Tratamiento del nevus congénito de gran tamaño

Dra. J. Ramos, J. Hornblas

Hospital....

Resumen *El tratamiento de los nevus de gran tamaño es un desafío para el cirujano plástico. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en cuatro pacientes pediátricos con nevus de gran tamaño en cara, cuero cabelludo y tronco. El tratamiento implica resecciones completas o seriadas utilizando expansores o injertos de piel.*

Palabras clave: *Nevus gigantes - Expansores tisulares.*

Summary *Giant nevus treatment is callenging for plastic surgeons. The purpose of this study is to show our experience with four pediatric patients having giant nevus in face, scalp and trunk. Treatment involves complete or staged resection using tissue expanding devices or skin grafting.*

Index words: *Giant nevus – Tissue expanding devices*

Resumo *O tratamento dos nevus congênitos de grande tamanho são um desafio para o cirurgião plático.O objetivo deste trabalho é mostrar nossa experiência em quatro pacientes pediátricos com nevus de grande tamanho na face,couro cabeludo e torax.O tratamento requer ressecções completas ou seriadas utilizando expansores ou enxertos de pele.*

Palavras chave: *Nevus gigantes – Expansores tissulares*

Introducción

El 1,5% de la población general padece un nevus congénito, presente al nacer o poco después.

La incidencia de melanoma maligno (MM) en nevus pequeños y medianos es baja y postpuberal.

El riesgo de MM en grandes nevus melanocíticos es de un 5% y tiene mal pronóstico. El 80% aparecen antes de los 7 años por lo que se aconseja la escisión precoz de los mismos.

El tratamiento plantea un desafío al cirujano en el caso de los grandes nevus de cara y en los nevus gigantes fundamentalmente a nivel de tronco.

El tratamiento implica resecciones completas o seriadas utilizando expansores o injertos de piel. Muchas veces esto implica intervenciones múltiples y la deformidad transitoria por los expansores quedando varias cicatrices.

Presentación de los casos

Se analizan 4 casos clínicos que incluyen: dos nevus gigantes de dorso de tronco, un nevus de región frontal y un nevus cerebriforme de cuero cabelludo.

Caso clínico N° 1: Paciente de 6 años, de sexo masculino, portador de un nevus piloso de región frontal que ocupa la hemifrente izquierda con una zona central verrucosa que involucra la ceja. Se habló con los padres y el niño de las posibilidades terapéuticas: colocación de un expansor a nivel de la hemifrente derecha y expansión con resecciones seriadas o resección e injerto. Tanto los padres como el niño que viven en el campo y que realizan mucha actividad física no desearon varias sesiones quirúrgicas ni la deformidad transitoria y los cuidados de un expansor así como su infiltración periódica. Se optó entonces por la resección e injerto conservando la zona del nevus correspondiente a la ceja izquierda. La evolución fue buena y el resultado estético bueno (Fig. 1 y 2).

Caso clínico N° 2: Paciente de 6 años, de sexo femenino, portadora de un nevus cerebriforme de cuero cabelludo que ocupa la mitad del mismo. Se realizó su exéresis y se cubrió el área cruenta con injertos.

Anatomía Patológica pendiente. Se plantea un segundo tiempo de expansión del cuero cabelludo para tratamiento de la zona injertada alopécica (Fig. 3).

Fig. 1: Nevus de región frontal.

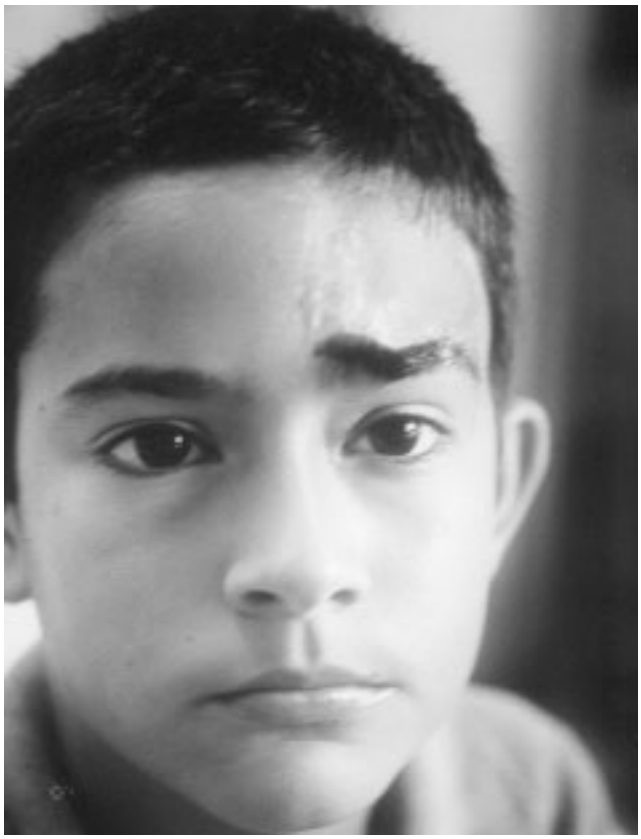

Fig. 2: Resultado postoperatorio.

Caso clínico N° 3: Paciente de 6 años, de sexo masculino, portador de un nevus gigante de dorso de tronco. Se realizó la resección del nevus en forma seriada, colocándose expansores en tres oportunidades, la primera vez a los 6 años se colocaron 4 expansores de 200cc. Luego a los 8 años se realizó una nue-

Fig. 3: *Nevus cerebriforme de cuero cabelludo.*

Fig. 4: *Nevus gigante de dorso de torso: colocación de expansores.*

va expansión y la última a los 9 años, seguidas de resecciones parciales del nuevus. En la última oportunidad se colocaron dos expansores uno de 400 y otro de 320cc. La AP (anatomía patológica) informó: nevus intradérmico papilomatoso con escasa actividad dermoepidérmica.

Después de estos procedimientos quirúrgicos y dado el tamaño y extensión de la lesión quedó nevus residual. Se planteó entonces realizar la resección del mismo e injertar la zona.

Los padres del niño no aceptaron un nuevo procedimiento quirúrgico. Dada la escasa actividad dermoepidérmica se decidió el control clínico del nevus remanente.

Caso clínico N° 4: Paciente de 7 años, de sexo femenino, portadora de un nevus gigante de dorso de tronco. Se realizó la colocación de dos expansores uno superior y otro inferior del lado derecho. Se planea realizar expansión y resecciones seriadas. Anatomía patológica pendiente (Fig. 4).

Discusión

En los nevus congénitos de gran tamaño se deben considerar los pro y los contra del tratamiento quirúrgico.

Hay que tener en cuenta: por un lado las intervenciones múltiples, los resultados estéticos que muchas veces no son óptimos, la no garantía de curación y el riesgo del seguimiento contínuo y las consideraciones estéticas de no operarlos.

Algunos autores recomiendan la exéresis en aquellas topografías en las que el seguimiento es más difícil: cuero cabelludo, dorso de tronco[1], nalgas y dorso de cuello. Los procedimientos quirúrgicos consisten en resecciones completas o seriadas y la utilización de expansores o de injerto de piel. En muchos casos se requieren múltiples intervenciones y a menudo quedan varias cicatrices.

La deformidad que provocan los expansores, que muchas veces son múltiples y de gran volumen, así como las punciones repetidas para expandirlos, pueden alterar psicologicamente al niño y a veces no son fáciles de tolerar. El equipo de psicólogas que trabaja con nosotros asiste a los niños en este sentido[2, 3].

A su vez los injertos de piel pueden dejar una secuela estética a nivel del área donante. En el caso del paciente del nevus de región frontal el resultado estético fue bueno.

En el caso clínico número dos se optó por la cobertura con injerto como tratamiento primario para posteriormente expandir el cuero cabelludo y corregir la alopecía.

En el caso clínico N° 3 en el que la escisión completa no fue posible por la extensión del nevus es necesario un seguimiento estrecho para detectar precozmente una transformación maligna. Si aparecen zonas nodulares o ulceradas deben ser biopsiadas.

Las áreas de resección total también deben ser controladas porque hay algunos casos reportados de MM después de una escisión aparentemente completa. Esto sería debido a la presencia de células melanocíticas por debajo del plano profundo de resección.

También hay asociación de nevus gigantes con melanomas extracutáneos, a nivel del SNC (sistema nervioso central) o retroperitoneales.

Existen otros tratamientos posibles:

La dermoabrasión de estas lesiones se ha realizado pero tiene varios inconvenientes por lo que la mayoría de los autores no la recomiendan. Si es muy superficial la hiperpigmentación reaparece, si es muy profunda puede dejar cicatrices hipertróficas. Quedan melanocitos en la profundidad que pueden sufrir transformación maligna[4].

El curetaje se realiza en las primeras semanas de vida y consiste en la separación de la epidermis junto con la dermis papilar de la reticular, que en los recién nacidos tiene un plano de clivaje. El área cruenta cierra con curaciones. Deja la dermis reticular y los melanocitos que pueda haber en ella y no está exenta de complicaciones. Se han reportado buenos resultados estéticos.

El tratamiento con láser aclara o depigmenta el nevus en algunos casos en forma definitiva y en otros en forma temporal. Los melanocitos profundos permanecen.

El cultivo de piel podría evitar el área dadora, pero los injertos de piel así obtenidos son muy finos y es un procedimiento por ahora muy costoso. Puede ser un procedimiento de futuro.

El tratamiento de los nevus de gran tamaño en cara y cuero cabelludo y tronco es un desafío para el cirujano plástico y un problema difícil de solucionar. Ningún tratamiento carece de inconvenientes y ninguno garantiza la curación total y definitiva en cuanto a la posibilidad de una transformación maligna. Para iniciar el tratamiento adecuado, hay que tener en cuenta la experiencia del cirujano, la opinión de los padres, la asistencia psicológica y el resultado de anatomía patológica.

El tratamiento más utilizado es el quirúrgico, ya sea mediante colocación de expansores y resecciones completas o seriadas o la excéresis seguida de injertos de piel. En el futuro el cultivo de piel puede ser una solución que evite la secuela de áreas dadoras. En casos puntuales pueden utilizarse otros procedimientos algunos aún en estudio.

Bibliografía

1. Bauer BS, Few JW, Chavez CD et al: The role of tissue expansion en the management of large congenital pigmented nevi of the forehead in the pediatric patient. Plast Reconstr Surg; 107: 668-675, 2001.
2. Gur E, Zucker RM: Complex facial nevi: a surgical algorithm. Plast Reconstr Surg; 106: 25-35, 2000.
3. Perlyn C, Meara JG, Smith JD et al: Secondary reconstruction of a giant congenital lentiginous dermal nevus with serial, large-volume tissue expansion. Ann Plast Surg Nov; 43 (5): 546-550, 1999.
4. Hopkins JD, Smith AW, Jackson IT: Adjunctive treatment of congenital pigmented nevi with phenol chemical peel. Plast Reconstr Surg; 105 (1): 1-11, 2000.

Trabajo aceptado para su publicación en...

Dra. J. Ramos