

# Nevus melanocíticos congénitos: Un estudio de 23 casos en un centro de salud

J.I. García Morán<sup>1</sup>, M.T. Jarabo García<sup>2</sup>

**Resumen.** *Objetivo.* Captación de nevus melanocíticos congénitos (NMC).

*Material y métodos.* Se revisan 1.265 sujetos que acudieron a una consulta de medicina general y otra de pediatría, en un centro de salud.

*Resultados.* La prevalencia de nevus melanocíticos congénitos pequeños (NMCP) en 1.265 sujetos explorados fue de 1,8%. La relación varones/mujeres fue de 9/14, con un rango de edad de 1-14 años y un intervalo modal de 5-9 años. Un 39,1% estaba localizado en el tronco. El 29,4% de los prepúberes y el 66,6% de los postpúberes tenían un diámetro mayor superior o igual a 1,5 cm. El 65,2% presentó una textura lisa y el 34,8% tenía pelo. Se encontró asociación entre textura lisa y edad prepuberal.

*Conclusiones.* La prevalencia de NMC fue de 1,8%. Todos correspondieron al tipo NMCP.

*An Esp Pediatr 1996;44:545-547.*

**Palabras clave:** Nevus melanocítico congénito pequeño (NMCP); Atención Primaria.

## CONGENITAL MELANOCYTIC NEVUS: A SURVEY OF 23 CASES IN A PRIMARY CARE CENTER

**Abstract.** *Objective.* The purpose of this study was to further understand congenital melanocytic nevus.

*Patients and methods.* For this purpose, the cases of 1,265 subjects that had consulted a general practitioner and pediatrician in a primary care center were studied.

*Results.* We found that the prevalence of small congenital melanocytic nevi (SCMN) was 1.8% in the 1,265 subjects examined. The male/female ratio was 9/14 with an age range between 1 and 14 years and a modal interval from 5 to 9 years. The location was preferentially found on the trunk (39.1%). In 29.4% of the prepubertal and 66.6% of the postpubertal subjects the diameter was greater than or equal to 1.5 cm. Raised texture was found in 65.2% and hairy in 34.8%. There was an association between the raised texture and the prepubertal stage.

*Conclusions.* We conclude that the prevalence of CMN was 1.8%, with all being SCMN.

**Key words:** Small congenital melanocytic nevus (SCMN). Primary care.

## Introducción

Los nevus melanocíticos congénitos (NMC) se presentan en el 0,2-1,5% de los recién nacidos (RN)<sup>(1-3)</sup> y se consideran secundarios a factores genéticos mal conocidos, responsables de una posible displasia de la cresta neural<sup>(4)</sup>.

En base a su diámetro mayor, y con un criterio arbitrario se han distinguido: NMC pequeños (NMCP), aquellos con diámetro mayor inferior a 10 cm; NMC medianos (NMCM), entre 10-20 cm y NMC grandes (NMCG), cuando el diámetro mayor es superior a 20 cm<sup>(5)</sup>. Otros autores<sup>(6)</sup> los clasifican en: pequeños (< 1,5 cm), intermedios (1,5-19,9 cm) y grandes ( $\geq$  20 cm).

Los NMCP son más frecuentes que los NMCM y NMCG<sup>(4)</sup>, y junto al léntigo maligno y el nevus displásico, se consideran precursores potenciales del melanoma maligno cutáneo<sup>(7-9)</sup>.

El riesgo de malignización se ha calculado en un 5%. Por otra parte, el 1,5% de los melanomas cutáneos asientan sobre un NMCP previo<sup>(4,10)</sup>.

El objetivo del presente trabajo es detectar los NMCP en nuestro medio y establecer un registro para el control periódico de los mismos y su posterior derivación a la atención especializada.

## Material y métodos

Se diseñó un estudio desde el 1 de marzo de 1991 hasta el 31 de julio de 1993, para la captación de todos los pacientes que tuvieran un NMC, utilizando para ello una consulta de medicina general (MG) y otra de pediatría (P) del centro de salud de Mota del Cuervo (Cuenca), ambas con una población total de 2.281 pacientes (MG = 1.734; P = 547).

Como criterios de inclusión para el estudio se consideró la presencia de un nevus desde el nacimiento documentado por registro neonatal, fotografías o testimonio de los padres; se rechazaron aquellos casos dudosos. Para su estudio se recogieron en una ficha individualizada las siguientes variables: edad, sexo, diámetro mayor (en cm), textura (lisa o rugosa), área de localización (cabeza y cuello, tronco -tórax, espalda y abdomen-, extremidad superior y extremidad inferior) y presencia o ausencia de pelo.

Los cálculos se realizaron en un ordenador personal PS/1 IBM con un programa SIGMA. Calculando las frecuencias absolutas y relativas y aplicando el test exacto de Fisher.

## Resultados

Se valoraron un total de 1.265 pacientes, encontrándose 23

<sup>1</sup>Doctor en Medicina y Cirugía. <sup>2</sup>Licenciada en Medicina y Cirugía. Centro de Salud de Mota del Cuervo. Cuenca.

*Correspondencia:* J.I. García Morán. Centro de Salud de Mota del Cuervo.

Pza. Ruiz Jarabo, 7. 16630 Mota del Cuervo. Cuenca.

*Recibido:* Diciembre 1994

*Aceptado:* Octubre 1995

Tabla I Distribución por edades y diámetro mayor

Edad Años	Diámetro (cm)			Total
	< 1,5	1,5-3	> 3	
0-4	6	2	0	8
5-9	6	0	3	9
10-14	2	2	2	6
Total	14	4	5	23

con un NMC (9 varones y 14 mujeres), lo que representa una prevalencia del 1,8%.

Todos tenían un tamaño < 10 cm (NMCP). Con un rango de edad de 0-14 años y un intervalo modal de 5-9 años (Tabla I).

En la tabla I se muestra la distribución de los NMC en función de la edad y diámetro mayor (expresado en cm).

La distribución de los NMC por áreas fue por orden de frecuencia: tronco (TRON): 39,1%; extremidad inferior (EX.IN): 34,8%; extremidad superior (EX.SUP): 21,7% y cabeza y cuello (CYC): 4,3% (Fig. 1).

Para el estudio comparado se establecieron dos grupos de edad: prepúberes (menores de 10 años) y postpúberes (mayores o igual a 10 años). El 29,4 de los prepúberes (5/17) y el 66,6% de los postpúberes (4/6) tenían el diámetro mayor superior o igual a 1,5 cm. De todos los casos estudiados el 65,2% presentaba una textura lisa y el 34,8% tenía pelo (Fig. 2).

Solamente se encontró asociación significativa entre la textura lisa y edad prepuberal.

## Discusión

Los NMCP aparecen con una frecuencia del 0,2-2% de los RN<sup>(1-4,11,12)</sup>. Algunos estudios consideran los NMC como lesiones potencialmente precursoras de melanoma<sup>(4,7,8)</sup>.

Nuestro estudio, a diferencia de otros autores, ha pretendido captar los NMC en una población heterogénea en cuanto a edad; además, existe un cierto sesgo de selección: sujetos que acudieron a consulta médica. Sin embargo, la prevalencia encontrada es similar a la aportada por otros autores<sup>(3,4)</sup>. Todos los casos eran NMC de tipo pequeño según la clasificación de Illig y cols.<sup>(5)</sup>. Por otra parte, si consideramos la de Kopf y cols.<sup>(6)</sup>, 14 serían NMCP y 9 NMC de tipo intermedio. De cualquier modo, desde el punto de vista pronóstico pueden unificarse como NMC no gigantes.

Para su diagnóstico hemos utilizado el denominado método histórico, sin ulterior confirmación histológica. En un estudio retrospectivo el método basado en la historia clínica se reveló como útil en la valoración del riesgo de melanoma<sup>(10)</sup>. Aunque los criterios anatomopatológicos no son aceptados por todos los autores<sup>(4,13)</sup>, la consideración de un nevus como congénito en ausencia de confirmación histológica puede resultar comprometida.

Pueden existir variantes inaparentes al nacimiento y en el curso del primer año de edad pigmentarse; así los nevus que miden más de 1,5 cm, dentro del primer año de vida pueden con-

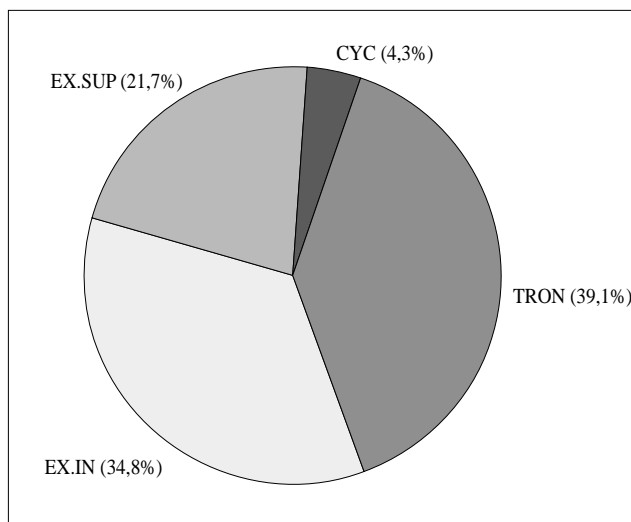


Figura 1. Distribución por áreas anatómicas.

siderarse, a efectos terapéuticos, como congénitos<sup>(7)</sup>. En adultos un nevus de más de 5 cm puede considerarse también de tipo congénito<sup>(14)</sup>.

Por áreas, más de una tercera parte de nuestros casos asentaban en tronco, corroborando los hallazgos de otros estudios<sup>(1)</sup>.

Su morfología es variable<sup>(4,7)</sup>, pudiendo ser lisos, rugosos, lobulados, con pelo o sin él. Sin embargo, con el crecimiento del niño tienden a hacerse más rugosos y pilosos<sup>(8)</sup>. En este sentido, se encontró asociación significativa entre superficie lisa y edad prepuberal<sup>(7)</sup>.

Los NMC gigantes cuya frecuencia es notablemente inferior a la de los NMCP (1/2.000-20.000) pueden malignizarse durante la infancia temprana<sup>(4)</sup>, en porcentajes que oscilan entre 5-15%<sup>(15)</sup>, siendo responsables del 0,1% del total de melanomas. En estos casos la actitud terapéutica sería la exéresis precoz. En algunos pacientes el NMC gigante se asocia con melanosis neurocutáneas sin que presenten síntomas neurológicos acompañantes<sup>(16)</sup>.

En un estudio de Rhodes y cols.<sup>(10)</sup> el riesgo relativo de melanoma en sujetos con NMCP diagnosticados por la historia clínica se incrementó 21 veces y de 3-10 cuando el diagnóstico fue histológico; sin embargo, no es posible establecer el riesgo real de malignización de un NMCP<sup>(15)</sup>.

En base a su pronóstico se ha visto que el riesgo de malignización de los NMCP aumenta después de la pubertad<sup>(7,8)</sup>. De cualquier modo, la actitud terapéutica es debatida y existen argumentos tanto en contra como a favor de su extirpación<sup>(8,17)</sup>.

Se ha propuesto su vigilancia periódica como una alternativa razonable<sup>(8)</sup>. Pero dado que los datos son cada vez más concluyentes<sup>(6-8)</sup>, la actitud puede ser expectante hasta la pubertad si no existen signos atípicos, y exéresis antes de los 12 años, independientemente de su tamaño<sup>(4)</sup>. Sin embargo, también hay que considerar otros aspectos, como los funcionales y estéticos a la hora de decidir su extirpación<sup>(7)</sup>.



**Figura 2.** Nevus melanocítico congénito de carácter piloso en dorso de mano.

Debido a que puede existir una agregación familiar siempre que se descubra un NMC debe preguntarse sobre la presencia de estas lesiones en otros miembros de la familia<sup>(18)</sup>.

## Bibliografía

- 1 Castilla EE, Da Graca Dutra M, Orioli-Parreiras IE. Epidemiology of congenital pigmented naevi. I. Incidence rates and relative frequencies. *Br J Dermatol* 1981;**104**:307-315.
- 2 Goss BD, Forman D, Ansell PE, Bennett V, Swerdlow AJ, Burge S,

Ryan TJ. The prevalence and characteristics of congenital pigmented lesions in newborn babies in Oxford. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1990;**4**:448-457.

- 3 Karvoen SL, Vaajalahti P, Marenk M, Janas M, Kuokkanen K. Birthmarks in 4346 Finnish newborns. *Acta Dermatol Venereol* 1992;**72**:55-57.
- 4 Rhodes AR. Neoplasias: neoplasias benignas, hiperplasias y displasias de los melanocitos. En: *Dermatología en Medicina General*. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IN, Austen K (eds). Buenos Aires: Panamericana, 1988; 1017-1090.
- 5 Illig L, Weidner F, Hundeiker M, Gartmann H, Biess B, Leyh F, Paul E. Congenital nevi < 10 cm as precursors to melanomas. *Arch Dermatol* 1985;**121**:1274-1281.
- 6 Kopf AW, Bart RS, Hennessey P. Congenital nevocytic nevi and malignant melanomas. *J Am Acad Dermatol* 1979;**1**:123-130.
- 7 Lareo de la Cierva F, Suárez Martín E. Lesiones premalignas de piel: Nevus melanocíticos premelanoma. Precáncer epitelial cutáneo. *Medi Fam* 1992;**2**:67-78.
- 8 Roth ME, Grant-Kels JM. Important melanocytic lesions in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am* 1991;**38**:791-809.
- 9 Sober AJ, Rhodes AR, Mihm MC, Fitzpatrick TB. Neoplasias: melanoma maligno. En: *Dermatología en Medicina General*. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedber IN, Austen KF (eds). Buenos Aires: Panamericana, 1988;1091-1110.
- 10 Rhodes AR, Melski JW. Small congenital nevocellular nevi and the risk of cutaneous melanoma. *J Pediatr* 1982;**100**:219-224.
- 11 Walton RG, Jacobs AH, Cox AJ. Pigmented lesions in newborn infants. *Br J Dermatol* 1976;**95**:389-396.
- 12 Alper J, Holmes LB, Mihm MC. Birthmarks with serious medical significance: nevocellular nevi, sebaceous nevi and multiple «café-au-lait» spot. *J Pediatr* 1979;**95**:696-700.
- 13 Moreno A. Claves del diagnóstico dermatológico: histología de los nevus melanocíticos. *Piel* 1988;**3**:28-34.
- 14 Everett MA. The management of congenital pigmented nevi. *J Okla State Med Assoc* 1991;**84**:213-218.
- 15 Williams ML, Pennella R. Melanoma, melanocytic nevi, and other melanoma risk factors in children. *J Pediatr* 1994;**124**:833-845.
- 16 Frieden IJ, Williams ML. Giant melanocytic nevi: brain magnetic resonance findings in neurologically asymptomatic children. *J Am Acad Dermatol* 1994;**31**:423-429.
- 17 Grob JJ, Bonerandi JJ, Guillaume JC. Doit-on preconiser l'exérèse systématique des petites naevus congénitaux?. *Ann Dermatol Venereol* 1991;**118**:483-486.
- 18 Rhodes AR, Slifman NR, Korf BR. Familial agregation of small congenital nevomelanocytic nevi. *Am J Med Genet* 1985;**22**:315-326.