

# Nevo Comedônico: Tratamento Cirúrgico

Luiz Carlos Garcia<sup>1</sup>  
Leonardo Falci Cabeda<sup>2</sup>  
Rachel Garcia<sup>3</sup>  
Giuliano Borile<sup>3</sup>

- 1] Prof. Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Caxias. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
- 2] Médico Residente em Dermatologia na ISCMPA.
- 3] Acadêmicos do 6º ano de Medicina da FFFCMPA/ISCMPA.

## Endereço para correspondência:

Luiz Carlos Celi Garcia

R. Ernesto Alves, 581  
Caxias do Sul - RS  
95020-360

**Unitermos:** Nevo comedônico; tratamento cirúrgico; retalho por deslizamento.

## RESUMO

*O nevo comedônico é uma anomalia cutânea rara, caracterizada clinicamente por pápulas agrupadas, levemente elevadas, com tampão ceratótico escuro e firme. Trata-se de lesão de conformação linear ou zosteriforme, que tem sido tratada por meio de métodos conservadores ou cirúrgicos.*

*A presente publicação refere-se a uma paciente jovem com extenso nevo comedônico em região inframamária esquerda, submetida a exérese cirúrgica da lesão, com a utilização de técnica de retalho por deslizamento.*

## INTRODUÇÃO

O nevo comedônico é uma anormalidade cutânea rara, descrita pela primeira vez por Kofmann<sup>(1)</sup> em 1895, na Alemanha. Selhorst<sup>(2)</sup> descreveu, em 1896, o primeiro caso na literatura britânica e Cohite<sup>(3)</sup>, em 1914, na literatura americana. Desde então, poucos relatos foram feitos<sup>(4, 5, 6)</sup>. Trata-se de um desenvolvimento anormal do aparato pilosebáceo, resultando em uma estrutura incapaz de produzir pêlos, mas capaz de formar queratina<sup>(4, 7)</sup>. Essa entidade já recebeu mais de 16 nomes na literatura, mas o termo “nevo comedônico” é o mais aceito<sup>(4)</sup>.

Caracteriza-se clinicamente por pápulas agrupadas, levemente elevadas, com um tampão ceratótico escuro e firme, semelhantes a comedões<sup>(8)</sup>. As lesões usualmente apresentam uma distribuição linear ou zosteriforme; no entanto, têm sido descritos casos com extenso envolvimento bilateral<sup>(9, 10)</sup>. O local mais freqüentemente atingido é a face, seguida pela região cervical, tronco e extremidades superiores<sup>(1)</sup>, mas já foram descritas lesões palmares, plantares e do escalpo<sup>(9, 12)</sup>. O nevo comedônico está, na maioria dos casos, presente ao nascimento, mas pode se tornar visível

em qualquer período da vida<sup>(10)</sup>. Não há evidência de predileção por sexo, e a raça branca parece ser a mais frequentemente atingida<sup>(4)</sup>. Essa entidade pode estar associada a outras lesões de pele ou anormalidades do sistema nervoso central, sistema musculoesquelético e olhos<sup>(13)</sup>.

As abordagens terapêuticas do nevo comedônico têm incluído o uso de agentes ceratolíticos tópicos, a extração manual dos comedões, a dermoabrasão e a excisão cirúrgica das lesões<sup>(1, 4, 8)</sup>.

A presente publicação refere-se ao caso de uma paciente jovem, com extenso nevo comedônico na região inframamária esquerda.

## RELATO DO CASO

Paciente de 15 anos, branca, feminina, foi-nos encaminhada para avaliação e tratamento de lesão de pele, compatível com nevo comedônico. A lesão, de localização inframamária esquerda, surgiu aos 6 anos de idade, sob a forma de pequenas pápulas agrupadas, semelhantes a comedões, que começaram na região esternal e se estenderam até a linha axilar anterior, formando uma extensa lesão de distribuição zosteriforme. A paciente referiu episódios intermitentes de infecção, com formação de cistos e pústulas, tratados com antibioticoterapia sistêmica e tópica, além de drenagem. Houve formação de cicatrizes atróficas após esses episódios. A paciente negou outras patologias sistêmicas e não apresentou outras alterações cutâneas. Devido à recorrência das infecções, apesar dos tratamentos conservadores realizados, optou-se pela ablação cirúrgica da lesão.

Foi realizado planejamento cirúrgico de ressecção completa da lesão em forma de elipse horizontal, abrangendo a pele e o tecido celular subcutâneo. Como a lesão acometia também a base do pólo inferior da mama, foram tomados cuidados visando à preservação da sua forma. Realizou-se amplo retalho por deslizamento na região epigástrica à esquerda que permitisse a oclusão da área cruenta de ressecção. A borda do retalho epigástrico foi ancorada na aponeurose muscular antes de ser suturada à mama, para reduzir a tensão e, conseqüentemente, a distorção do cone mamário. Foi realizada sutura em dois planos, subcutâneo e pele. No pós-operatório, foi continuada a antibioticoterapia com cefalexina, iniciada 24 horas antes da cirurgia. Os drenos foram retirados no terceiro dia de pós-operatório, com pequenas coleções nos seus pertuitos.

O processo de cicatrização foi normal, apresentando, no entanto, moderado alargamento cicatricial nos pontos de maior mobilidade e nos locais dos drenos.

O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico clínico de nevo comedônico, demonstrando a presença de porosidades pardacentas difusamente distribuídas na superfície da lesão. Ao corte, foram observadas pequenas cavidades císticas preenchidas por material pardacento e pastoso.

## DISCUSSÃO

O nevo comedônico é uma patologia rara. Um estudo retrospectivo realizado nos Hospitais St. George e St. Johns, em Londres, ao longo de 20 anos revelou uma incidência de 1:45.000<sup>(14)</sup>. Outro estudo, publicado por Marcus e col.<sup>(4)</sup>, revelou uma incidência de 12 casos em uma revisão de 100.000 biópsias de pele.

As lesões, em geral, estão presentes ao nascimento ou se desenvolvem na puberdade. É provável que o surgimento da lesão em fase puberal se deva à maior atividade das estruturas pilosebáceas induzida por hormônios que ocorre nessa fase<sup>(10)</sup>. Têm sido descritos casos de aparecimento mais tardio, com pacientes de até 67 anos de idade<sup>(4)</sup>.

Tipicamente, o nevo comedônico aparece como uma agregação de folículos pilosos dilatados, preenchidos por material queratinoso pigmentado. Podem ser encontradas lesões unilaterais ou bilaterais, com distribuição linear ou zosteriforme<sup>(9, 10)</sup>. Pode haver envolvimento de qualquer parte do corpo, incluindo face, escalpo, região cervical, tronco, membros e região palmar e plantar. No presente caso, a lesão tinha conformação zosteriforme, unilateral, localizada na região inframamária esquerda. Clinicamente, o nevo comedônico pode ser dividido em dois grupos: um, no qual a formação de comedões ocorre sem predomínio supurativo, e outro, no qual as formações císticas, infecções recorrentes, fistulas, abscessos e cicatrizes são os achados predominantes. O caso relatado enquadra-se neste último grupo.

A anamnese e o exame físico da paciente não demonstraram nenhuma patologia associada, embora na literatura existam vários relatos de outras anormalidades acompanhando o nevo comedônico<sup>(8, 9, 13)</sup>. As patologias associadas descritas incluem catarata, ictiose, nevo linear de células basais, cisto triquelêmico, elastoma intrapapilar, anormalidades vasculares, ausência do quinto dedo, além de outras alterações do sistema

nervoso central e sistema musculoesquelético<sup>(8,9,11,13,15)</sup>.

O nevo comedônico, em geral, surge espontaneamente, mas têm sido descritos casos de aparecimento dessa lesão após episódios de herpes zoster, líquen plano, vacinação, furúnculo ou traumatismo local<sup>(10)</sup>. No caso em questão, a paciente negou a presença de lesões ou traumatismos prévios.

As principais características histológicas do nevo comedônico incluem invaginações amplas e profundas da epiderme, preenchidas por material córneo<sup>(16)</sup>, como no caso em questão. Podem ser encontrados bulbos capilares, pêlos finos ou pequenos lóbulos de glândulas sebáceas na porção inferior das invaginações<sup>(8,9,12)</sup>.

O nevo comedônico deve ser tratado não apenas por questões cosméticas, mas também para prevenir complicações (infecções com supuração e cicatrizes residuais)<sup>(5)</sup>. As diferentes abordagens terapêuticas incluem retinóides tópicos, agentes ceratolíticos, retinóides

orais, antibioticoterapia, extração manual de comedões, dermoabrasão e ressecção cirúrgica da lesão<sup>(4,8,11)</sup>. A excisão completa da lesão parece ser o tratamento mais adequado<sup>(1,4,5)</sup>. No entanto, sua extensão e sua localização muitas vezes limitam o procedimento, o que faz com que o nevo comedônico se torne um problema terapêutico<sup>(5,6)</sup>. No presente caso, a paciente foi submetida a diversos tratamentos conservadores, sem obter melhoras significativas. A abordagem cirúrgica com excisão completa foi o tratamento de escolha. Além da preocupação em ressecar completamente a lesão, foram tomados cuidados com os aspectos estéticos. No ato da ressecção, preservou-se a forma do cone mamário. Foi realizada ancoragem do retalho epigástrico na aponeurose do músculo grande peitoral, quando do fechamento da área de ressecção, para evitar a tração sobre o cone mamário.

## BIBLIOGRAFIA

Vide págs. 10 e 11.