

Nevos melanocíticos congénitos

Congenital melanocytic nevus

Nevos melanocíticos congênitos

María Pastor¹, Lídice Dufrechou², Sofía Nicoletti³, Alejandra Larre Borges³

Resumen

Los nevos melanocíticos congénitos son una proliferación melanocítica benigna presente al nacimiento o que surgen en los primeros 2 o 3 años de vida. Habitualmente se clasifican, según su tamaño, en pequeños, medianos y grandes. Su importancia radica en el potencial riesgo de desarrollar melanoma, en la repercusión que tienen en la calidad de vida de quien los padece y en la asociación con disrafismo y tumores del sistema nervioso central. A mayor tamaño, mayor riesgo de desarrollar melanoma en el nevo o fuera de él. Describiremos las características epidemiológicas, clínicas dermatoscópicas y revisaremos el manejo y seguimiento de los nevos congénitos.

Palabras clave: Nevos y melanomas
Enfermedades genéticas congénitas
Melanosis
Síndromes neurocutáneos

Summary

Congenital melanocytic nevi are a benign melanocytic proliferation present either from birth or during the first 2 or 3 years of life. They are usually classified according to size as: small, medium and large. Their importance lies on the potential risk of developing melanoma, on the impact they have on the patient's quality of life and on its association with dysraphism and tumors of the central nervous system. The larger the size of the nevi, the higher the risk of developing melanoma inside or outside the nevus.

We will describe the epidemiological and dermatoscopic clinical characteristics and review the management and follow-up of congenital nevi.

Key words: Nevi and melanomas
Inborn genetic diseases
Melanosis
Neurocutaneous syndromes

Resumo

Os nevos melanocíticos congênitos são uma proliferação melanocítica benigna presente desde o nascimento ou durante os primeiros 2 ou 3 anos de vida. Eles são geralmente classificados de acordo com o seu tamanho como: pequenos, médios ou grandes. Sua importância está no risco potencial de desenvolver melanoma, no impacto que eles têm na qualidade de vida do paciente e na sua associação com disrafismo e tumores do sistema nervoso central. Quanto maior o tamanho dos nevos, maior o risco de desenvolver melanoma dentro ou fora do nevo.

Descreveremos as características clínicas epidemiológicas e dermatoscópicas dos nevos congênitos e revisaremos o seu gerenciamento e acompanhamento.

Palavras chave: Nevos e melanomas
Doenças genéticas inatas
Melanose
Síndromes neurocutâneas

1. Residente. Cátedra Dermatología Médico Quirúrgica. Facultad de Medicina. UDELAR. Hospital de Clínicas.

2. Dermatóloga. Asistente. Cátedra Dermatología Médico Quirúrgica. Facultad de Medicina. UDELAR. Hospital de Clínicas.

3. Dermatóloga. Prof. Adj. Cátedra Dermatología Médico Quirúrgica. Facultad de Medicina. UDELAR. Hospital de Clínicas.

Hospital de Clínicas. UDELAR. Unidad de Lesiones Pigmentadas.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Fecha recibido: 7 de junio de 2019

Fecha aprobado: 17 de octubre de 2019

doi: 10.31134/AP.90.6.4

Introducción

Los nevos melanocíticos congénitos (NMC) son proliferaciones benignas de melanocitos⁽¹⁾ en epidermis, dermis, o en ambas, que generalmente están presentes al momento del nacimiento. En algunos casos pueden manifestarse clínicamente en los primeros 2 o 3 años de vida⁽²⁾ y se denominan NMC tardíos. Su clínica e histopatología es indistinguible de los anteriores. Se considera que los NMC representan una anomalía en el desarrollo melanocítico normal. Ciertas mutaciones durante la embriogénesis alteran el desarrollo de los melanocitos y determinan que estas células no completen la migración ni diferenciación esperadas⁽²⁻⁴⁾. Clínicamente se los clasifica según el tamaño que adquirirá en la edad adulta, dado que el crecimiento del nevo será proporcional al crecimiento del niño. Suelen presentar una evolución dinámica y en algunos casos ciertas complicaciones. La importancia de conocer estos nevos radica en su potencial incremento del riesgo de desarrollar melanoma, su asociación con melanos neurocutánea en algunos casos y su gran impacto en la calidad de vida de quienes los presentan.

El objetivo de este artículo es describir sus características epidemiológicas, clínico dermatoscópicas y revisar el manejo y seguimiento.

Epidemiología

En función de la población estudiada, la prevalencia varía entre 0,2% a 6%⁽¹⁾. La incidencia de los NMC pequeños y medianos es desconocida dado el escaso reporte, en el caso de los NMC grandes y gigantes se estima 1/20.000 – 1/500.000 nacimientos⁽²⁻⁴⁾. Se ha reportado mayor prevalencia en sexo femenino, con una relación mujer/hombre 3:2⁽⁵⁾.

En un trabajo realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el que se estudió la prevalencia de lesiones cutáneas, donde se examinaron 2.811 recién nacidos en un período de siete meses, se observó una frecuencia relativa de 1,7% (Arretche V, De María M, Borda K, Gugelmeier N, Mombelli R, De los Santos A, Acosta A, Álvarez M, Pose G, Moraes M, Borbonet D, datos no publicados).

Clasificación

Se han descrito múltiples clasificaciones para los NMC, sin embargo, la de mayor interés ha sido la clasificación según su tamaño, principalmente debido al riesgo de transformación a melanoma que presentan aquellos de mayor diámetro. Los nevos de gran tamaño se asocian, además, con alteraciones extracutáneas, compromiso de la calidad de vida y dificultades terapéuticas⁽⁶⁾.

Tabla 1. Tamaño máximo proyectado para la edad adulta (Project Adult Size, PAS).

NMC pequeño		<1,5 cm
NMC mediano	M1	1,5 - 10 cm
	M2	>10 - 20 cm
NMC grande	L1	>20 - 30 cm
	L2	>30 - 40 cm
NMC gigante	G1	>40 - 60 cm
	G2	>60 cm
Múltiples NMC medianos		≥3 NMC medianos sin un nevo predominante

Modificado de Kregel y colaboradores⁽⁶⁾.

La clasificación más utilizada ha sido la propuesta por Kopf y colaboradores en 1979⁽⁷⁾, según la cual se consideran NMC pequeños aquellos < 1,5 cm, medianos ≥ 1,5 cm y < 20 cm, y grandes ≥ 20 cm.

Posteriormente, Ruiz-Maldonado⁽⁸⁾ plantea una modificación según la cual los NMC pequeños son aquellos menores de 1,5 cm, los medianos entre 1,5 y 10 cm, los grandes entre 11 y 20 cm y gigantes aquellos mayores de 20 cm de diámetro. A estos últimos los subclasifica en G1 (entre 21 y 30 cm), G2 (entre 31 y 40 cm) y G3 (> 40 cm).

En 2013, Kregel y colaboradores⁽⁶⁾ propusieron una nueva clasificación, en ésta la principal variable es el tamaño máximo proyectado para la edad adulta (tabla 1), teniendo en cuenta que el nevo irá aumentando en proporción al crecimiento del niño. Secundariamente, valora la localización anatómica, heterogeneidad de colores, rugosidad, presencia de hipertrichosis, presencia de nódulos y el número de nevos satélites en el primer año de vida.

Para estimar en el niño el tamaño final que presentará el nevo en la adultez, se tiene en cuenta la edad y su ubicación. Se multiplica su diámetro mayor por el factor 1,7 si el nevo se encuentra en cabeza, por el factor 2,8 si se encuentra en tronco y miembros superiores, y por 3,3 en el caso que se encuentre en miembros inferiores⁽⁶⁾.

Se propone el uso de esta clasificación que evalúa no sólo el tamaño del nevo, sino otras características clínicas que implican cierto pronóstico evolutivo, principalmente en cuanto al riesgo de melanoma.

Clínica

Los NMC pequeños y medianos generalmente son redondos u ovalados y simétricos (figuras 1 y 2). Al nacimiento, ligeramente sobre elevados, presentan un co-

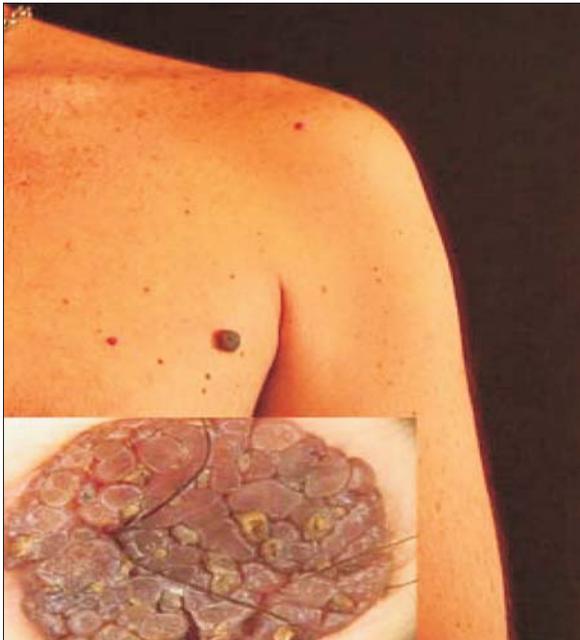


Figura 1. NMC pequeño en tronco. Patrón globular en empedrado con tapones córneos.

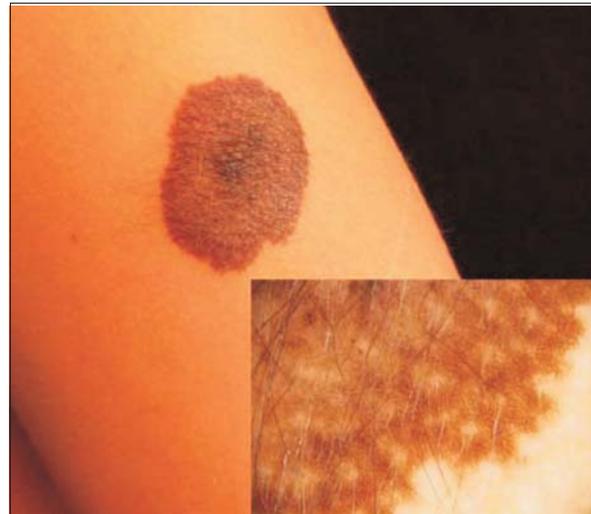


Figura 2. NMC mediano en brazo con hipertrichosis. Patrón reticular.



Figura 3. NMC mediano en muslo con hipertrichosis. Patrón retículo globular.



Figura 4. NMC gigante con hamartomas que compromete dorso de tronco.

lor marrón claro, con el tiempo se tornan más elevados y de color más oscuro. Durante la infancia, pueden desarrollar superficie rugosa, papulosa o cerebriforme, y es frecuente la presencia de pelo grueso o hipertrichosis (figura 3). No se ha descrito que alguna de estas características se asocie con mayor riesgo de malignidad⁽⁹⁾.

Los NMC grandes y gigantes suelen ser de similares características, con mayor heterogeneidad de colores y superficie (figura 4). En los NMC de mayor diámetro es

frecuente observar lesiones satélites, estas últimas son nevos de menor tamaño.

Durante los primeros meses de vida los NMC, principalmente medianos y grandes, pueden presentar erosiones o ulceraciones debido a la fragilidad cutánea⁽²⁾.

En la evolución de los NMC se pueden observar dos tipos fundamentales de nódulos: nódulos proliferativos y hamartomas.

Los nódulos proliferativos son proliferaciones benignas de melanocitos que surgen en el NMC. Pueden estar presentes al nacimiento o aparecer posteriormente durante el desarrollo del individuo. Clínicamente se pre-

sentan como pápulas o nódulos, únicos o múltiples, de límites bien definidos y habitualmente presentan un color más oscuro con respecto al nevo. En la evolución suele disminuir el color, la consistencia, la textura e incluso pueden presentar regresión^(9,10).

La presencia de nódulos proliferativos no se considera factor de riesgo para melanoma, sin embargo pueden simular un melanoma clínica e histopatológicamente⁽¹¹⁾. Es fundamental la palpación del nevo y de detectarse nuevas lesiones a nivel dérmico, proceder a biopsiarlas.

Los hamartomas se presentan como pápulas o nódulos de límites mal definidos (figura 4). Habitualmente presentan menor pigmento que el nevo sobre el que asientan. No son frecuentes al nacimiento, suelen surgir durante la infancia. Pueden presentar crecimiento, adquirir gran tamaño y tornarse pedunculados⁽¹²⁾.

La regresión espontánea de los NMC es infrecuente, pudiendo presentarse como disminución gradual de pigmento o más frecuentemente asociado a fenómeno halo. La regresión espontánea sin halo es excepcional. Se ha descrito mayor frecuencia de regresión parcial que completa⁽¹³⁾. Los NMC localizados en cuero cabelludo presentan mayor tendencia a regresar^(2,14).

Dermatoscopia

La dermatoscopia es una técnica no invasiva de diagnóstico de lesiones cutáneas en la que se utiliza un dispositivo manual para examinar una lesión in vivo, logrando un aumento x10 o incluso mayor. Permite visualizar características morfológicas a nivel epidérmico, unión dermoepidérmica y dermis superficial que no se observan a simple vista⁽¹⁵⁾. La dermatoscopia permite el análisis de las lesiones pigmentadas facilitando el diagnóstico de melanoma. Si bien el diagnóstico de NMC suele ser clínico, la aplicación de la dermatoscopia resulta de utilidad para despistar presencia de un melanoma sobre el NMC, especialmente en los NMC pequeños y medianos, ya que en estos casos los melanocitos se localizan en epidermis y unión dermoepidérmica. Su utilidad disminuye notoriamente en el caso de los NMC grandes y gigantes, dado que los melanocitos suelen estar en dermis profunda e incluso en celular subcutáneo.

Los patrones dermatoscópicos más frecuentemente descritos en los NMC son: globular, reticular, retículo globular y homogéneo. El patrón globular en empedrado es el patrón más frecuentemente hallado en NMC⁽¹⁶⁾.

Estos varían según la edad del individuo y la localización del nevo. En individuos menores de 16 años predomina el patrón globular, mientras que en los mayores de 16, el patrón reticular⁽¹⁷⁾.

Los NMC presentan un patrón dermatoscópico relativamente estable a lo largo del tiempo, en algunos casos se describe la transición de patrón globular a reticular⁽¹⁸⁾.

En cuanto a la topografía del nevo, en cabeza y tronco predomina el patrón globular y en miembros inferiores el patrón reticular^(19,21). Los nevos presentes en piel volar presentan patrones dermatoscópicos característicos que guardan relación con la zona anatómica, como paralelo de surco y sus variantes. Un patrón característico de los nevos congénitos de piel volar es el “patrón de arvejas en su vaina”, dado por un patrón paralelo del surco con glóbulos marrones distribuidos en forma regular en la cresta^(20,21).

Otras estructuras dermatoscópicas que suelen observarse en los NMC son hipopigmentación perifolicular, hipertrichosis y pseudoquistes de milio^(16,20).

Riesgo de melanoma

La relación entre NMC y melanoma ha sido estudiada a lo largo de los años. La presencia de un NMC implica una disfunción en la diferenciación y migración de los melanocitos, por lo que puede existir depósito de estos en el sistema nervioso central (SNC) con potencial riesgo de presentar no solo melanoma cutáneo, sino también extracutáneo⁽¹⁰⁾.

La incidencia real de transformación de los NMC en melanoma es desconocida, se estima que el riesgo atribuido sobre todo a los NMC pequeños y medianos ha sido exagerado. Actualmente se cree que el riesgo de aparición de un melanoma en NMC pequeños y medianos es bajo, aproximadamente 1% a lo largo de la vida^(2,3). En ellos, si surge un melanoma, suele hacerlo más tardíamente, luego de la adolescencia, y se desarrolla en capas superficiales de la epidermis o en la unión dermoepidérmica, por lo que son más accesibles para un diagnóstico precoz con dermatoscopia, como mencionamos anteriormente^(13,14,22). Generalmente se desarrollan en la periferia del nevo, por lo cual el análisis de estas lesiones mediante mapeo y dermatoscopia digital comparativa a lo largo del tiempo cobra importancia.

El riesgo de transformación a melanoma es mayor en aquellos nevos de mayor tamaño. Se estima un riesgo de 5% a lo largo de la vida en nevos mayores de 20 cm^(2,3,10), con mayor riesgo aún en aquellos mayores de 40-60 cm de PAS^(3,14). El melanoma suele presentarse a edades más tempranas, en los primeros 10 años de vida^(3,10). Los melanocitos se encuentran en dermis profunda, por lo que suelen manifestarse como nódulos profundos y el diagnóstico se realiza en etapas más avanzadas.

Algunos trabajos han reportado otros factores de riesgo para melanoma, como la localización en tronco y la presencia de nevos satélites en número mayor a 20^(14,23,24).

Asociaciones

La melanosis neurocutánea es un desorden congénito infrecuente que se caracteriza por proliferación de melanocitos en el SNC, incluyendo el parénquima cerebral y leptomeninges en el contexto de un individuo con múltiples o grandes NMC. Los criterios diagnósticos para melanosis neurocutánea han sido establecidos por Kadonaga y Frieden en 1991⁽²⁵⁾.

- a) Un nevo melanocítico congénito grande (mayor a 20 cm en adulto, mayor a 9 cm en cabeza, o mayor a 6 cm en el resto del cuerpo del niño), o más de tres nevos melanocíticos congénitos en asociación con melanosis meníngea o melanoma.
- b) Ausencia de melanoma cutáneo (excepto en pacientes con lesiones meníngeas histológicamente benignas).
- c) Ausencia de melanoma meníngeo (excepto en pacientes con lesiones cutáneas histológicamente benignas).

Waelchli y colaboradores⁽²⁶⁾ consideraron más apropiado utilizar el término síndrome de NMC para aquellos individuos con compromiso extracutáneo, dado que además pueden presentar múltiples manifestaciones, tales como astrocitomas y malformaciones (Dandy-Walker, Arnold-Chiari)⁽²⁷⁾.

La incidencia de melanosis neurocutánea en niños con NMC grandes se estima en 7%⁽²⁷⁾.

Clínicamente pueden permanecer asintomáticos o frecuentemente desarrollar síntomas y signos debido al depósito de melanocitos en el SNC. La sintomatología suele presentarse durante los primeros 2 años de vida. Además, pueden desarrollar melanoma primario en leptomeninges, así como también a nivel parenquimatoso.

Se consideran individuos de riesgo para presentar complicaciones neurológicas a aquellos con más de 20 nevos satélites, tres o más NMC medianos sin un nevo predominante y/o NMC mayor de 40 cm⁽³⁾. Aproximadamente, el 4% de las personas con alto riesgo para melanosis neurocutánea presentarán sintomatología⁽¹⁴⁾. La melanosis neurocutánea asintomática se observa en el 5%-25% de los individuos con alto riesgo⁽¹⁴⁾.

La melanosis neurocutánea sintomática presenta mal pronóstico, con alta tasa de mortalidad en el primer año de vida⁽²⁷⁾.

Conducta frente a los NMC

La decisión acerca de la conducta frente a un NMC debe ser tomada de forma individualizada. Se deben considerar ciertos factores de los cuales el más relevante es el riesgo de transformación maligna, otros son la edad, el tamaño proyectado para la edad adulta, la localización, la repercusión en la calidad de vida, los resultados estéticos esperados y la posibilidad de seguimiento.

En caso de optarse por la exéresis del nevo lo recomendado es la escisión quirúrgica, ya que de esta forma no solo se logra disminuir el riesgo de que surja un melanoma en el nevo, sino que también posibilita el estudio histopatológico, evaluando la presencia o no de dicho tumor.

NMC pequeños y medianos: dado que el riesgo de transformación a melanoma es relativamente bajo, no se recomienda la escisión quirúrgica de forma preventiva⁽¹⁴⁾. La evaluación periódica de estas lesiones es de mayor importancia luego de la adolescencia^(3,14,22), ya que a partir de esta edad se da el aumento del riesgo y cobra utilidad la dermatoscopia.

NMC grandes y gigantes: de optarse por la escisión quirúrgica profiláctica de un NMC grande-gigante, esta debe realizarse en los primeros años de vida⁽²²⁾. En ciertos casos, debido al tamaño o en algunas localizaciones, puede ser necesario el uso de colgajos, injertos, expansores cutáneos o la escisión quirúrgica seriada. El objetivo es disminuir el riesgo de malignidad, permitiendo buena funcionalidad y adecuados resultados estéticos. Es importante destacar que la exéresis total del nevo no elimina completamente el riesgo de desarrollar melanoma debido a la posible infiltración profunda de melanocitos a músculo, o su presencia en el SNC^(3,22).

Si bien se suele optar por la cirugía convencional, se han utilizado múltiples modalidades terapéuticas con distintos resultados, incluyendo dermoabrasión, curetaje y láser, entre otros⁽²²⁾. Para lograr mejorías estéticas en muchos casos se requiere la combinación de varias técnicas.

Control y seguimiento

No existen protocolos de seguimiento establecidos.

NMC pequeños y medianos: estos nevos se controlan periódicamente de forma clínica o con seguimiento digital dermatoscópico, lo cual consiste en la realización de dermatoscopías seriadas con registro de imágenes, lo que permite comparar año a año las imágenes tomadas para detectar cambios que sugieran presencia de melanoma.

NMC grandes y gigantes: como fue mencionado anteriormente, la exéresis del nevo es lo recomendado. De no ser posible, los controles clínicos deben ser más fre-

cuentes, especialmente durante los primeros años de vida, cuando el riesgo de malignización es mayor.

Los pacientes con NMC grandes-gigantes o sus padres suelen presentar preocupación, ansiedad o depresión, por lo que es importante contar con un equipo multidisciplinario dado por pediatra, dermatólogo y psicólogo⁽²⁸⁾. Se debe informar a los padres sobre el riesgo de estos nevos y en cuanto a las modalidades terapéuticas, sin descuidar no crear falsas expectativas en cuanto a resultados estéticos.

Los pacientes y sus padres deben ser instruidos sobre autoexamen de piel. Crecimiento focal, cambios de pigmentación, ulceración, sangrado y la presencia de nódulos subcutáneos son signos que podrían sugerir malignidad. Es de gran importancia la educación en cuanto a la fotoprotección.

La fotografía corporal total y el seguimiento con dermatoscopia digital son de utilidad para el seguimiento de los NMC pequeños-medianos. Su uso en nevos grandes y gigantes es controversial.

En cuanto a la melanosis neurocutánea, es de manejo multidisciplinario. En términos generales, la presencia de depósito de melanina en el SNC puede valorarse por resonancia magnética (RM). Se aconseja la realización de una RM cerebral y de médula espinal con gadolinio en aquellos pacientes sintomáticos o con factores de riesgo en los primeros 4-6 meses de vida debido a que posteriormente la mielinización podría impedir valorar correctamente los depósitos de melanina⁽³⁾. Waelchli y colaboradores⁽²⁶⁾ y Kinsler y colaboradores⁽¹²⁾ proponen no realizar seguimiento imagenológico en aquellos individuos con RM normal. Sin embargo, aquellos con una RM normal pueden posteriormente presentar síntomas neurológicos e incluso melanoma⁽³⁾. En caso de presentar una RM patológica, el seguimiento clínico o imagenológico debería ser considerado según el caso. Es discutido el seguimiento imagenológico en individuos asintomáticos.

Se debe realizar un examen físico neurológico descartando la presencia de síntomas y signos debido al aumento de la presión intracraneal o de médula espinal, así como evaluar el neurodesarrollo del niño^(2,29,30).

Conclusiones

Los NMC representan una anomalía en el desarrollo melanocítico normal. El manejo de los pacientes con NMC, sobre todo los medianos y grandes, es complejo y debe ser multidisciplinario. Es de gran importancia conocer el potencial riesgo de transformación maligna, así como su asociación con melanosis neurocutánea para ofrecer un adecuado tratamiento y seguimiento. Destacamos la carencia de estudios prospectivos y ac-

tuales sobre el riesgo de malignización de los NMC, siendo escasos los reportes encontrados y la gran mayoría de ellos vinculados a NMC grandes y gigantes. No existe suficiente evidencia ni protocolos de seguimiento clínico-dermatoscópico en los NMC y el seguimiento imagenológico en aquellos individuos con melanosis neurocutánea asintomática continúa siendo controversial. El abordaje integral de estos pacientes debe contemplar el gran impacto de estas lesiones en la imagen corporal y, por consiguiente, en la calidad de vida, en especial en aquellos con nevos grandes-gigantes o en zonas de alto impacto, como rostro o manos.

Referencias bibliográficas

1. **Monteagudo B, Labandeira J, Acevedo A, Ramírez A, Cabanillas M, Corrales A, et al.** Prevalencia y características clínicas de los nevos melanocíticos congénitos en 1.000 recién nacidos españoles. *Actas Dermosifiliogr* 2011; 102(2):114-20.
2. **Price H, Schaffer J.** Congenital melanocytic nevi-when to worry and how to treat: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010; 28(3):293-302.
3. **Price H.** Congenital melanocytic nevi: update in genetics and management. *Curr Opin Pediatr* 2016; 28(4):476-82.
4. **Meshram G, Kaur N, Hura K.** Giant congenital melanocytic nevi: an update and emerging therapies. *Case Rep Dermatol* 2018; 10(1):24-8.
5. **Alikhan A, Ibrahim O, Eisen D.** Congenital melanocytic nevi: where are we now? Part I. Clinical presentation, epidemiology, pathogenesis, histology, malignant transformation, and neurocutaneous melanosis. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67(4):495.e1-17.
6. **Krengel S, Scope A, Dusza S, Vonthein R, Marghoob A.** New recommendations for the categorization of cutaneous features of congenital melanocytic nevi. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68(3):441-51.
7. **Kopf A, Bart R, Hennessey P.** Congenital nevocytic nevi and malignant melanomas. *J Am Acad Dermatol* 1979; 1(2):123-30.
8. **Ruiz R.** Measuring congenital melanocytic nevi. *Pediatr Dermatol* 2004; 21(2):178-9.
9. **Vilar N, Ferrándiz L, Moreno D.** Nevo melanocítico congénito. *Piel* 2006; 21(8): 386-94.
10. **Shah K.** The risk of melanoma and neurocutaneous melanosis associated with congenital melanocytic nevi. *Semin Cutan Med Surg* 2010; 29(3):159-64.
11. **Vergier B, Laharanne E, Prochazkova M, de la Fouchardière A, Merlio JP, Kadlub N, et al.** proliferative nodules vs melanoma arising in giant congenital melanocytic nevi during childhood. *JAMA Dermatol* 2016; 152(10):1147-51.
12. **Kinsler V, O'Hare P, Bulstrode N, Calonje J, Chong W, Hargrave D, et al.** Melanoma in congenital melanocytic naevi. *Br J Dermatol* 2017; 176(5):1131-43.
13. **Krengel S, Marghoob A.** Current management approaches for congenital melanocytic nevi. *Dermatol Clin* 2012; 30(3):377-87.

14. **Schaffer J.** Update on melanocytic nevi in children. *Clin Dermatol* 2015; 33(3):368-86.
15. **Palacios D, Díaz R.** Dermatoscopia para principiantes (i): características generales. *Semergen* 2015; 43(3):2016-21.
16. **Moscarella E, Piccolo V, Argenziano G, Lallas A, Longo C, Castagnetti F, et al.** Problematic lesions in children. *Dermatol Clin* 2013; 31(4):535-47.
17. **Cengiz F, Emiroglu N, Ozkaya D, Su O, Onsun N.** dermoscopic features of small, medium, and large-sized congenital melanocytic nevi. *Ann Dermatol* 2017; 29(1):26-32.
18. **Errichetti E, Patriarca M, Stinco G.** Dermoscopy of congenital melanocytic nevi: a ten-year follow-up study and comparative analysis with acquired melanocytic nevi arising in prepubertal age. *Eur J Dermatol* 2017; 27(5):505-10.
19. **Changchien L, Dusza S, Agero A, Korzenko A, Braun R, Sachs D, et al.** Age- and site-specific variation in the dermoscopic patterns of congenital melanocytic nevi: an aid to accurate classification and assessment of melanocytic nevi. *Arch Dermatol* 2007; 143(8):1007-14.
20. **Haliasos E, Kerner M, Jaimes N, Zalaudek I, Malveyh J, Hofmann R, et al.** Dermoscopy for the pediatric dermatologist part III: dermoscopy of melanocytic lesions. *Pediatr Dermatol* 2013; 30(3):281-93.
21. **Stefanaki C, Soura E, Stergiopoulou A, Kontochristopoulos G, Katsarou A, Potouridou I, et al.** Clinical and dermoscopic characteristics of congenital melanocytic naevi. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32(10):1674-80.
22. **Hunt R, Schaffer J, Bologna J.** Congenital melanocytic nevi. En: *Post T*, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate INC., 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com>. [Consulta: 3 noviembre 2018].
23. **Bett B.** Large or multiple congenital melanocytic nevi: occurrence of cutaneous melanoma in 1008 persons. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52(5):793-7.
24. **Vourc'h M, Martin L, Barbarot S.** Large congenital melanocytic nevi: therapeutic management and melanoma risk: a systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68(3):493-8.e1-14.
25. **Kadonaga J, Frieden I.** Neurocutaneous melanosis: definition and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24(5 Pt 1):747-55.
26. **Waelchli R, Aylett S, Atherton D, Thompson D, Chong W, Kinsler V.** Classification of neurological abnormalities in children with congenital melanocytic naevus syndrome identifies magnetic resonance imaging as the best predictor of clinical outcome. *Br J Dermatol* 2015; 173(3):739-50.
27. **Ramaswamy V, Delaney H, Haque S, Marghoob A, Khakoo Y.** Spectrum of central nervous system abnormalities in neurocutaneous melanocytosis. *Dev Med Child Neurol* 2012; 54(6):563-8.
28. **Koot H, de Waard F, Peer C, Mulder P, Oranje A.** Psychosocial sequelae in 29 children with giant congenital melanocytic naevi. *Clin Exp Dermatol* 2000; 25(8):589-93.
29. **Tannous Z, Mihm M, Sober A, Duncan L.** Congenital melanocytic nevi: clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52(2):197-203.
30. **Kinsler V, Chong W, Aylett S, Atherton D.** Complications of congenital melanocytic naevi in children: analysis of 16 years' experience and clinical practice. *Br J Dermatol* 2008; 159(4):907-14.

Correspondencia: Dra. María Pastor.
 Correo electrónico: mpastorpaseyro@gmail.com

Todos los autores declaran haber colaborado en forma significativa.

María Pastor ORCID 0000-0003-0102-7371, Lídice Dufrechou ORCID 0000-0002-7704-8809, Sofía Nicoletti ORCID 0000-0002-1445-0526, Alejandra Larre Borges ORCID 0000-0002-9211-494X