

Artigo Original

Autores:

Andréa Santos Soares¹
 Ana Paula Dornelles Manzoni²
 Carla Daniele Amorim de Souza³
 Magda Blessmann Weber⁴
 Tatiane Watanabe¹
 Leandra Camini⁵

¹ Dermatologista, Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

² Doutora, preceptora do Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Médica, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁴ Doutora, professora adjunta do Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁵ Dermatologista, preceptora do Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

Correspondência para:

Andréa Santos Soares
 Rua Ogê Fortkamp, 111, apto 301
 Bloco A - 88036-610 -
 Florianópolis-SC
E-mail: dea.ss@hotmail.com

Data de recebimento: 30/05/2016

Data de aprovação: 26/08/2016

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum

Conflito de Interesses: Nenhum

Ensaio clínico randomizado sobre a análise comparativa entre excisão de nevos melanocitos intradérmicos por shaving versus excisão em elipse e sutura

Comparative analysis between sutured elliptical excision and shaving of intradermal melanocytic nevi: a Randomized Clinical Trial

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201684902>

RESUMO

Introdução: apesar de os nevos melanocíticos intradérmicos serem lesões benignas, muitos pacientes recorrem ao dermatologista para sua exérese. Entretanto, não existem estudos sobre o melhor método para esse procedimento.

Objetivo: comparar em ensaio clínico randomizado a exérese de nevos melanocíticos intradérmicos na face, por shaving e excisão em elipse com sutura

Métodos: foram selecionados pacientes com nevos melanocíticos intradérmicos na face para os dois métodos, randomicamente. Os resultados foram descritos quanto à satisfação do paciente e aos registros fotográficos avaliados por médico cegado.

Resultados: 18 pacientes foram submetidos à exérese de nevos melanocíticos intradérmicos. A média de tamanho da cicatriz após seis meses foi de 8,11mm para as lesões excisadas por fuso e de 2,92mm para as por shaving ($p < 0,05$). A média da nota dos pacientes após seis meses foi 9,67 (fuso) e 9,57 (shaving) ($p = 0,8$). A média pelo médico cegado foi 7,78 (fuso) e 7,86 (shaving) ($p = 0,91$). Ocorreu recidiva da lesão em 28,6% dos pacientes submetidos ao shaving.

Conclusões: As duas formas de excisão se equivalem quanto à satisfação do paciente e nota dada pela equipe médica quanto aos resultados estéticos da cicatriz. Contudo, a exérese por fuso tem a vantagem de apresentar menor índice de recidiva.

Palavras-chave: nevo intradérmico; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; pele; terapêutica

ABSTRACT

Introduction: Although the intradermal melanocytic nevi are benign lesions, many patients seek for dermatologists for their excision. However, there are no studies about the best method for this procedure.

Objective: To compare in a randomized clinical trial the excision of intradermal melanocytic nevi in the face for shaving and elliptical excision with suture

Methods: Patients with intradermal melanocytic nevi on the face were selected for removal by shaving or ellipse, randomly. The results were described regarding patient satisfaction and photographic records evaluated by a blinded physician.

Results: 18 patients underwent excision of intradermal melanocytic nevi. The mean scar size after six months of the procedure was of 8,11mm for the excision in ellipse and 2,92mm for the shaving ($p < 0.05$). The mean score of the patients after six months was 9.67 (ellipse) and 9.57 (shaving) ($p = 0.8$). The mean by the blinded physician was of 7.78 (ellipse) and 7.86 (shaving) ($p = 0.91$). 28.6% of patients undergoing shaving had recurrence of the nevus.

Conclusions: The two forms of excision are equivalent concerning patients satisfaction and the judgment of medical team about the aesthetic results of the scar. However, ellipse with suture excision has the advantage of having a lower relapse.

Keywords: nevus, intradermal; ambulatory surgical procedures; skin; therapeutics

INTRODUÇÃO

Nevos melanocíticos adquiridos são lesões benignas originadas dos melanócitos, podendo ser classificados como nevos melanocíticos juncionais, compostos ou intradérmicos.^{1,2} A diminuição progressiva da velocidade de crescimento e o aparecimento da diferenciação das células nos nevos melanocíticos dão a característica benigna às lesões, que em geral, são sólidas e podem variar de tamanho.¹

Os nevos melanocíticos intradérmicos (NMI) são nevos com pouca ou nenhuma presença de proliferação melanocítica na epiderme, sendo sua principal característica a presença de células névicas dispostas em grupos na porção dérmica.¹ As células que se dispõem mais profundamente na derme tendem a assumir morfologia neuroide ou fibroblástica e perdem a capacidade de sintetizar melanina, fazendo com que a maioria dos NMI seja clinicamente não pigmentada.¹ O diagnóstico de NMI é habitualmente clínico, e seu risco de malignização é baixo.¹ Ao exame, as lesões se apresentam papulosas, normocrômicas ou pouco pigmentadas,^{1,2} sendo mais comumente encontradas na face. Podem estar presentes telanectasias e pelos terminais.¹ O diagnóstico diferencial dos NMI inclui dermatofibromas, neurofibromas, pólipos fibroepiteliais, e carcinomas basocelulares, entre outros registros.²

A exérese dos NMI é indicada quando há alterações clínicas ou dermatoscópicas comprovadas e aparência atípica da lesão, mas são mais frequentemente excisados por razões cosméticas ou traumas locais repetidos.²

Atualmente não há consenso sobre a melhor forma de exérese do NMI, ficando sob decisão do dermatologista utilizar *shaving* ou excisão em elipse seguida de sutura.

Shaving ou saucerização é a retirada da lesão cortando sua base paralelamente à pele, utilizando-se lâmina de bisturi ou tesoura. A excisão elíptica é o procedimento que consiste na exérese da pele em forma de elipse em torno da lesão. Permite a retirada da totalidade das camadas da pele até a hipoderme e necessita sutura. O objetivo deste estudo foi comparar os dois procedimentos em relação à satisfação dos pacientes e dos dermatologistas quanto aos resultados estéticos, e ao risco de recidiva da lesão.

MÉTODOS

Foi realizado ensaio clínico randomizado comparativo, cego para um observador, no Serviço de Dermatologia da Uni-

versidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre (UF-CSPA), incluindo 18 pacientes com diagnóstico clínico de NMI na face, entre agosto de 2014 e junho de 2015. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da UFCSPA e do Centro de Saúde Santa Marta.

Foram selecionados pacientes de ambos os sexos, portadores de nevos intradérmicos diagnosticados pelas manifestações clínicas clássicas (lesão melanocítica normocrômica e papulosa) e dermatoscópicas (glóbulos focalmente localizados ou estruturas semelhantes a glóbulos; áreas esbranquiçadas sem estrutura e vasos lineares finos ou em forma de vírgula), localizados na face, que corresponde à área de maior prevalência dos NMI. Os pacientes tinham entre 18 e 80 anos, fototipo I a IV pela classificação de Fitzpatrick (Quadro 1) e aceitaram participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os pacientes cujos nevos haviam sido submetidos a procedimentos prévios, pacientes com doenças clínicas sem diagnóstico ou mal controladas (por exemplo, diabetes, tireoidites, hipertensão), história prévia de queloide, uso de medicações que alterassem a cicatrização (por exemplo, isotretinoína e imunossupressores). Foram excluídos, também, pacientes que após a realização da exérese da lesão não seguiram o cronograma de avaliações ou que a histologia não confirmou o diagnóstico clínico.

Os pacientes, por ordem de inclusão no estudo, foram alternadamente selecionados para realização do *shaving* ou da exérese seguida por sutura. As lesões randomizadas para exérese por elipse, seguindo as linhas de melhor incisão, e sutura foram demarcadas com o objetivo de manter ângulo de 30° nas bordas das elipses, delimitando a medida para o comprimento equivalente a três vezes a medida para a largura e mantendo margem de um a 3mm do nevo intradérmico. Foi realizada sutura com pontos simples separados, sendo utilizado o fio de náilon 6/0. Foram feitas aplicação de micropore no local da sutura e orientação para retirada após 24 horas e higienização delicada uma vez ao dia com água até a retirada dos pontos, no próprio serviço, em sete dias de pós-operatório. As lesões randomizadas para exérese por *shaving* foram excisadas por meio de incisão na base da lesão paralelamente à pele, com uso de lâmina de bisturi número 15. A hemostasia foi realizada somente com compressão local. Foram feitas aplicação de micropore no local e orientação para retirada



FIGURA 1: Nevo melanocítico intradérmico em região de mento, antes e depois de exérese realizada por *shaving*



FIGURA 2: Nevo melanocítico intradérmico na região de sulco nasogeniano, antes (A) e depois de exérese realizada por shaving (B e C)



FIGURA 3: Nevo melanocítico intradérmico na região de sulco nasogeniano, antes e depois de exérese realizada por elipse e sutura

QUADRO 1: Classificação de Fitzpatrick da pele	
Fototipo cutâneo	Reação cutânea à R-UV
I	Sempre queima
II	Nunca bronzeia
III	Queima facilmente
IV	Bronzeia minimamente
V	Queima moderadamente
VI	Bronzeia moderadamente
	Queima minimamente
	Bronzeia facilmente
	Raramente queima
	Bronzeia fácil e substancialmente
	Quase nunca queima
	Bronzeia pronta e intensamente

Fonte: Consenso Brasileiro de Fotoproteção 2014.³

após 24 horas e higienização delicada uma vez ao dia com água. Todos os procedimentos cirúrgicos e as orientações aos pacientes foram realizados pelo mesmo cirurgião dermatológico em todas as visitas.

Em relação ao acompanhamento dos pacientes, os mesmos foram contatados após 48 horas da realização dos proce-

dimentos para a classificação do desconforto após a exérese. A classificação foi baseada em uma escala analógica de dor graduada de “0” (sem desconforto) até “10” (desconforto insuportável), sendo que os pacientes foram orientados quanto ao fato de que “desconforto” inclui a presença de dor, sangramento, restrição de movimentos, dificuldade para dormir.

Os pacientes retornaram ao Ambulatório de Dermatologia da UFCSPA após três e seis meses do procedimento para avaliação do pós-operatório e realização de fotografias da cicatriz cirúrgica. As fotografias antes e após o procedimento foram realizadas de modo padronizado em relação ao ambiente, incidência das luzes, câmara fotográfica e fotógrafo, sendo a lesão medida em milímetros antes do procedimento e em todas as visitas subsequentes. Todos os pacientes foram orientados a utilizar fotoprotetor com fator de proteção solar igual ou maior que 30, repassado a cada quatro horas, além de proteção física durante pelo menos seis meses.

Em relação à análise estatística, os dados qualitativos foram apresentados por frequência e percentual, e os dados quantitativos, por média e desvio-padrão, quando normalmente distribuídos e, mediana e amplitude interquartil, quando não. A normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. As



FIGURA 4: Nevo melanocítico intradérmico na região de supercílio, antes e depois de exérese realizada por elipse e sutura

comparações dos diferentes tipos de tratamento, com as variáveis qualitativas, foram realizadas pelo teste exato de Fisher, e com as variáveis quantitativas normalmente distribuídas, pelo teste t de Student e teste de Mann-Whitney, quando a normalidade não foi atendida. As comparações entre as avaliações do paciente e do médico foram analisadas pelo teste t de Student, de acordo com o momento e o tratamento. Os dados foram armazenados em planilha eletrônica e analisados com auxílio do software SPSS v.21. A significância estatística foi de 5% (p -valor < 0,05).

RESULTADOS

Foram submetidos à exérese de NMI 18 pacientes com lesões na face. A análise histopatológica revelou os seguintes diagnósticos: nevos melanocíticos intradérmicos (16 casos – 88,9% da amostra); nevo melanocítico composto (um caso) e hemangioma (um caso). Assim, 11,5% das lesões faciais tiveram diagnóstico histológico discordante do diagnóstico clínico. Esses pacientes foram excluídos do estudo.

A amostra analisada foi de 16 pacientes (dois homens e 14 mulheres). O perfil dos pacientes incluídos no estudo está descrito na tabela 1, demonstrando a homogeneidade da amostra quanto a idade, sexo e fototipo. O seguimento dos pacientes foi de até seis meses.

O tamanho médio dos NMI estudados foi de 3,94mm para os excisados por fusão e de 3,92mm para os excisados por *shaving*, sendo a amostra homogênea dentro de todos os grupos descritos (Tabela 1).

A média de tamanho da cicatriz após seis meses foi de 8,11mm para as lesões excisadas por fusão e de 2,92mm para as lesões excisadas por *shaving* ($p < 0,05$), conforme tabela 2. Na avaliação realizada seis meses após o procedimento, a média da nota referida pelos pacientes em relação ao resultado final do procedimento foi de 9,67 para os pacientes submetidos à exérese por fusão e de 9,57 para os pacientes submetidos à exérese por *shaving* ($p = 0,8$). Em relação à avaliação realizada pelo médico cego para os procedimentos, a média da nota em relação ao resultado final do procedimento foi de 7,78 para os pacientes submetidos à exérese por fusão e de 7,86 para os pacientes submetidos à exérese por *shaving* ($p = 0,91$) (Tabela 3).

Apenas dois pacientes referiram desconforto depois do procedimento (nota 1 na escala de 0 a 10), sendo um deles do

grupo submetido à exérese por fusão e o outro do grupo submetido ao *shaving* (Tabela 2).

Nenhum paciente desenvolveu cicatriz hipertrófica ou quelóide durante o tempo avaliado após a realização do procedimento. Em relação à recidiva da lesão após a realização do procedimento, nenhum paciente submetido à exérese por fusão teve recidiva da lesão, entretanto 28,6% dos submetidos à exérese de lesão por *shaving* no mesmo grupo tiveram recidiva (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Não existe literatura científica que compare efetivamente qual a melhor opção de tratamento para nevos melanocíticos intradérmicos. Alguns estudos avaliam o tempo de cicatrização, sangramento e infecção, porém não existem estudos comparativos quanto às técnicas de *shaving* e exérese por fusão e sutura.

A análise histopatológica no estudo revelou que 88,9% das lesões excisadas eram NMI como diagnosticado clinicamente. Os casos discordantes foram um nevo melanocítico composto e um hemangioma. Esse fato mostra alto nível de concordância entre a histopatologia e as manifestações clínicas de NMI, entretanto deixa o alerta para que todas as lesões excisadas sejam submetidas ao exame histológico. No presente estudo todas as lesões discordantes eram benignas, mas não podemos esquecer de diagnósticos diferenciais como melanoma amelanótico e o carcinoma basocelular.^{2,4}

No presente estudo, as cicatrizes das lesões excisadas por *shaving* foram significativamente menores do que as excisadas por fusão (Figuras 1 e 2) e até menores do que a lesão previamente ao procedimento (Figuras 3 e 4) ($p < 0,05$). Os resultados encontrados corroboram os achados da literatura, que afirmam que aproximadamente 45% dos nevos excisados pela técnica de *shaving* na face ficam com cicatrizes menores do que o nevo original.¹ Possivelmente, a diminuição da cicatriz em relação à lesão névica inicial, após *shaving*, se dá pela retração cicatricial dos tecidos. Já a técnica por fusão exige que o comprimento da peça cirúrgica seja cerca de três vezes maior do que o nevo, o que condiciona aumento da cicatriz relativo a essa técnica.¹

Todos os pacientes incluídos no estudo (dos dois grupos) ficaram muito satisfeitos com o resultado dos procedimentos. A nota média de satisfação dos pacientes entre a retirada por *shaving* ou exérese e sutura teve pequena diferença, com maior

TABELA 1: Caracterização da amostra

Variáveis	Face		p-valor
	Fuso (n = 9)	Shaving (n = 7)	
Idade, média ± DP	53,22 ± 9,42	49,29 ± 8,99	0,412#
Sexo, n (%)			> 0,999*
Feminino	8 (88,9)	6 (85,7)	
Masculino	1 (11,1)	1 (14,3)	
Fototipo, n (%)			> 0,999*
2	6 (66,7)	4 (57,1)	
3	3 (33,3)	(42,9)	
Tamanho do nevo (mm), média ± DP	3,94 ± 0,88	3,93 ± 1,24	0,976#

DP: Desvio-padrão; # Teste t; * Teste exato de Fisher

TABELA 2: Comparação

Variáveis	Fuso	Shaving	p-valor
Cicatriz hipertrófica/ queloide, n (%)			-
Sim	-	-	
Não	9 (100)	7 (100)	
Recidiva, n (%)			0,175*
Sim	-	2 (28,6)	
Não	9 (100)	5 (71,4)	
Tamanho cicatriz após 3 meses, média ± DP	8,11 ± 2,72	3,00 ± 1,83	0,001#
Tamanho cicatriz após 6 meses, média±DP	8,11 ± 2,62	2,93 ± 1,79	0,001#
Dor, mediana [25%;75%]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	0,854##

DP: Desvio-padrão; # Teste t; ## Teste Mann-Whitney;

* Teste Exato de Fisher; - Teste não calculado

satisfação com a exérese por fuso em relação ao *shaving*, mas sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,8$). Lee *et al.* também demonstraram em seu estudo significativo índice de satisfação dos pacientes com NMI retirados por *shaving*.⁵

Neste estudo, nenhum paciente desenvolveu cicatriz hipertrófica ou queiloide durante o período do acompanhamento. Esse fato pode ser decorrente da seleção de pacientes de fototipos mais baixos (II e III) e do pequeno tamanho da amostra estudada.⁶

TABELA 3: Avaliações quanto à satisfação do paciente e do médico

Avaliador	Período	Face		p-valor
		Fuso	Shaving	
Paciente	3meses	9,89 ± 0,33§	9,57 ± 0,79§	0,348#
	6meses	9,67 ± 0,71§	9,57 ± 0,79§	0,803#
Médico	3meses	7,33 ± 1,00	7,29 ± 1,89	0,949#
	6meses	7,78 ± 1,48	7,86 ± 1,57	0,919#

Teste t; - Teste não calculado; § Diferença significativa em relação à avaliação do médico para o mesmo período avaliado ($p < 0,05$; teste t de Student)

Foi observado baixo índice de recorrência nas lesões excisadas na face por *shaving*. Sabidamente a excisão mais superficial do *shaving* aumenta o risco de recidiva do nevo quando comparada com a excisão até a hipoderme seguida de sutura. Porém, o motivo real da ocorrência da recidiva e sua correlação com a técnica utilizada necessitam ser melhor estudados.

CONCLUSÃO

Concluímos que as duas formas de excisão se equivalem quanto à satisfação do paciente e à nota dada pela equipe médica quanto aos resultados estéticos da cicatriz. Contudo, a exérese por fuso tem a vantagem de apresentar menor índice de recidiva. Apesar dos resultados obtidos, ainda são necessários mais estudos, para consolidar as informações encontradas. ●

REFERÊNCIAS

- Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Rook's Textbook of Dermatology. 8th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
- Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatology. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
- Schalka S, Steiner D, Ravelli FN, Steiner T, Terena AC, Marçon CR, et al. Consenso Brasileiro de Fotoproteção. An Bras Dermatol. 2014;89(6 Suppl 1):S6-75.
- Arjona-Aguilera C, Gil-Jassogne C, Jiménez-Gallo D, Albarrán-Planelles C. Intradermal Melanoma Associated With an Intradermal Melanocytic Nevus. Actas Dermosifiliogr. 2015;106(9):776-7.
- Lee JM, Lee H, Lee TE, Park M, Baek S. Second intention healing after shave excision of benign tumors on the lid margin. Ann Dermatol. 2011;23(4):463-7.