáticos redundantes de tecido nem usar suturas profundas. Essa técnica não seria usada se houvesse alguma possibilidade de malignidade.

Biópsia por excisão

- A excisão da lesão é o método definitivo para remoção das lesões melanocíticas.[5] [39] Uma pequena margem de tecido (2 mm) é fornecida para garantir margens livres, e a profundidade removida chega ao nível do tecido adiposo, assegurando a remoção completa. As desvantagens desse método são o fato de que o procedimento é mais invasivo com um risco potencialmente aumentado de infecção e complicações cirúrgicas (como sangramento e hematoma), e existe necessidade de suturas, de modo que o paciente precisa voltar em 1 a 2 semanas para remoção.

Laser

- Diversos dispositivos a laser são usados para o tratamento de várias lesões pigmentadas, incluindo alguns tipos de nevos melanocíticos.[5] [28] [62] [63] Embora seja usada por alguns, a prática é controversa, especialmente em razão da falta de diagnóstico histopatológico e possível diagnóstico incorreto de melanoma como um lentigo ou nevo benigno.[41] [64] O potencial de alteração maligna dos melanócitos tratados a laser é desconhecido, e houve relatos de caso de melanomas desenvolvidos nos locais tratados a laser.[65] [66] Além disso, a remoção incompleta do nevo pode resultar em um padrão de pseudomelanoma.[67] Por esses motivos, o peeling químico e outros métodos não excisionais (usados principalmente para nevos congênitos gigantes) não são recomendados.[41] [42]

Suspeita clínica de melanoma

Os motivos mais importantes para remoção de um nevo melanocítico são alta suspeita clínica de melanoma, história de alteração da lesão, respaldada pelo exame físico, e/ou alta suspeita de características atípicas sugestivas de melanoma.[39] Nevos displásicos são um tipo de nevo benigno que pode ser clinicamente difícil de diferenciar de melanoma, mas é importante entender que eles são um tipo de nevo benigno e a biópsia não deve ser feita indiscriminadamente.[13] [28] [40] [41] A maioria dos melanomas surge 'de novo', e não em associação com um nevo, de modo que a remoção profilática de nevos não é justificada.[28] A biópsia deve ser reservada para lesões sugestivas de alterações malignas; a remoção de todos os nevos displásicos não é recomendada.[1] [4] [5] [26] [27] [28] [40] [41] Se o médico tiver dúvidas quanto à distinção entre nevo melanocítico e melanoma, deve-se considerar encaminhamento a um dermatologista.

Biópsia por excisão é o método preferido para remoção de uma lesão melanocítica com suspeita clínica de melanoma.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)	
cl clinicamente benigno	
1a	observação
2a	remoção cirúrgica ou laserterapia

Agudo		(resumo)
	mais	pomada tópica
suspeita clínica de melanoma		
	1a	remoção cirúrgica
	mais	pomada tópica

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

cl clinicamente benigno

1a observação

» Se o médico estiver confiante, com base na história e no exame físico, de que o nevo melanocítico é benigno, o tratamento (isto é, remoção) geralmente não será indicado. Talvez seja necessário apenas tranquilizar o paciente sobre a natureza benigna do nevo. Os pacientes podem ser incentivados a realizar autoexames de pele e procurar orientação médica se estiverem preocupados.

2a remoção cirúrgica ou laserterapia

Opções primárias

» biópsia por punção

OU

» biópsia por excisão

Opções secundárias

» laserterapia

» Apesar de serem tranquilizados, alguns pacientes talvez ainda queiram remover o nevo. Os motivos incluem trauma repetitivo, prurido, sangramento ou irritação, motivos cosméticos ou excesso de ansiedade pensando que a lesão é maligna.

» A biópsia por punção permite remover por completo o nevo com margens de segurança relativamente pequenas. Essa técnica não seria usada se houvesse alguma possibilidade de malignidade.

» A biópsia por excisão é o método definitivo para remoção.[5] [39] Uma pequena margem de tecido (2 mm) é fornecida para garantir margens livres, e a profundidade removida chega ao nível do tecido adiposo, assegurando a remoção completa. As desvantagens incluem a natureza invasiva do procedimento, o aumento do risco de infecção, sangramento e hematoma. As suturas são necessárias, e o paciente precisa voltar em 1 a 2 semanas para remoção.

Agudo

» A prática do uso de dispositivos a laser é controversa, especialmente em razão da falta de diagnóstico histopatológico e possível diagnóstico incorreto de melanoma como um lentigo ou nevo benigno.[63] [64] O potencial de alteração maligna dos melanócitos tratados a laser é desconhecido, e houve relatos de caso de melanomas desenvolvidos nos locais tratados a laser.[65] [66] Além disso, a remoção incompleta do nevo pode resultar em um padrão de pseudomelanoma.[67]

» A alergia ao anestésico local é rara, especialmente com os anestésicos locais de amida como lidocaína (versus anestésicos locais de éster). O anestésico local mais usado é a lidocaína a 1% com uma diluição 1:100,000 de adrenalina, que é adicionada por suas propriedades vasoconstritoras, ajudando a diminuir o sangramento e a prolongar a duração da anestesia. Qualquer dor geralmente é mínima e tratada facilmente com paracetamol.

mais

pomada tópica

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **vaselina**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por 2 semanas ou até a ferida cicatrizar

Opções secundárias

» **bacitracina/neomicina/polimixina B tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a cinco vezes ao dia

» A ferida deve ser lavada com sabão neutro e água morna, e a pomada tópica aplicada de acordo com as instruções.

» O peróxido de hidrogênio também pode ser usado para limpar a ferida e evitar o acúmulo de crostas, que podem prejudicar a cicatrização.

» O paciente deve manter as áreas afetadas cobertas com um curativo adesivo para manter um ambiente úmido para cicatrização da ferida.

suspeita clínica de melanoma

1a

remoção cirúrgica

Opções primárias

» **biópsia por excisão**

Agudo

» A biópsia por excisão da lesão é o método definitivo para remoção das lesões melanocíticas.[5] [39] Uma pequena margem de tecido (2 mm) é fornecida para garantir margens livres, e a profundidade removida chega ao nível do tecido adiposo, assegurando a remoção completa. As desvantagens incluem a natureza invasiva do procedimento, o aumento do risco de infecção, sangramento e hematoma. As suturas são necessárias, e o paciente precisa voltar em 1 a 2 semanas para remoção.

» A alergia ao anestésico local é rara, especialmente com os anestésicos locais de amida como lidocaína (versus anestésicos locais de éster). O anestésico local mais usado é a lidocaína a 1% com uma diluição 1:100,000 de adrenalina, que é adicionada por suas propriedades vasoconstritoras, ajudando a diminuir o sangramento e a prolongar a duração da anestesia. Qualquer dor geralmente é mínima e tratada facilmente com paracetamol.

mais

pomada tópica

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **vaselina**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por 2 semanas ou até a ferida cicatrizar

Opções secundárias

» **bacitracina/neomicina/polimixina B tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a cinco vezes ao dia

» A ferida deve ser lavada com sabão neutro e água morna, e a pomada tópica aplicada de acordo com as instruções.

» O peróxido de hidrogênio também pode ser usado para limpar a ferida e evitar o acúmulo de crostas, que podem prejudicar a cicatrização.

» O paciente deve manter as áreas afetadas cobertas com um curativo adesivo para manter um ambiente úmido para cicatrização da ferida.

Recomendações

Monitoramento

Os autoexames da pele são indicados para monitorar lesões preocupantes ou que sofrem alterações. Os exames de pele de rotina feitos por um médico qualificado são indicados para pacientes com fatores de risco para melanoma, incluindo pele clara, história de queimaduras solares, história de aumento da exposição ao sol e nevos displásicos múltiplos.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser instruídos a fazer autoexames de pele e evitar o sol. Usando um espelho para ajudar no exame das superfícies de difícil visualização, o paciente deve examinar por completo todas as áreas do corpo, incluindo a planta dos pés, o espaço interdigital, a área embaixo das mamas, os genitais, as axilas, a parte de trás das pernas, o pescoço e as costas. A recomendação da American Academy of Dermatology é que o paciente verifique a presença de nevos todos os meses no dia de seu nascimento. Todas as lesões preocupantes devem ser examinadas imediatamente pelo médico do paciente.^[23] [\[American Academy of Dermatology\]](#)

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
complicações relacionadas ao tratamento	curto prazo	baixa
Caso seja necessário fazer biópsia ou remover uma lesão de um paciente, os procedimentos de pele geralmente são bem tolerados, com pequeno risco de sangramento, infecção (geralmente <1%), hematoma e danos nervosos (geralmente sensoriais; raramente motores). ^[5] O risco é relativamente maior para lesões removidas. A alergia ao anestésico local é rara, especialmente com os anestésicos locais de amida como lidocaína (versus anestésicos locais de éster). Qualquer dor geralmente é mínima e tratada facilmente com paracetamol. Existe um pequeno risco de reação alérgica ou irritação aos antibióticos tópicos e adesivos curativos, que pode ser reduzido com o uso de vaselina e fita crepe. A cicatriz formada pelo procedimento pode hipertrofiar ou formar um quelóide e, dependendo do local, talvez seja cosmética ou funcionalmente indesejável.		
prurido e irritação	longo prazo	média
Dependendo da localização, o nevo pode ser propenso a trauma repetitivo causado por roupas ou escova de cabelo.		
diagnóstico incorreto	longo prazo	baixa
Alguns nevos melanocíticos são diagnosticados incorretamente como melanoma e vice-versa, pois às vezes pode ser difícil diferenciar lesões melanocíticas benignas e malignas. Isso é válido principalmente para os nevos displásicos e os nevos de Spitz, que podem mimetizar o melanoma histologicamente. Um dermatologista experiente e familiarizado com essas sutilezas deve ser consultado para garantir os cuidados apropriados do paciente.		

Prognóstico

Com exceção dos nevos melanocíticos congênitos gigantes, os nevos são, em sua maioria, condições comuns com uma evolução benigna. O diferencial mais importante é o melanoma, que tem algumas características clínicas e histológicas iguais às dos nevos melanocíticos benignos, principalmente os nevos displásicos ou de Clark. Apesar disso, grande parte dos melanomas surge 'de novo', e a remoção profilática dos nevos não é recomendada.[28] [40] [41] [68] Os pacientes com fatores de risco de nevos provavelmente compartilham vários fatores de risco de câncer de pele com e sem melanoma e, portanto, devem ser devidamente examinados.

Desfecho em pacientes de alto risco

Os pacientes com vários fatores de risco de nevos, incluindo nevos displásicos múltiplos, pele e olhos claros, sardas e predisposição para queimadura, compartilham fatores de risco com as pessoas com risco de câncer de pele e, portanto, devem fazer exames de pele de rotina para verificar a presença de melanoma e outros tipos de câncer de pele sem melanoma. Em 2007, o risco estimado ao longo da vida de uma pessoa nos EUA desenvolver um melanoma invasivo era de 1 em 63, e o risco global era de 1 em 33 caso melanomas in situ estivessem incluídos.[57] No Reino Unido, o risco de evoluir para melanoma maligno ao longo da vida (calculado com dados de 2001 a 2005) é de 1 em 99 para homens e de 1 em 77 para mulheres.[69] O melanoma é uma das formas de câncer mais comuns em adultos jovens.[70] Quando detectado e tratado nos estágios iniciais antes de se disseminar para os linfonodos, o melanoma tem uma taxa de sobrevida de 5 anos de 99%.[56]

Nevos congênitos gigantes

Nevos melanocíticos congênitos grandes ou gigantes são raros, normalmente tronculares e definidos como tendo >20 cm em sua dimensão maior. Eles estão associados a um risco de melanoma ao longo da vida de aproximadamente 2% a 6%.[5] [6] [12] [45] [71] Esse risco parece ser maior nos primeiros 10 anos de vida. Os sinais sugestivos de melanoma incluem crescimento rápido e súbito, nodularidade, margens e textura irregulares, e variação de cor. Além disso, esses nevos provocam um aumento do risco de melanose neurocutânea, incluindo envolvimento leptomeníngeo, o que pode causar sinais do sistema nervoso central (SNC) como aumento da pressão intracraniana, lesões de massa ou compressão da medula espinhal. A remoção cirúrgica não elimina o risco de melanoma nesses nevos porque, em 50% dos casos, o melanoma se desenvolve em estruturas mais profundas, com o SNC sendo o local extracutâneo mais comum. Os nevos satélites múltiplos e de localização axial parecem aumentar o risco de melanoma. Embora existam relatos de caso de transformação maligna em nevos congênitos com 19.9 cm ou menos, a ocorrência não foi quantificada e é rara, de modo que a remoção profilática de nevos congênitos pequenos e médios não é recomendada.[45]

Nevos de Spitz

O manejo atual de nevos de Spitz é conduzido principalmente pela experiência do médico e nível de conforto, opinião especializada e o receio de não detectar um melanoma spitzoide. Ele não se baseia em altos níveis de evidências, e não há diretrizes sobre isso.

A diferenciação de nevos de Spitz e melanoma spitzoide é desafiadora, mesmo com os avanços no diagnóstico molecular. Com frequência, os nevos de Spitz apresentam achados histopatológicos associados a melanomas; portanto, o manejo desses nevos é mais agressivo.

Tumores spitzoides atípicos são um grupo heterogêneo de neoplasia melanocítica para o qual os patologistas não podem atribuir o verdadeiro potencial biológico.[72] A capacidade de reprodução interobservador no diagnóstico do tumor de Spitz atípico é baixa, o que indica que o limite para atribuir uma neoplasia melanocítica spitzoide como atípica varia consideravelmente entre os patologistas. Os casos raros de tumor spitzoide atípico com desfechos desfavoráveis representam melanomas classificados erroneamente. Os tumores de Spitz atípicos são tratados de maneira mais agressiva que os nevos de Spitz; alguns defendem a biópsia do linfonodo sentinela, embora não haja benefício clínico comprovado.

Os neoplasias spitzoides devem ser manejados caso a caso. Os nevus de Spitz são relativamente mais comuns em crianças que em adultos. Os nevus de Spitz com aparência clínica típica em crianças podem ser manejados de maneira mais conservadora: tranquilize o paciente/cuidador, e/ou monitore a lesão. Deve-se tentar uma biópsia excisional ou uma excisão completa caso seja tomada a decisão de remover os nevus de Spitz em razão dos sintomas ou cosmese. Como a grande maioria de tumores spitzoides atípicos em crianças se comporta de maneira benigna, a excisão completa com acompanhamento clínico é razoável.[73] [74] [75] A probabilidade pré-teste do melanoma spitzoide é maior em adultos; portanto, os nevus de Spitz costumam passar por uma excisão completa sempre que encontrados. Para tumores spitzoides atípicos em adultos, uma biópsia sentinela deve ser considerada apenas em determinadas lesões, que apresentam alto índice de suspeita de melanoma spitzoide.

Nevus atípicos, displásicos ou de Clark

Alguns médicos defendem a ideia de que os nevus displásicos são tanto um marcador quanto uma lesão precursora de melanoma.[68] [76] Embora os nevus displásicos possam identificar pessoas com aumento do risco de melanoma e, assim, possam ser um marcador de tal risco, a ideia de que eles são uma lesão precursora é bastante controversa e não é muito aceita.[7] [13] [27] [40] [41]

Os nevus displásicos representam uma das várias características físicas encontradas nas pessoas com aumento do risco de evoluir para melanoma em comparação com a população em geral. Outras características incluem pele clara (e, assim, queimadura solar frequente), sardas e cabelo ruivo. Em outras palavras, essas características costumam cossegregar os nevus displásicos. Os nevus displásicos são extremamente comuns em pessoas brancas, e membros da família com lesões múltiplas são observados com frequência. Esses pacientes foram diagnosticados como tendo síndrome do nevo displásico familiar (ou síndrome do melanoma verrucoso atípico familiar). Esses pacientes têm sido o centro das atenções dos dermatologistas em virtude de seu risco relativo mais alto de evoluir para melanoma.[40] [58] [77] No entanto, as famílias com nevus displásicos múltiplos precisam ser diferenciadas das famílias com melanoma hereditário, cujos membros quase sempre desenvolvem melanoma ao longo da vida.[40] [77] [78] Felizmente, a síndrome do melanoma hereditário é bem rara. A árvore genealógica dessas famílias revelará a taxa alarmante de melanomas e mortes nos membros da família imediatos, geralmente muito jovens.[40] [78] Nessas famílias, constatou-se que a proteína reguladora CDKN2A passou por uma mutação, mas esse achado não é universal em todos os membros da família de melanoma hereditário, e os estudos não concluíram que a presença da mutação esteja correlacionada com a presença dos nevus displásicos.[28] [40] O risco de melanoma pode se aproximar de 100% nesses pacientes.[28] Considerando a raridade da mutação, seu uso como uma ferramenta de rastreamento teria baixo rendimento, além de ser caro.

A remoção ou biópsia indiscriminada dos nevus displásicos não é recomendada nem mesmo por aqueles que acreditam que os nevus displásicos sejam lesões precursoras, pois a vasta maioria é estável.[28] [40] [68] A designação "nevus de Clark" é preferida por aqueles que não concordam que eles sejam precursores, para enfatizar que esses nevus são apenas um dos muitos tipos de nevus encontrados.[13] [40] Para os clínicos gerais, às vezes pode ser difícil diferenciar os nevus displásicos de melanomas planos precoces. A familiaridade com o espectro morfológico dos nevus displásicos e suas dificuldades diagnósticas é fundamental para cuidar corretamente desses pacientes. Se o médico não souber tratar essas lesões, será necessário considerar o encaminhamento para um médico mais experiente.

Diretrizes de tratamento

Europa

Suspected cancer: recognition and referral

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

Revised UK guidelines for the management of cutaneous melanoma

Publicado por: British Association of Dermatologists

Última publicação em:
2010

América do Norte

Screening for skin cancer in adults

Publicado por: US Preventive Services Task Force

Última publicação em:
2016

Recursos online

1. [American Academy of Dermatology](#) (*external link*)
-

Nível de evidência

1. Infecção das feridas: existem evidências de alta qualidade de que antibióticos tópicos e parafina branca mole (vaselina) tenham taxas semelhantes de infecção de feridas pós-procedimento.[\[59\]](#) [\[60\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
-

Artigos principais

- Tannous ZS, Mihm MC Jr, Sober AJ, et al. Congenital melanocytic nevi: clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:197-203. [Resumo](#)
- Schaffer JV. Pigmented lesions in children: when to worry. *Curr Opin Pediatr.* 2007;19:430-440. [Resumo](#)
- Ackerman AB. "Dysplastic nevus" syndrome: does a survey make it real? *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:461-463. [Resumo](#)
- Grichnik JM. Melanoma, nevogenesis, and stem cell biology. *J Invest Dermatol.* 2008;128:2365-2380. [Resumo](#)
- Koh HK. Cutaneous melanoma. *N Engl J Med.* 1991;325:171-182. [Resumo](#)
- Larsen F, Cockerell CJ. The dysplastic nevus concept. *Pathology Case Rev.* 2007;12:240-244.
- Salopek TG. The dilemma of the dysplastic nevus. *Dermatol Clin.* 2002;20:617-628. [Resumo](#)
- Campos-do-Carmo G, Ramos-e-Silva M. Dermatoscopy: basic concepts. *Int J Dermatol.* 2008;47:712-719. [Resumo](#)
- Duffy K, Grossman D. The dysplastic nevus: from historical perspective to management in the modern era: part I. Historical, histologic, and clinical aspects. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:1.e1-1.e16. [Resumo](#)
- Duffy K, Grossman D. The dysplastic nevus: from historical perspective to management in the modern era. Part II. Molecular aspects and clinical management. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:19.e1-19.e12. [Resumo](#)
- Zalaudek I, Docimo G, Argenziano G. Using dermoscopic criteria and patient-related factors for the management of pigmented melanocytic nevi. *Arch Dermatol.* 2009;145:816-826. [Texto completo](#)
[Resumo](#)

Referências

1. McKee PH, Calonje E, Granter SR, eds. *Pathology of the skin.* 3rd ed. London: Elsevier; 2005.
2. Argenziano G, Zalaudek I, Ferrara G, et al. Proposal of a new classification system for melanocytic naevi. *Br J Dermatol.* 2007;157:217-227. [Resumo](#)
3. Schmoeckel, C. Classification of melanocytic nevi: do nodular and flat nevi develop differently? *Am J Dermatopathol.* 1997;19:31-34. [Resumo](#)

4. Burkhart CG. Dysplastic nevi. *N Engl J Med*. 2004;350:1258-1259. [Resumo](#)
5. Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP, et al. *Dermatology*. 2nd ed. New York, NY: Mosby; 2008.
6. Tannous ZS, Mihm MC Jr, Sober AJ, et al. Congenital melanocytic nevi: clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:197-203. [Resumo](#)
7. Schaffer JV. Pigmented lesions in children: when to worry. *Curr Opin Pediatr*. 2007;19:430-440. [Resumo](#)
8. Dulon M, Weichenthal M, Blettner M, et al. Sun exposure and number of nevi in 5- to 6- year-old European children. *J Clin Epidemiol*. 2002;55:1075-1081. [Resumo](#)
9. Maize JC, Foster G. Age-related changes in melanocytic naevi. *Clin Exp Dermatol*. 1979;4:49-58. [Resumo](#)
10. Coleman WP 3rd, Gately LE 3rd, Kremenz AB, et al. Nevi, lentigines, and melanoma in blacks. *Arch Dermatol*. 1980;116:548-551. [Resumo](#)
11. Gallagher RP, Rivers JK, Lee TK, et al. Broad-spectrum sunscreen use and the development of new nevi in white children: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283:2955-2960. [Texto completo](#)
[Resumo](#)
12. Warner PM, Yakuboff KP, Kagan RJ, et al. An 18-year experience in the management of congenital nevomelanocytic nevi. *Ann Plast Surg*. 2008;60:283-287. [Resumo](#)
13. Ackerman AB. "Dysplastic nevus" syndrome: does a survey make it real? *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:461-463. [Resumo](#)
14. Valiukeviciene S, Miseviciene I, Gollnick H. The prevalence of common acquired melanocytic nevi and the relationship with skin type characteristics and sun exposure among children in Lithuania. *Arch Dermatol*. 2005;141:579-586. [Resumo](#)
15. Wachsmuth RC, Turner F, Barrett JH, et al. The effect of sun exposure in determining nevus density in UK adolescent twins. *J Invest Dermatol*. 2005;214:56-62. [Resumo](#)
16. Rivers JK, MacLennan R, Kelly JW, et al. The eastern Australian childhood nevus study: prevalence of atypical nevi, congenital nevus-like nevi, and other pigmented lesions. *J Am Acad Dermatol*. 1995;32:957-963. [Resumo](#)
17. Gallagher RP, McLean DI. The epidemiology of acquired melanocytic nevi: a brief review. *Dermatol Clin*. 1995;13:595-603. [Resumo](#)
18. Grichnik JM. Melanoma, nevogenesis, and stem cell biology. *J Invest Dermatol*. 2008;128:2365-2380. [Resumo](#)

19. Burkhart CG, Burkhart CN. The mole theory: primary function of melanocytes and melanin may be antimicrobial defense and immunomodulation (not solar protection). *Int J Dermatol.* 2005;44:340-342. [Resumo](#)
20. Koh HK. Cutaneous melanoma. *N Engl J Med.* 1991;325:171-182. [Resumo](#)
21. Harrison SL, MacLennan R, Buettner PG. Sun exposure and the incidence of melanocytic nevi in young Australian children. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;17:2318-2324. [Resumo](#)
22. Kelly JW, Rivers JK, MacLennan R, et al. Sunlight: a major factor associated with the development of melanocytic nevi in Australian schoolchildren. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30:40-48. [Resumo](#)
23. American Academy of Dermatology. Body mole map. <http://www.aad.org> (last accessed 1 August 2017). [Texto completo](#)
24. American Melanoma Foundation. ABCD's of melanoma. 2006. <http://www.melanomafoundation.org> (last accessed 1 August 2017). [Texto completo](#)
25. Schaffer JV, Orlow SJ, Lazova R, et al. Speckled lentiginous nevus: within the spectrum of congenital melanocytic nevi. *Arch Dermatol.* 2001;137:172-178. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Cyr PR. Atypical moles. *Am Fam Physician.* 2008;78:735-740. [Resumo](#)
27. Larsen F, Cockerell CJ. The dysplastic nevus concept. *Pathology Case Rev.* 2007;12:240-244.
28. Salopek TG. The dilemma of the dysplastic nevus. *Dermatol Clin.* 2002;20:617-628. [Resumo](#)
29. Grob JJ, Bonerandi JJ. The ugly duckling sign: identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening. *Arch Dermatol.* 1998;134:103-104. [Resumo](#)
30. Campos-do-Carmo G, Ramos-e-Silva M. Dermatoscopy: basic concepts. *Int J Dermatol.* 2008;47:712-719. [Resumo](#)
31. Tschandl P, Rosendahl C, Kittler H. The HAM10000 dataset, a large collection of multi-source dermatoscopic images of common pigmented skin lesions. *Sci Data.* 2018 Aug 14;5:180161. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Smith L, Macneil S. State of the art in non-invasive imaging of cutaneous melanoma. *Skin Res Technol.* 2011;17:257-269. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. Brehmer F, Ulrich M, Haenssle HA. Strategies for early recognition of cutaneous melanoma - present and future. *Dermatol Pract Conc.* 2012;2:6. [Texto completo](#)
34. Walter FM, Morris HC, Humphrys E, et al. Protocol for the MoleMate UK Trial: a randomised controlled trial of the MoleMate system in the management of pigmented skin lesions in primary care [ISRCTN 79932379]. *BMC Fam Pract.* 2010;11:36. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Moncrieff M, Cotton S, Claridge E, et al. Spectrophotometric intracutaneous analysis: a new technique for imaging pigmented skin lesions. *Br J Dermatol.* 2002;146:448-457. [Resumo](#)

36. Mackie RM, Doherty VR. Seven-point checklist for melanoma. Clin Exp Dermatol. 1991;16:151-153. [Resumo](#)
37. Walter FM, Morris HC, Humphrys E, et al. Effect of adding a diagnostic aid to best practice to manage suspicious pigmented lesions in primary care: randomised controlled trial. BMJ. 2012;345:e4110. [Texto completo](#) [Resumo](#)
38. Elbaum M, Kopf AW, Rabinovitz HS, et al. Automatic differentiation of melanoma from melanocytic nevi with multispectral digital dermoscopy: a feasibility study. J Am Acad Dermatol. 2001;44:207-218. [Resumo](#)
39. Bolognia JL. Biopsy techniques for pigmented lesions. Dermatol Surg. 2001;26:89-90. [Resumo](#)
40. Duffy K, Grossman D. The dysplastic nevus: from historical perspective to management in the modern era: part I. Historical, histologic, and clinical aspects. J Am Acad Dermatol. 2012;67:1.e1-1.e16. [Resumo](#)
41. Duffy K, Grossman D. The dysplastic nevus: from historical perspective to management in the modern era. Part II. Molecular aspects and clinical management. J Am Acad Dermatol. 2012;67:19.e1-19.e12. [Resumo](#)
42. Arneja JS, Gosain AK. Giant congenital melanocytic nevi. Plast Reconstr Surg. 2009;124(1 Suppl):1e-13e. [Resumo](#)
43. Marghoob AA, Kopf AW. Persistent nevus: an exception to the ABCD rule of dermoscopy. J Am Acad Dermatol. 1997;36:474-475. [Resumo](#)
44. Kornber R, Ackerman AB. Pseudomelanoma: recurrent melanocytic nevus following partial surgical removal. Arch Dermatol. 1975;111:1588-1590. [Resumo](#)
45. New Zealand Guidelines Group. Clinical practice guidelines for the management of melanoma in Australia and New Zealand. June 2008. <http://www.health.govt.nz> [Texto completo](#)
46. Strazzula L, Vedak P, Hoang MP, et al. The utility of re-excising mildly and moderately dysplastic nevi: a retrospective analysis. J Am Acad Dermatol. 2014;71:1071-1076. [Resumo](#)
47. Reddy KK, Farber MJ, Bhawan J, et al. Atypical (dysplastic) nevi: outcomes of surgical excision and association with melanoma. JAMA Dermatol. 2013;149:928-934. [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Abello-Poblete MV, Correa-Selm LM, Giambrone D, et al. Histologic outcomes of excised moderate and severe dysplastic nevi. Dermatol Surg. 2014;40:40-45. [Resumo](#)
49. Kim CC, Berry EG, Marchetti MA, et al. Risk of Subsequent Cutaneous Melanoma in Moderately Dysplastic Nevi Excisionally Biopsied but With Positive Histologic Margins. JAMA Dermatol. 2018 Dec 1;154(12):1401-1408. [Resumo](#)
50. Elmore JG, Barnhill RL, Elder DE, et al. Pathologists' diagnosis of invasive melanoma and melanocytic proliferations: observer accuracy and reproducibility study. BMJ. 2017 Jun 28;357:j2813. [Texto completo](#) [Resumo](#)

51. Ko JS, Matharoo-Ball B, Billings SD, et al. Diagnostic Distinction of Malignant Melanoma and Benign Nevi by a Gene Expression Signature and Correlation to Clinical Outcomes. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2017 Apr 4;26(7):1107-1113. [Texto completo](#) [Resumo](#)
52. Gerami P, Scolyer RA, Xu X, et al. Risk assessment for atypical spitzoid melanocytic neoplasms using FISH to identify chromosomal copy number aberrations. *Am J Surg Pathol.* 2013;37:676-684. [Resumo](#)
53. Gerami P, Li G, Pouryazdanparast P, et al. A highly specific and discriminatory FISH assay for distinguishing between benign and malignant melanocytic neoplasms. *Am J Surg Pathol.* 2012;36:808-817. [Resumo](#)
54. Tanaka M. Dermoscopy. *J Dermatol.* 2006;33:513-517. [Resumo](#)
55. Zalaudek I, Docimo G, Argenziano G. Using dermoscopic criteria and patient-related factors for the management of pigmented melanocytic nevi. *Arch Dermatol.* 2009;145:816-826. [Texto completo](#) [Resumo](#)
56. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2008. <http://www.cancer.org> (last accessed 1 August 2017). [Texto completo](#)
57. Rigel DS. Cutaneous ultraviolet exposure and its relationship to the development of skin cancer. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58(suppl 2):S129-S132. [Resumo](#)
58. Olsen CM, Carroll HJ, Whiteman DC. Estimating the attributable fraction for cancer: a meta-analysis of nevi and melanoma. *Cancer Prev Res (Phila).* 2010;3:233-245. [Resumo](#)
59. Smack DP, Harrington AC, Dunn C, et al. Infection and allergy incidence in ambulatory surgery patients using white petrolatum vs bacitracin ointment. A randomized controlled trial. *JAMA.* 1996;276:972-977. [Resumo](#)
60. Campbell RM, Perlis CS, Fisher E, et al. Gentamicin ointment versus petrolatum for management of auricular wounds. *Dermatol Surg.* 2005;31:664-669. [Resumo](#)
61. Gette MT, Marks JG Jr, Maloney ME. Frequency of postoperative allergic contact dermatitis to topical antibiotics. *Arch Dermatol.* 1992;128:365-367. [Resumo](#)
62. Suzuki H, Anderson RR. Treatment of melanocytic nevi. *Dermatol Ther.* 2005;18:217-226. [Resumo](#)
63. Polder KD, Landau JM, Vergilis-Kalner IJ, et al. Laser eradication of pigmented lesions: a review. *Dermatol Surg.* 2011;37:572-595. [Resumo](#)
64. Lee PK, Rosenberg CN, Tsao H, et al. Failure of Q-switched ruby laser to eradicate atypical-appearing solar lentigo: report of two cases. *J Am Acad Dermatol.* 1998;38:314-317. [Resumo](#)
65. Gottschaller C, Hohenleutner U, Landthaler M. Metastasis of a malignant melanoma 2 years after carbon dioxide laser treatment of a pigmented lesion: case report and review of the literature. *Acta Derm Venereol.* 2006;86:44-47. [Texto completo](#) [Resumo](#)

66. Woodrow SL, Burrows SN. Malignant melanoma occurring at the periphery of a giant congenital naevus preciously treated with laser therapy. *Br J Dermatol*. 2003;149:886-888. [Resumo](#)
67. Dummer R, Kempf W, Burg G. Pseudo-melanoma after laser therapy. *Dermatology*. 1998;197:71-73. [Resumo](#)
68. Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, eds. *Lever's histopathology of the skin*. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
69. Cancer Research UK. Skin cancer statistics - key facts. May 2012. <http://www.cancerresearchuk.org> (last accessed 1 August 2017). [Texto completo](#)
70. Herzog C, Pappo A, Bondy M, et al. Malignant melanoma. In: Bleyer A, O'Leary M, Barr R, et al, eds. *Cancer epidemiology in older adolescents and young adults 15 to 29 years of age, including SEER incidence and survival: 1975-2000*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2006:53-64. [Texto completo](#)
71. Vourc'h-Jourdain M, Martin L, Barbarot S; aRED. Large congenital melanocytic nevi: therapeutic management and melanoma risk: a systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68:493-498. [Resumo](#)
72. Barnhill RL, Flotte TJ, Fleischli M, et al. Cutaneous melanoma and atypical Spitz tumors in childhood. *Cancer*. 1995 Nov 15;76(10):1833-45. [Resumo](#)
73. Cerrato F, Wallins JS, Webb ML, et al. Outcomes in pediatric atypical spitz tumors treated without sentinel lymph node biopsy. *Pediatr Dermatol*. 2011 Dec 30;29(4):448-53. [Texto completo](#) [Resumo](#)
74. Lee CY, Sholl LM, Zhang B, et al. Atypical Spitzoid Neoplasms in Childhood: A Molecular and Outcome Study. *Am J Dermatopathol*. 2017 Mar;39(3):181-186. [Texto completo](#) [Resumo](#)
75. Massi D, Tomasini C, Senetta R, et al. Atypical Spitz tumors in patients younger than 18 years. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Oct 25;72(1):37-46. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Kanzler MH, Mraz-Gernhard S. Primary cutaneous malignant melanoma and its precursor lesions: diagnostic and therapeutic overview. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45:260-276. [Resumo](#)
77. Clark WH Jr, Reimer RR, Greene M, et al. Origin of familial malignant melanomas from heritable melanocytic lesions: 'the B-K mole syndrome'. *Arch Dermatol*. 1978;114:732-738. [Resumo](#)
78. Tsao H, Sober AJ, Niendorf KB, et al. Case records of the Massachusetts General Hospital: a 48-year-old woman with multiple pigmented lesions and a personal and family history of melanoma. *N Engl J Med*. 2004;350:924-932. [Resumo](#)
79. de Maleissye MF, Beauchet A, Saiag P, et al. Sunscreen use and melanocytic nevi in children: a systematic review. *Pediatr Dermatol*. 2013;30:51-59. [Resumo](#)
80. Crane LA, Deas A, Mokrohisky ST, et al. A randomized intervention study of sun protection promotion in well-child care. *Prev Med*. 2006;42:162-170. [Resumo](#)

81. Menzies SW. Is sun exposure a major cause of melanoma? Yes. BMJ. 2008;337:a763. [Resumo](#)

82. Eide MJ, Weinstock MA. Association of UV index, latitude, and melanoma incidence in nonwhite populations - US surveillance, epidemiology, and end results (SEER) program, 1992 to 2001. Arch Dermatol. 2005;141:477-481. [Texto completo](#) [Resumo](#)

83. Shuster S. Is sun exposure a major cause of melanoma? No. BMJ. 2008;337:a764. [Resumo](#)

84. Wernli KJ, Henrikson NB, Morrison CC, et al. Screening for skin cancer in adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016;316:436-447. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Imagens



IMAGES

Figura 1: Um nevo adquirido comum

Do acervo de Laurel Schwartz, Thomas Jefferson University



Figura 2: Um nevo adquirido comum

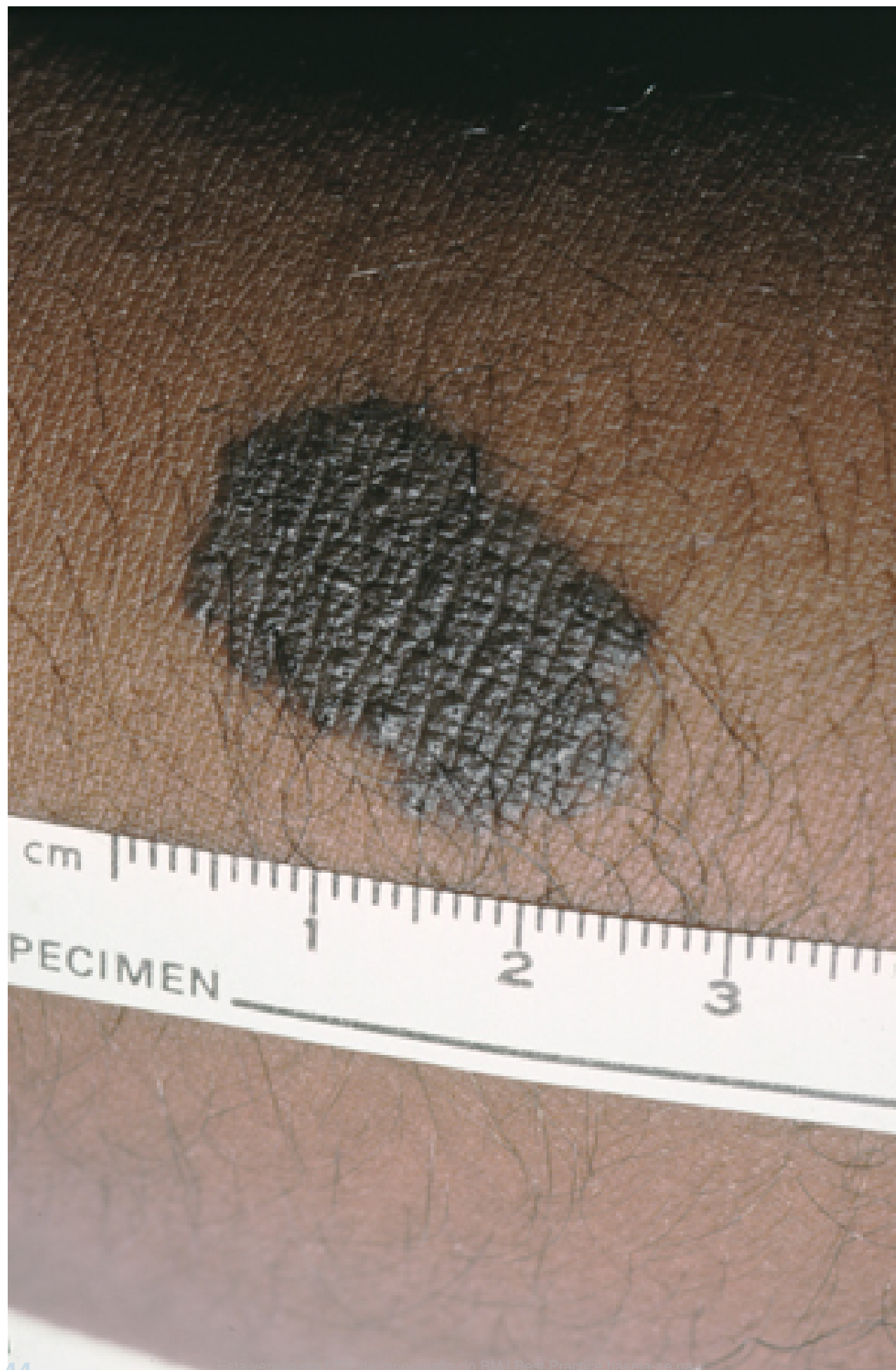
Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Feb 14, 2019.

Figura 3: Nevo melanocítico congénito pequeno

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Feb 14, 2019. Cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de transparência em bmj.com/transparent.
Do acervo de imagens de Leon Thomas e Jeffers, Ltd. University Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.



44

Esta versão da BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Feb 14, 2019.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa

declaração de exatidão de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Figura 4: Um nevo congénito médio

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 5: Nevo melanocítico congênito gigante

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 6: Um nevo spilus

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 7: Um nevo azul

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 8: Um nevo azul

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 9: Um nevo com halo

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 10: Nevo de Spitz na orelha

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 11: Nevo de Spitz pigmentado

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University

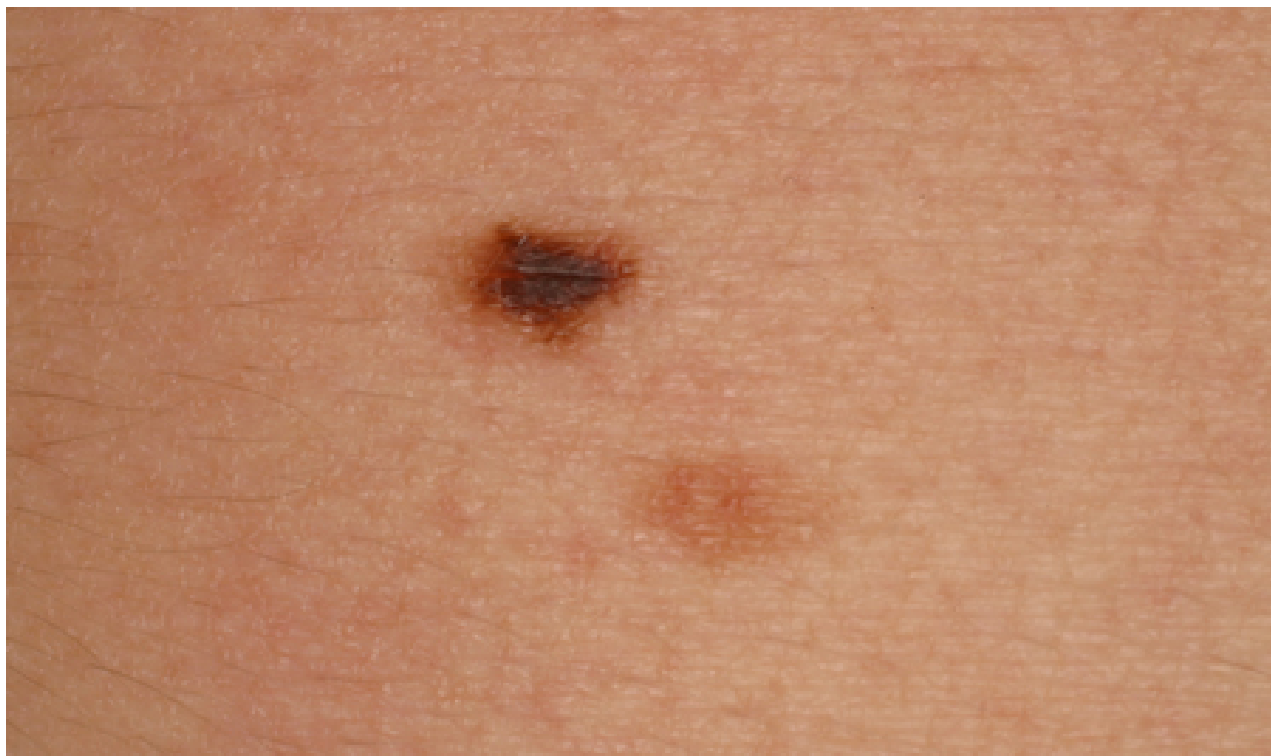


Figura 12: Nevo displásico ou de Clark

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 13: Nevo displásico ou de Clark

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University

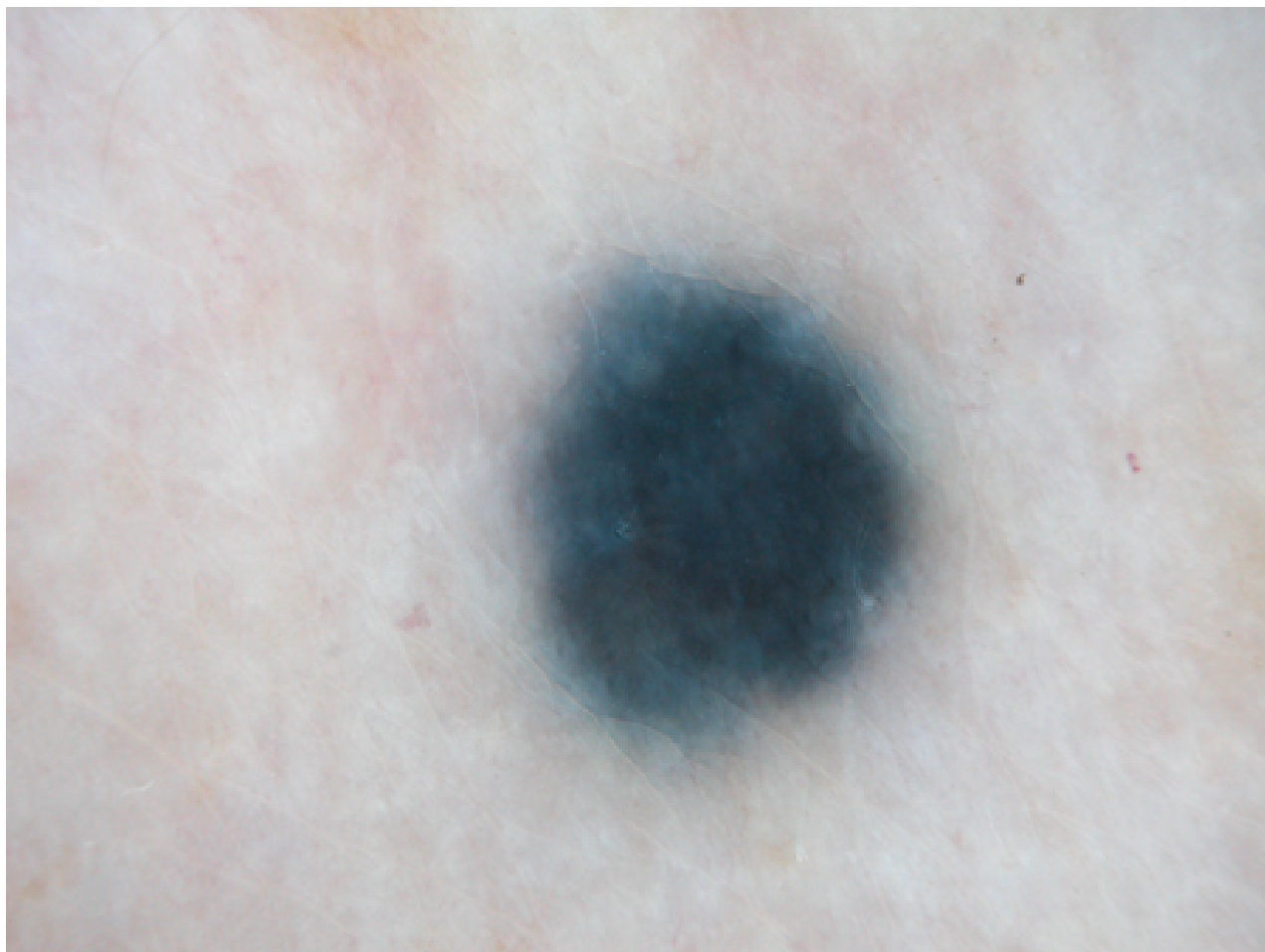


Figura 14: Dermatoscopia de um nevo azul

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University

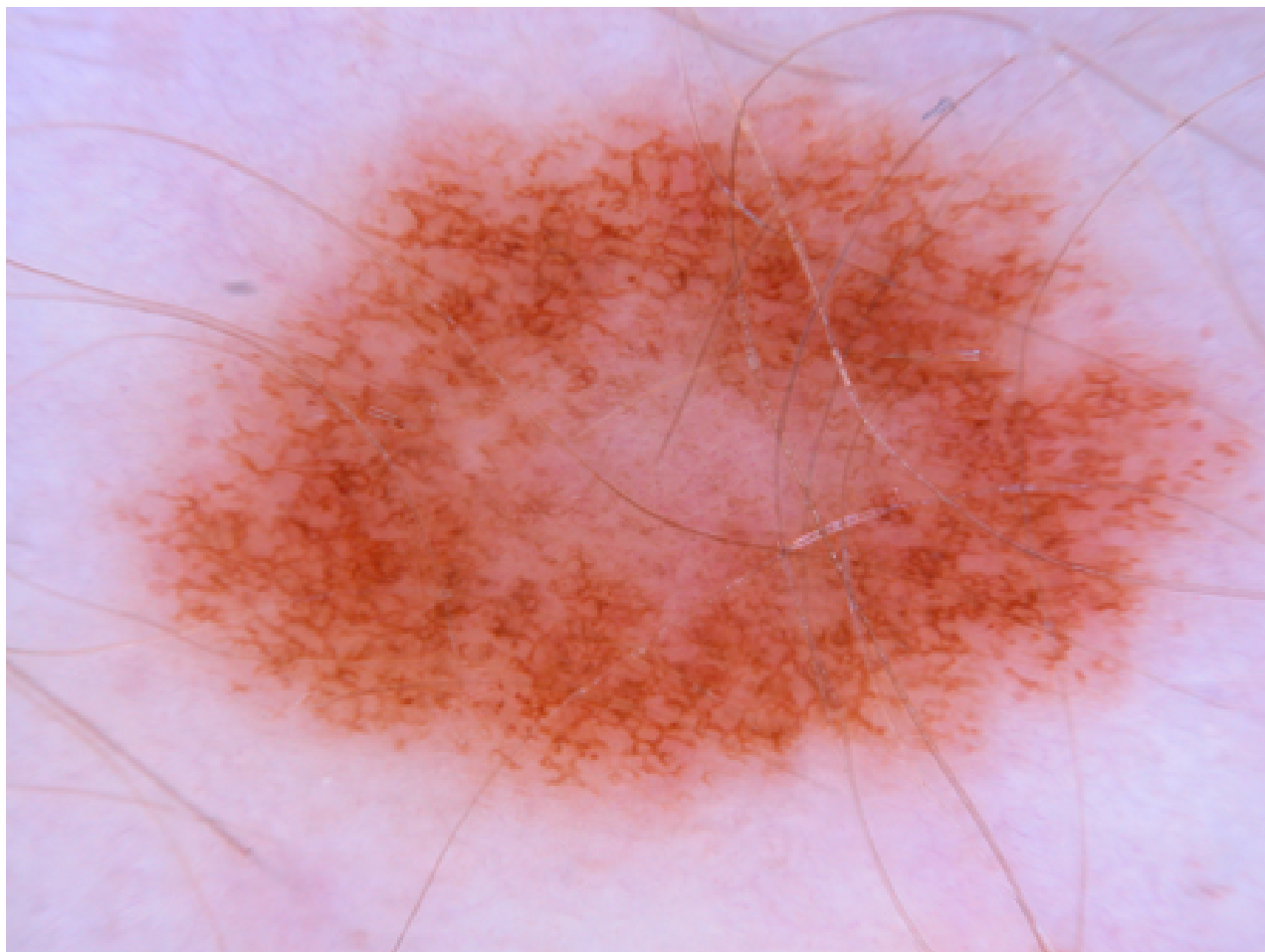


Figura 15: Dermatoscopia de um nevo com rede pigmentar reticular

Do acervo de Laurel Schwartz, Thomas Jefferson University



Figura 16: Dermatoscopia de um padrão pavimentoso com rede pigmentar periférica

Do acervo de Jason B. Lee, Thomas Jefferson University

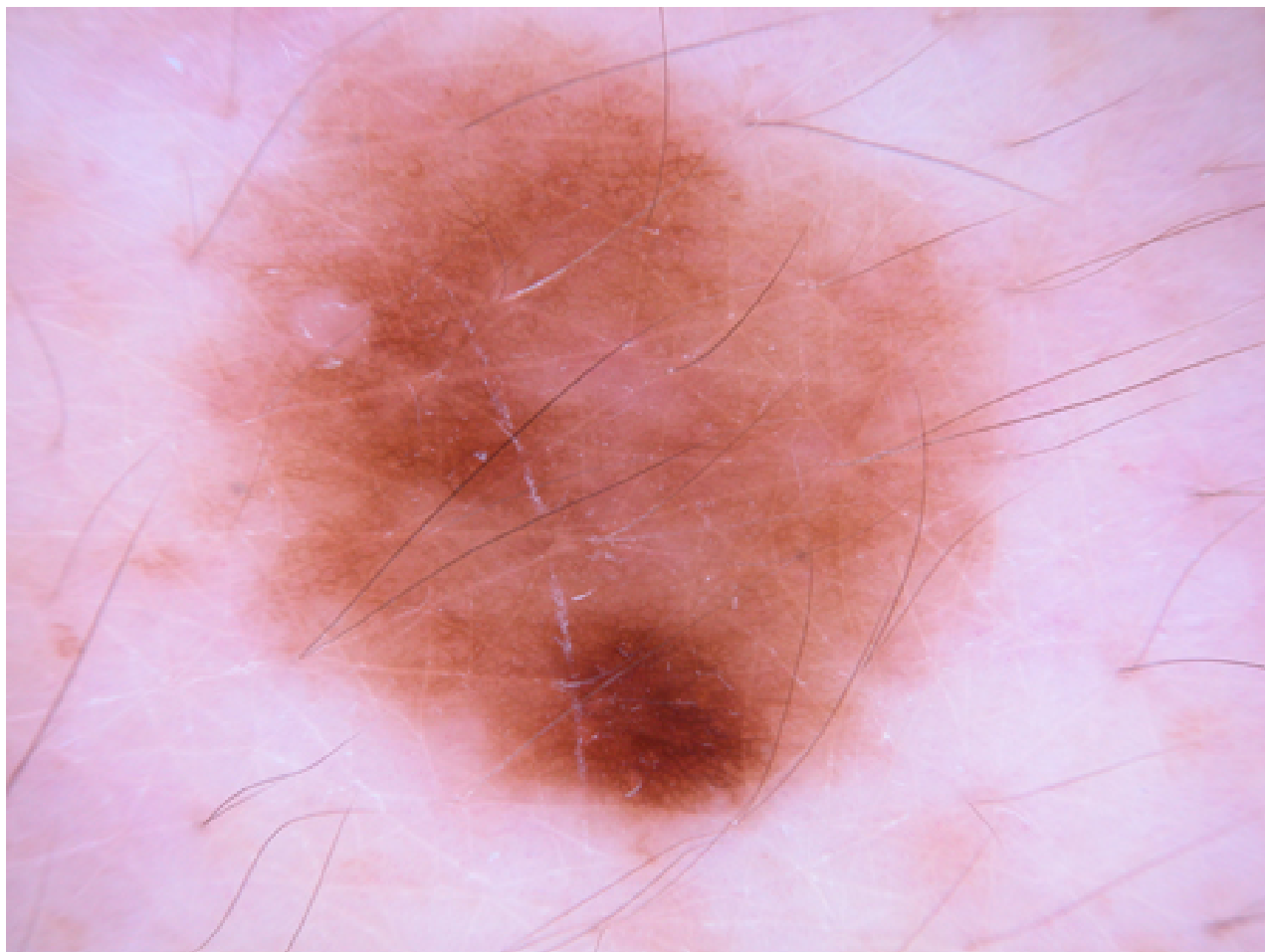


Figura 17: Dermatoscopia de um nevo displásico ou de Clark

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University

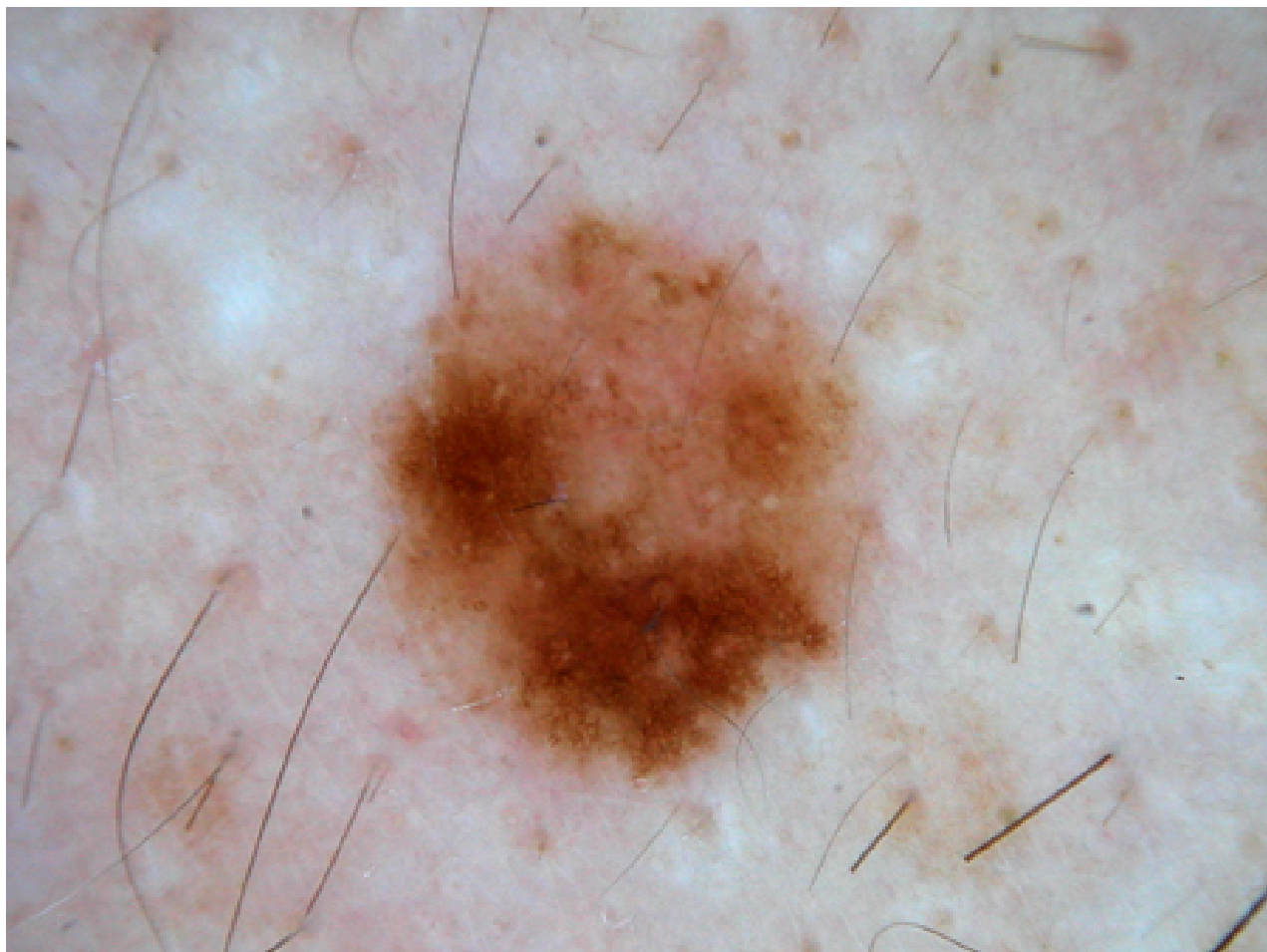


Figura 18: Dermatoscopia de um nevo displásico ou de Clark

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University

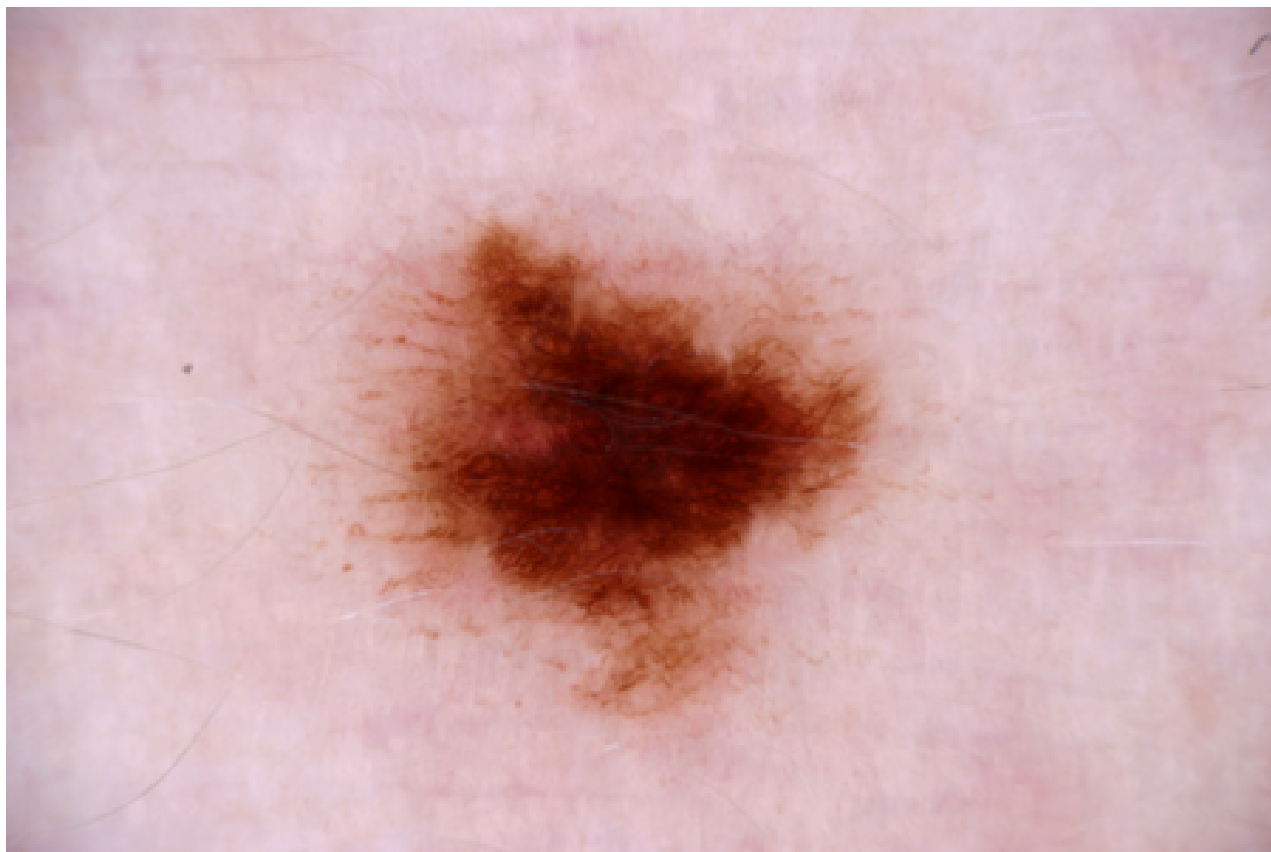


Figura 19: Dermatoscopia de um nevo displásico ou de Clark

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 20: Um nevo recorrente ou persistente

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University

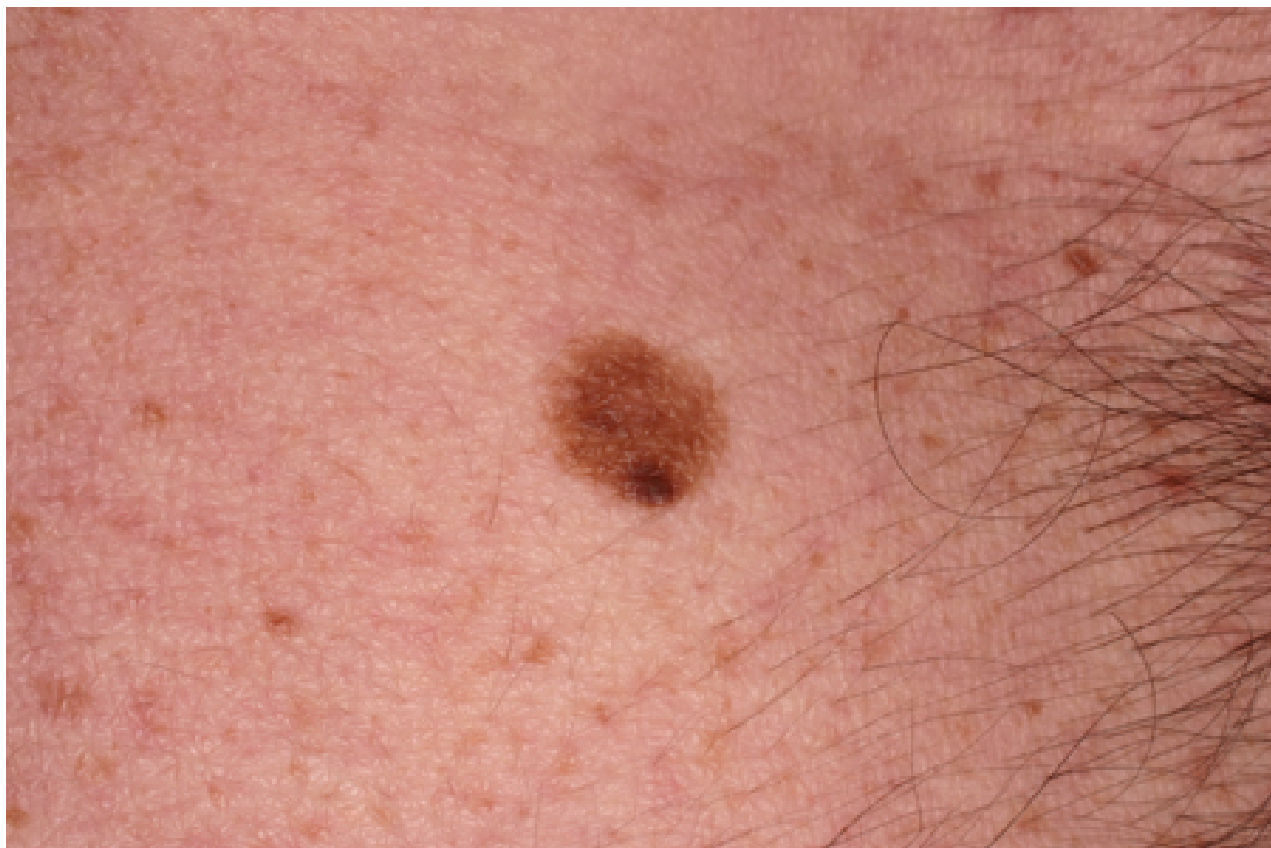


Figura 21: Nevo displásico ou de Clark

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 22: Nevo melanocítico adquirido composto

Do acervo de Laurel Schwartz, Thomas Jefferson University

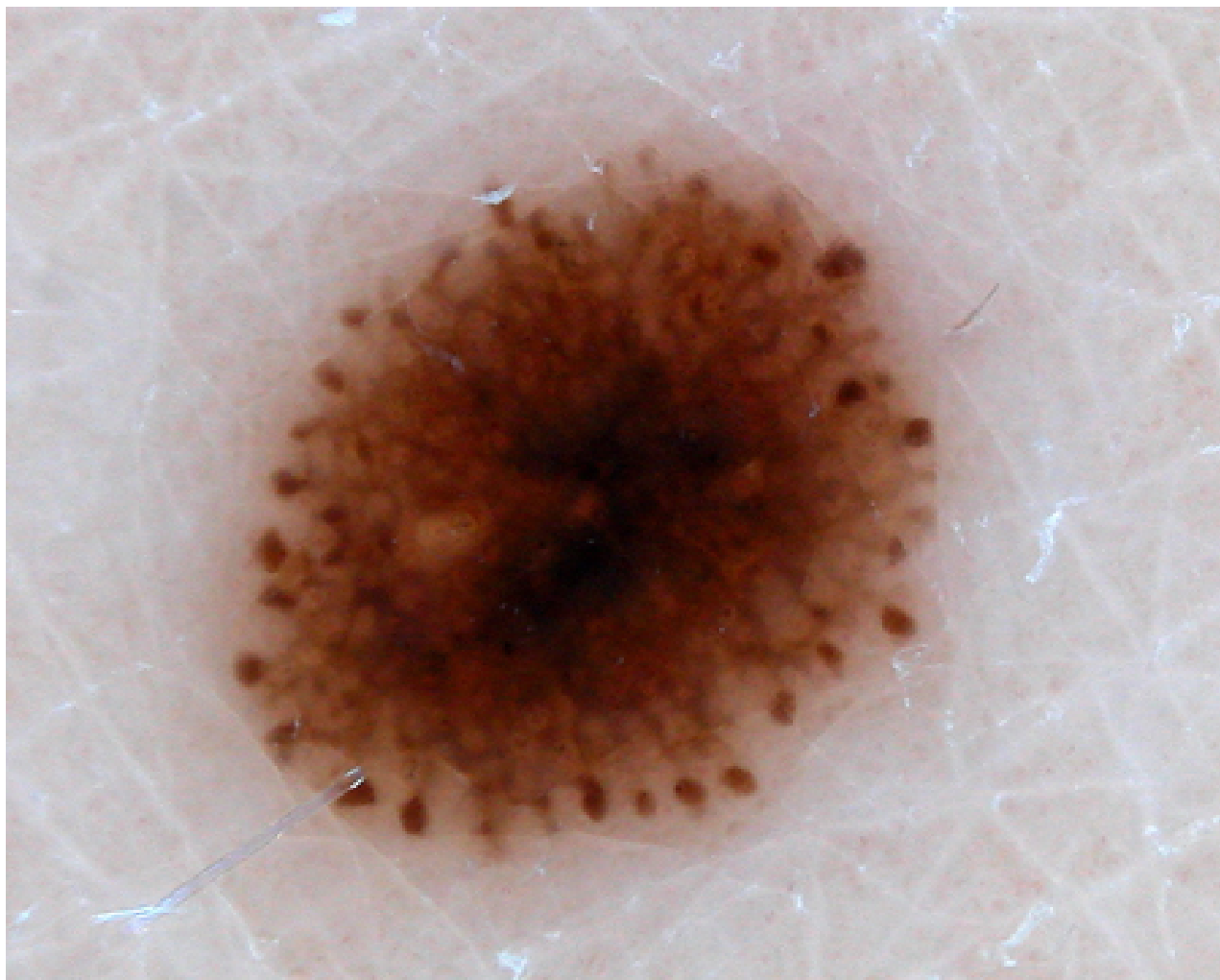


Figura 23: Dermatoscopia de um nevo de Spitz pigmentado

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University

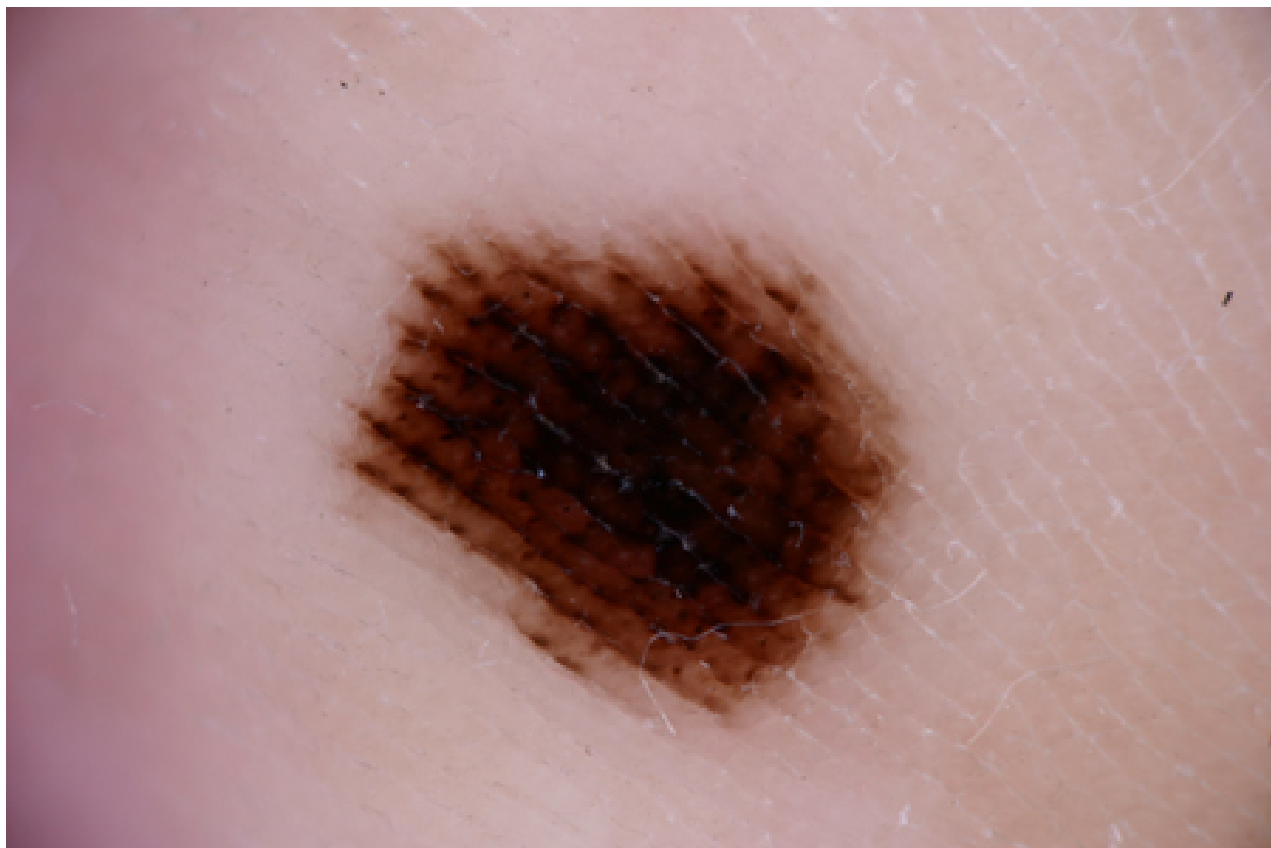


Figura 24: Dermatoscopia de um nevo volar

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University



Figura 25: Um nevo volar

Do acervo de Jason Lee, Thomas Jefferson University

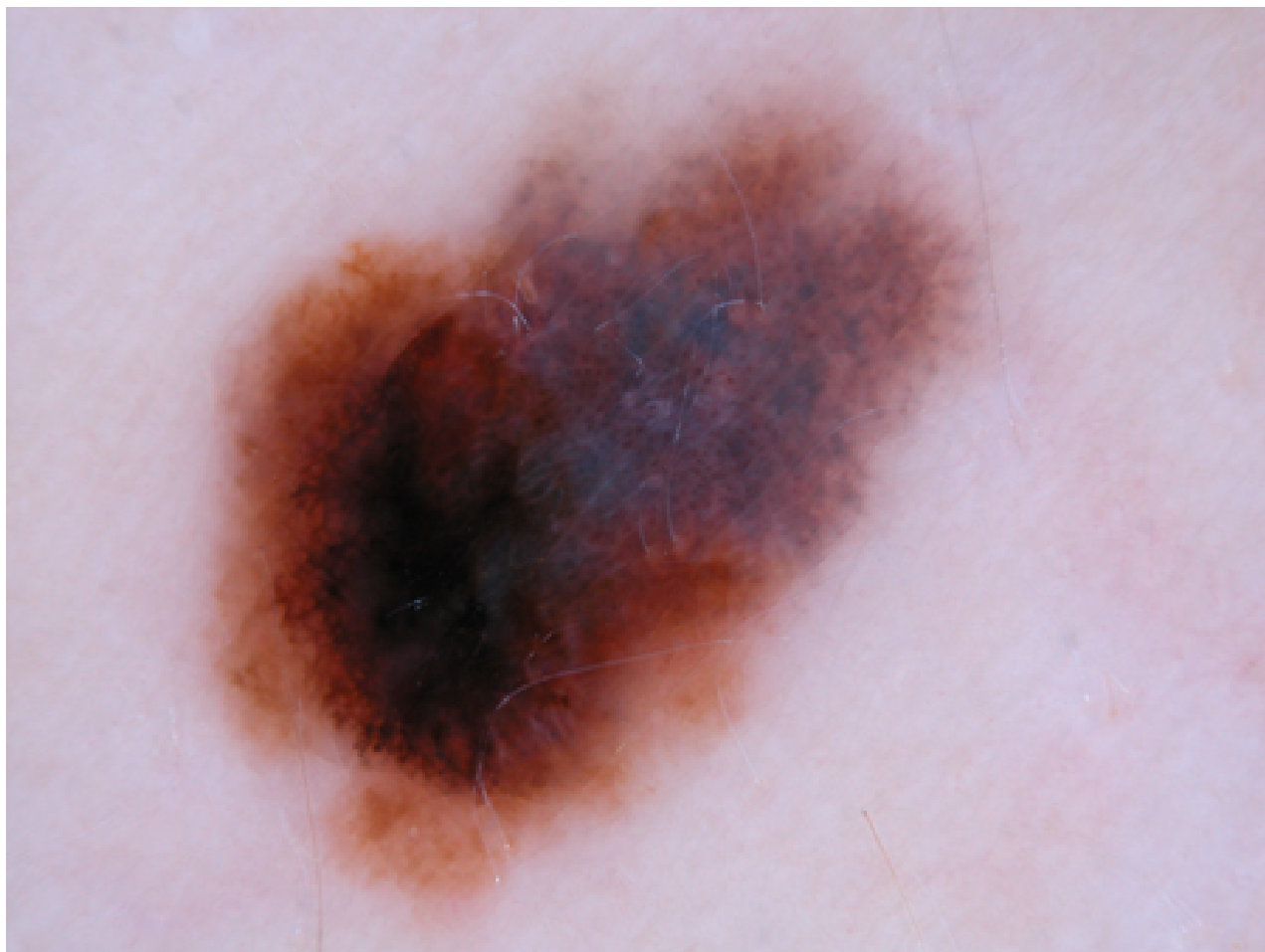


Figura 26: Dermatoscopia de melanoma

Do acervo de Laurel Schwartz, Thomas Jefferson University

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Feb 14, 2019.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Jason B. Lee, MD

Professor of Dermatology & Cutaneous Biology

Clinical Vice-Chair, Director of Dermatopathology Fellowship, Director of Pigmented Lesion Clinic, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA

DIVULGAÇÕES: JBL declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Jason B. Lee would like to gratefully acknowledge Dr Laurel R. Schwartz, a previous contributor to this topic. LRS declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Craig G. Burkhart, MD

Clinical Professor

Department of Medicine, Medical College of Ohio, Toledo, OH

DIVULGAÇÕES: CGB declares that he has no competing interests.

Mark Hurt, MD

Dermatologist

Cutaneous Pathology, WCP Laboratories, Missouri, MO

DIVULGAÇÕES: MH declares that he has no competing interests.

Veronique Bataille, MBBS

Consultant Dermatologist

West Herts NHS Trust and King's College London, London, UK

DIVULGAÇÕES: VB declares that she has no competing interests.