

11211  
2ej.  
15

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S.

NEVO CONGENITO GIGANTE

UN NUEVO PROCEDIMIENTO EN EL TRATAMIENTO

TESIS PROFESIONAL

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACION CIENTIFICA

MEXICO, D.F.

DRA. GRISEL MAYEN SILVA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
ANTECEDENTES .....	2
ORIGEN EMBRIOLOGICO .....	3
FRECUENCIA .....	4
CLASIFICACION .....	7
CUADRO CLINICO .....	9
CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS .....	11
ANOMALIAS ASOCIADAS A NEVO CONGENITO GIGANTE .....	12
DIAGNOSTICO DEFERENCIAL .....	14
FRECUENCIA DE MALIGNIZACION .....	17
CAUSAS DE MALIGNIZACION .....	19
TRATAMIENTO .....	20
EXPANSION TISULAR .....	22
DISEÑO Y RESULTADOS DE TRABAJO .....	26
CONCLUSIONES.....	33
BIBLIOGRAFIA .....	34

## UN NUEVO PROCEDIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DEL NEVO CONGENITO GIGANTE

### INTRODUCCION

EL TÉRMINO DE NEVO CONGÉNITO GIGANTE ( NGC ), TAMBIÉN CONOCIDO COMO NEVO PILOSO CONGÉNITO, NEVO EN CALZÓN DE BAÑO, ES APLICADO AL NEVO CONGÉNITO PIGMENTADO QUE CUBRE GRANDES ÁREAS DE SUPERFICIE EN LA PIEL; ES UNA ENTIDAD QUE REPRESENTA UN VERDADERO RETO PARA EL CIRUJANO PLÁSTICO YA QUE SON LESIONES DE GRAN TAMAÑO QUE NO PERMITEN SU RESECCIÓN COMPLETA Y EL CIERRE PRIMARIO DIRECTO. (1)

## ANTECEDENTES

HEUER EN 1917 REALIZA LA PRIMERA PUBLICACIÓN DEL NCG Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNDROME DE VON RECKLINGHAUSEN, CONWAY EN 1939 REALIZA UNA REVISIÓN DE NEVOS EN CALZÓN DE BAÑO Y A PARTIR DE 1961 PACK, GREELEY, REED Y KAPLAN PUBLICAN EL RIESGO DE TRANSFORMACIÓN MALIGNA DE LOS NEVOS CONGÉNITOS GIGANTES (2).

## ORIGEN EMBRIOLOGICO

DE ACUERDO A LAS REVISIONES REALIZADAS POR STOUT, LOS MELANOCITOS SE ORIGINAN DE LA CRESTA NEURAL, DE ALLÍ SU ASOCIACIÓN CON LOS NEUROFIBROMAS QUE PROVIENEN DE LAS CÉLULAS DE SCHWANN Y A SU VEZ DE LA CRESTA NEURAL. CERCA DE UNA CUARTA PARTE DE TODOS LOS NEVOS CONGÉNITOS GIGANTES CONTIENEN ELEMENTOS NEUROIDES Y SCHWANNOIDES SE TIÑEN POSITIVAMENTE A LA ACCIÓN DE COLINESTERASA Y CONTIENEN ABUNDANTES MASTOCITOS.

## FRECUENCIA

LA PREVALENCIA DEL NEVO CONGÉNITO GIGANTE ES DESCONOCIDA, PERO SEGÚN REPORTES DE ALPERT (3) LA FRECUENCIA ES DE MENOS DE UNO POR CADA MIL NACIMIENTOS. UNA ESTADÍSTICA BIEN DOCUMENTADA HASTA EL MOMENTO NO HA SIDO REPORTADA EN CUANTO AL PREDOMINIO DE RAZA Y SEXO.

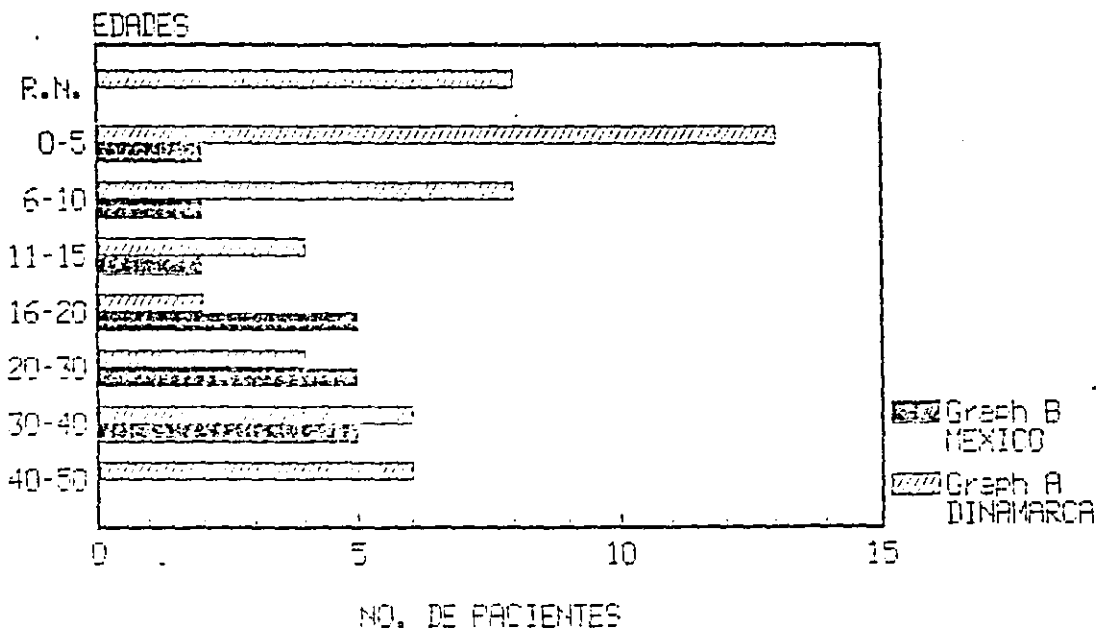
EN NUESTRO SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA SE DETECTARON 14 CASOS DE NEVO CONGÉNITO GIGANTE EN UN PERIÓDO DE 3 AÑOS (1985 A 1988), DE LOS CUALES 12 PACIENTES PERTENECIERON AL SEXO FEMENINO Y DOS AL MASCULINO. LAS EDADES EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO OSCILARON ENTRE 1 A 34 AÑOS CON EDAD PROMEDIO DE 15 AÑOS.

LOS SITIOS MÁ S FRECUENTES DE LOCALIZACIÓN FUERON: MIEMBRO SUPERIOR, SEGUIDO DE MIEMBROS INFERIORES, NALGAS, CARA, CABEZA Y TRONCO.

EN LA FIGURA No. 1 SE MUESTRA UNA GRÁFICA COMPARATIVA ENTRE EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO Y EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE COPENAGUE, DEMOSTRÁNDOSE LA FRECUENCIA DE EDAD Y SEXO, EN AMBOS SERVICIOS. SE APRECIA QUE EXISTE UNA PREDOMINANCIA EN EL SEXO FEMENINO QUE EN EL MASCULINO CON UNA RELACIÓN APROXIMADA DE 48:34.

EN LA SEGUNDA GRÁFICA, SE DEMUESTRA LA DISTRIBUCIÓN POR EDADES Y SEXO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO ÚNICAMENTE, ENCONTRÁNDOSE UNA MAYOR PROPORCIÓN DE PRESENTACIÓN DEL NCG EN EL SEXO FEMENINO DIAGNOSTICÁNDOSE MÁS FRECUENTEMENTE ENTRE LOS 11 Y 15 AÑOS DE EDAD.

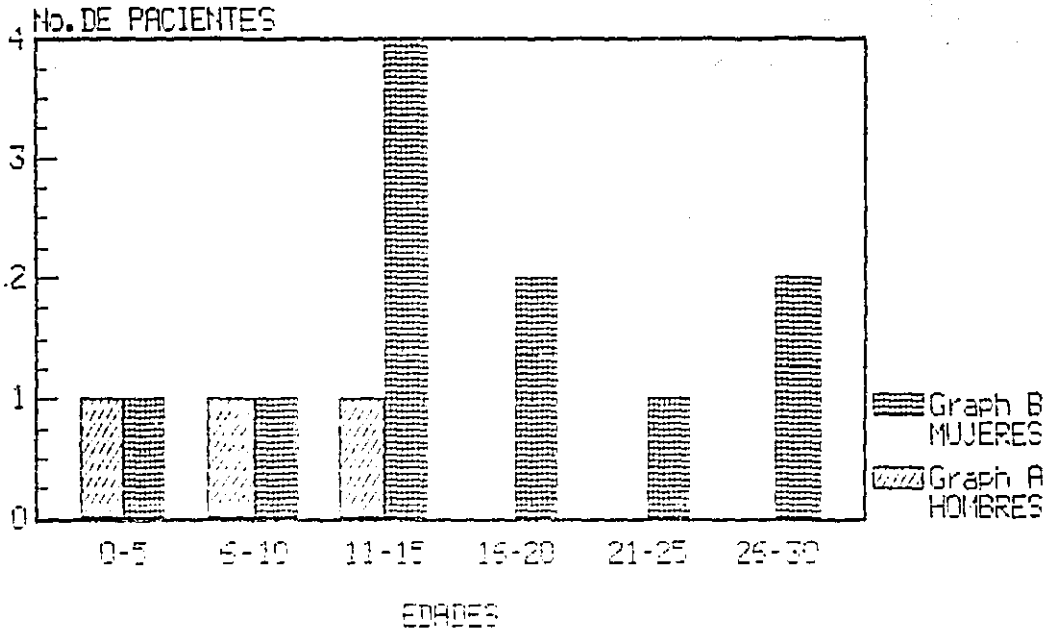
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DEL N.C.G.  
MEXICO Y DINAMARCA



GRAFICA No. 1



DISTRIBUCION POR  
EIDADES Y SEXO



GRAFICA No. 2

## CLASIFICACION

KOFT PROPONE EN 1979 UNA CLASIFICACIÓN DEL NEVO CONGÉNITO:

NEVO GRANDE:	TAMAÑO DE + 20CM.
NEVO MEDIANO:	DE 1.4 A 20 CM
NEVO PEQUEÑO:	MENOR DE 1.4 CM.

RHODES EN 1981 SUGIERE QUE PARA CATALOGAR A UN NEVO GIGANTE DEBE TENER LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: SI SE LOCALIZA EN CUELLO O CARA DEBE MEDIR EL TAMAÑO DE LA PALMA DEL PACIENTE Y SI SE LOCALIZA EN OTRA ÁREA DEBE SER DEL DOBLE DE LA PALMA: MIENTRAS QUE QUOABA REFIERE QUE DEBE DE SER MÁS DE 10 CM DE TAMAÑO, PARA CONSIDERARLO COMO NEVO GIGANTE.

PERO SE HA ACEPTADO QUE UN NEVO GIGANTE ES AQUEL QUE NO PUEDA SER RESECADO COMPLETAMENTE Y PUEDA CERRARSE PRIMARIAMENTE AL DEFECTO.

POR LO TANTO NO HAY UN ACUERDO EN GENERAL PARA DEFINIR UN NEVO GIGANTE, ES POR ELLO QUE CADA AUTOR UTILIZA SU PROPIA CLASIFICACIÓN (4).

EN SEGUIDA SE APRECIA OBJETIVAMENTE UN NEVO CONGÉNITO GIGANTE LOCALIZADO EN LA MEJILLA IZQUIERDA DE UN PACIENTE MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD, CUYO TAMAÑO ERA SUPERIOR A 10 CM DE LONGITUD, Y SIMILAR AL TAMAÑO DE SU PALMA. FOTO No. 1.



FOTO No.1  
NEVO. CONGÉNITO EN MEJILLA IZQUIERDA

## CUADRO CLINICO

EL NEVO CONGÉNITO GIGANTE FRECUENTEMENTE DESCANSA EN LA DISTRIBUCIÓN DE UN DERMATOMA, ES POR ESTA RAZÓN QUE CUBRE GRANDES ÁREAS DEL DORSO, HOMBRO, NALGAS, ETC.

SON LESIONES PIGMENTADAS EXTENSAS, OVALES, CIRCULARES, IRREGULARES, CON PROYECCIONES PAPILOMATOSAS PEQUEÑAS QUE CUBREN LA SUPERFICIE ENTERA DE LA PIEL, CON LA PRESENCIA DE NODULOS Y EXCRECENCIAS VERRUGOSAS LLEGANDO A MANIFESTAR CIRCUNVOLUCIONES EN LA PIEL CABELLUDA; ÉSTA APARIENCIA CEREBRIFORME A MENUDO ES CONFUNDIDA CON CUTIS VERTICIS GYRATA. EL COLOR VARÍA DE AMARILLO, CAFÉ Y NEGRO, LA INTENSIDAD SE INCREMENTA DURANTE LA INFANCIA PARA DISMINUIR DESPUÉS DE LA ADOLESCENCIA.

EL NEVO PUEDE POSEER O NO PELO, SIENDO ÉSTE OSCURO, NUMEROSO Y GRUESO DURANTE LA NIÑEZ TARDÍA.

EN SEGUIDA SE APRECIA UN NEVO CONGÉNITO GIGANTE LOCALIZADO EN ABDOMEN, MIEMBROS INFERIORES EN "CALZÓN DE BAÑO" EN UN PACIENTE MASCULINO DE 9 AÑOS DE EDAD. (FOTO No. 2).



NEVO EN "CALZÓN DE BAÑO "

FOTO No. 2

## CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS<sup>11</sup>

LOS CORTES DE UN NEVO GIGANTE DEMUESTRAN NUMEROSOS MELANOCITOS DISPUESTOS EN DOS PATRONES HISTOLÓGICOS PRINCIPALES. POR UN LADO LOS MELANOCITOS TIENEN CARACTERÍSTICAS TÍPICAS VISTAS DE UN NEVO COMPUESTO Y UN NEVO INTRADÉRMICO Y POR OTRO LADO LAS DE UN NEVO INTRADÉRMICO CON ESTRUCTURAS NEURALES.

AMBOS PATRONES PUEDEN SER VISTOS EN EL NEVO AZUL.

KAPLAN POR OTRO LADO INCLUYE AL NEVO DE UNIÓN COMO PATRÓN HISTOLÓGICO (5).

LAS ESTRUCTURAS NODULARES DEL NCG TIENEN CARACTERÍSTICAS DEL MELANOCITOMA COMPUESTO (MELANOMA JUVENIL).

CUANDO EL NEVO GIGANTE INVOLUCRA LAS LEPTOMENINGES, EL EXÁMEN MICROSCÓPICO REVELA MELANOCITOSIS LEPTOMENÍNGEA.

EXAMENES HISTOLÓGICOS EFECTUADOS POR SOLOMON (1) DEMUESTRA HIPERQUERATOSIS FOLICULAR, TELANGIECTASIA EN LA DERMIS SUPERFICIAL Y PROFUNDA, LAS CÉLULAS ESPINOSAS DISPUESTAS IRREGULARMENTE EN FORMA PARALELA A LAS FIBRAS DE COLÁGENA.

## ANOMALIAS ASOCIADAS A NEVO CONGENITO GIGANTE

HASTA EL MOMENTO ACTUAL, HAN HABIDO POCAS PUBLICACIONES EN RELACIÓN A LOS TRASTORNOS ASOCIADOS A NCG, SIENDO DE LAS MÁS COMUNES LA ESPINA BÍFIDA, LIPOMAS Y FIBROMAS. (6) LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE NEVO CONGÉNITO GIGANTE Y MELANOCITOSIS LEPTOMENÍNGEA CONSTITUYE UN DATO PARTICULARMENTE IMPORTANTE.

LAS MENÍNGES COMO LOS MELANOCITOS, TIENEN EL MISMO ORIGEN EMBRIOLÓGICO (CRESTA NEURAL) Y ES DE ESPERAR QUE LA PIEL Y LAS MENÍNGES POSEAN MELANOCITOS HAMARTOMATOSOS O NEVOCITOS.

CUANDO EL NEVO INVOLUCRA CABEZA Y CUELLO PUEDEN ENCONTRARSE MELANOCITOS BENIGNOS EN LAS MENÍNGES.

EL " NEVO MENÍNGEO BENIGNO " IMPIDE LA ABSORCIÓN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO Y DAR ORIGEN A UN HIDROCÉFALO COMUNICANTE Y CRISIS CONVULSIVAS. ADEMÁS LA DEGENERACIÓN MALIGNA PUEDE OCURRIR EN LA MELANOCITOSIS MENÍNGEA (5)

POR LAS CARACTERÍSTICAS NEUROIDES DEL NEVO GIGANTE Y MORFOLOGÍA CLÍNICA, EN OCASIONES ES SIMILAR A UN NEUROFIBROMA, SIN EMBARGO DAS GUPTA EN 1977 REPORTA UNA ASOCIACIÓN HASTA UN 5% CON EL SÍNDROME DE VON RECKLINGHAUSEN (1)

SOLOMON PUBLICA EL CASO DE UN INDIVIDUO DE 49 AÑOS DE EDAD CON UN NCG LOCALIZADO EN ABDOMEN Y MIEMBROS INFERIORES.

AUNADO A UNA ASIMETRÍA FACIAL, MAXILA EDENTULA, PALADAR ALTO, LENGUAJE NASAL Y RETARDO MENTAL APARENTE.

TAMBIEN SE HAN REPORTADO ANOMALÍAS EN MSIS COMO EL CLUB-FOOT. (6)

EN SEGUIDA SE APRECIA EL CASO DE UN PACIENTE DEL SEXO FEMENINO CON UN NCG LOCALIZADO PREDOMINANTEMENTE EN EL GLÚTEO DERECHO CON ASOCIACIÓN AL SÍNDROME DE VON RECKLINGHAUSEN. (FOTO No. 3)





## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

EL DIAGNÓSTICO DE NCG ES INFALIBLE, TENIENDO SIEMPRE EN CUENTA SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS QUE EN SU OPORTUNIDAD SE DESGLOSARON.

PERO ES DE PARTICULAR INTERÉS EL CONOCER OTRAS ENTIDADES ADQUIRIDAS Y DIFERENCIARLAS DE UN NCG.

**NEUROFIBROMAS:** SON TUMORES CUTÁNEOS LOCALIZADOS EN LA DERMIS QUE VARÍAN DE UNOS MILÍMETROS A VARIOS CENTÍMETROS, SON SÉSILES, PEDICULADOS O APLANADOS, DE CONSISTENCIA BLANDA, DEPRESIBLES. SE INICIAN EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA, AUMENTAN GRADUALMENTE DE TAMAÑO Y NÚMERO. PREDOMINAN EN TRONCO Y EXTREMIDADES. CARACTERÍSTICAMENTE SE ENCUENTRA LA PRESENCIA DE MANCHAS OVALES CAFÉ CON LECHE (6).

### NEVO AZUL - JADASSOHN -

ES UNA MELANOCITOSIS FOCAL DERMICA PIGMENTADA DE COMPORTAMIENTO BENIGNO CUYO TAMAÑO VARÍA DE .5 A 4 CM, DE PROYECCIÓN ELEVADA, DE BORDES REGULARES, DE LENTA EVOLUCIÓN, QUE APARECE DURANTE LA INFANCIA, DE COLORACIÓN AZUL OSCURA Y SU LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE ES CABEZA, CUELLO Y ANTEBRAZOS ( 6,7 )

HISTOLÓGICAMENTE SE APRECIA UN ACÚMULO DE MELANINA CON MELANOCITOS O MELANÓFAGOS AISLADOS. LAS CÉLULAS SON

NUMEROSAS CON 2 O MÁS NÚCLEOS OVALES CON CROMATINA GRANULAR DENSA Y PROLONGACIONES DENDRÍTICAS BIPOLARES. (14)(6,7)

#### NEVO DE SPITZ ALLEN - MELANOMA MALIGNO JUVENIL -

ESTAS LESIONES SE ENCUENTRAN EN ETAPAS PREPUBERALES, PERO SIN EMBARGO SE HA REPORTADO UNA FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE UN 40% EN ADULTOS. EL TAMAÑO VARÍA DE .5 A 2CM CON UN AMPLIO GRADO DE COLORES. ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE EL NEVO DE SPITZ SEMEJA UN MELANOMA MALIGNO, PERO SU COMPORTAMIENTO ES SIEMPRE BENIGNO.

EL DR. ANDRADE DERMATÓLOGO DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO ENLOBA LAS CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS MÁS SOBRESALIENTES;

1. LAS CÉLULAS NÉVICAS ESTÁN PRESENTE EN LA INTERFASE DEB MOEPIDERMICO.
2. LA ZONA AFECTADA ES SUPERFICIAL
3. LAS CÉLULAS NÉVICAS SON GRANDES CON CITOPLASMA ACIDOFÍLICO .
4. LAS CÉLULAS NÉVICAS SON MULTINUCLEARES
5. EL PIGMENTO ES ESPARCIDO
6. HAY INFILTRACIÓN INFLAMATORIA CRÓNICA
7. LAS CÉLULAS NÉVICAS SON FUSIFORMES O POLIGONALES
8. SE APRECIA EDEMA Y TELAGIECTASIA. ( 6,7,14)

#### MELANOMA MALIGNO

ES UN TUMOR PREDOMINANTE DEL ADULTO Y EXTRAORDINARIAMENTE RARO EN LA INFANCIA, SON DE COLOR NEGRO O AZULOSO, DE SUPERFICIE LISA O VEGETANTE, SIENDO LA LOCALIZACIÓN MÁS

FRECUENTE EN LA PLANTA DE LOS PIES, CON ÁREAS DE PIGMENTACIÓN IRREGULARES.

EL DR. ANDRADE REPORTA LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

1. HAY UN MARCADO PLEOMORFISMO CELULAR
2. NÚCLEO BIZARRA
3. NUCLEOLO PROMINENTE
4. CÉLULAS GIGANTES
5. ATIPIA DE LAS FIGURAS MITÓTICAS
6. DESINTEGRACIÓN EPIDÉRMICA POR MIGRACIÓN DE LAS CÉLULAS TUMORALES QUE CONDUCE A LA ULCERACIÓN Y A LA INVASIÓN PROFUNDA. (6,14)

## FRECUENCIA DE MALIGNIZACION

HAN HABIDO NUMEROSOS REPORTES CON VARIACIONES CONSIDERABLES EN LA INCIDENCIA DE MALIGNIZACIÓN DEL NEVO CONGÉNITO GIGANTE.

ENTRE LAS SERIES ENCONTRADAS EN LA LITERATURA, LA SERIE DE PERS ES PROBABLEMENTE LA MÁS SEGURA YA QUE LLEVA A CABO UN ESTUDIO DE LOS NACIMIENTOS REGISTRADOS CON DIAGNÓSTICO DE NCG DURANTE UN PERIÓDO DE 17 AÑOS Y REPORTA UN 11% DE MELANOMA EN EL NCG.

EN LA SIGUIENTE TABLA SE MUESTRA LA REVISIÓN REALIZADA POR CADA UNO DE LOS AUTORES DE MALIGNIZACIÓN DEL NCG: (5)

GREELEY .....	2%
CONWAY .....	10%
PEERS .....	11%
REED .....	31%
BERGFILD.....	42%
OTROS .....	20%

EL DESARROLLO DE UN PROCESO MALIGNO EN UN NCG PUEDE SUCCEDER A CUALQUIER EDAD, SIENDO FALSO QUE UN PACIENTE ADULTO SEA INDEMNE A LA MALIGNIZACIÓN.

CERCA DEL 60% DE LOS MELANOMAS SE DESARROLLAN DURANTE LA PRIMERA DÉCADA DE LA VIDA, OTRO 10% ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA DÉCADA Y EL 30% RESTANTE DESPUÉS DE LOS 20 AÑOS EN ASOCIACIÓN A NCG.

SIN EMBARGO, DETECTAR UN MELANOMA MALIGNO COMO ENTIDAD

ÚNICA DURANTE LA INFANCIA, ES UN FENÓMENO EXTRAORDINA-  
RIAMENTE RARO - CLARCK 1971 - (8,5)

## CAUSAS DE MALIGNIZACION

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

VARIOS FACTORES PUEDEN INFLUIR EN LA MALIGNIZACIÓN DEL NCG:

1. HAY UN INCREMENTO EN EL POTENCIAL MALIGNO EN CIERTOS TIPOS HISTOLÓGICOS DE CÉLULAS NÉVICAS EN EL NCG.
2. EL HARMATOMA QUE CUBRE GRANDES ÁREAS POSEE MAYOR NÚMERO DE MELANOCITOS.
3. LOS MELANOCITOS (NEUROCITOS) EN SITOS ANATÓMICOS ESPECÍFICOS DE LA DERMIS SUPERFICIAL Y PROFUNDA SON MÁS SUCEPTIBLES HACIA LOS CAMBIOS MALIGNOS.
4. TRATAMIENTO NO RADICALES DEL NCG PUEDEN DAR ORIGEN A UNA TRANSFORMACIÓN MALIGNA.
5. LA EXPOSICIÓN A LA LUZ ULTRAVIOLETA Y EL TRAUMA SON FACTORES QUE TAMBIÉN CONTRIBUYEN A SU MALIGNIZACIÓN.  
(5,8,9)

LORENTZEN REALIZA UN ESTUDIO DE 3 PACIENTES CON TRANSFORMACIÓN MALIGNA DEL NCG DEL SEXO FEMENINO Y MÁS DE 30 AÑOS DE EDAD; LOS SITIOS DE LOCALIZACIÓN FUERON: TRONCO, EXTREMIDADES INFERIORES Y NALGAS, SUS MUERTES SE REGISTRATON HASTA 30 AÑOS DESPUÉS DE HABERSE HECHO EL DIAGNÓSTICO DE NCG, POR MELANOMA MALIGNO Y METÁSTASIS A PULMONES, PLEURA HUESOS, GLANGLIOS LINFÁTICOS, HÍGADO Y RIÑONES. (8)

## TRATAMIENTO

LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE LOS PADRES DE LOS PACIENTES O LOS MISMOS PACIENTES SOLICITAN ASISTENCIA MÉDICA SON POR MOTIVOS PSICOLÓGICOS Y COSMÉTICOS.

SE HAN PROPUESTO VARIAS SOLUCIONES HACIA ESTA ENTIDAD, NO TAN SÓLO CON EL AFÁN DE RESOLVER EL PROBLEMA COSMÉTICO, SINO PARA EVITAR EN EL FUTURO SU TRANSFORMACIÓN MALIGNA; POR LO QUE EL TRATAMIENTO TEMPRANO ES IMPRESINDIBLE. (5) Y ES AQUÍ EN QUE EL CIRUJANO PLÁSTICO SE ENFRENTA A UN PROBLEMA ESPECIALMENTE DIFÍCIL POR LAS GRANDES EXTENSIONES QUE INVOLUCRAN LOS NCG.

ES JOHNSON, QUIÉN PROPONE LA DERMABRASIÓN ANTES DE LAS 5 SEMANAS DE EDAD PARA REMOVER LA MAYOR PARTE DE LAS CÉLULAS NÉVICAS Y EVITAR SU MIGRACIÓN A LAS CAPAS MÁS PROFUNDAS DE LA DERMIS. (10)

SE HAN EFECTUADO BIOPSIAS EN LAS ÁREAS DERMABRADIDAS ENCONTRANDO CÉLULAS NÉVICAS RESIDUALES QUE PUEDEN CONDUCIR A LA RECURRENCIA DE LA PIGMENTACIÓN CON POTENCIAL MALIGNO; POR OTRO LADO LOS FOLÍCULOS PILOSOS LOCALIZADOS EN LA DERMIS PROFUNDA NO SON REMOVIDOS MEDIANTE LA DERMABRASIÓN, POR LO QUE ÉSTA ÁREA CONTINÚA HIRSUTA Y DESAGRADABLE.

VILAIN EN 1980, PROPONE LA RESECCIÓN DEL NEVO GIGANTE POR TIRAS, PERMITIENDO LA CICATRIZACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN; ES DECIR, QUE REEMPLAZA LA LESIÓN POR CICATRIZ AUNQUE CON

POBRES RESULTADOS COSMÉTICOS. (10)

MORESTIN EN 1915 ES EL PRIMERO EN SUGERIR LAS RESECCIONES PARCIALES SERIADAS O COMPLETAS, MÁS LA APLICACIÓN DE INJERTOS PARA AQUELLAS LESIONES DEMASIADO GRANDES.

SE DEBERÁ TENER ESPECIAL CUIDADO, EN QUE LA RESECCIÓN SEA HASTA TEJIDO SANO, PARA EVITAR EL DEJAR CÉLULAS NÉVICAS RESIDUALES POR DEBAJO DE UN INJERTO CON POTENCIAL MALIGNO.

KAPLAN, REFIERE QUE SI UN NEVO GIGANTE SE ENCUENTRA LOCALIZADO EN CABEZA, EN DONDE NO HAY UN PROBLEMA COSMÉTICO EVIDENTE Y LOS PADRES NO DESEAN LA RESECCIÓN DEL NEVO, RECOMIENDA BIOPSIARLO.

SI EL ESTUDIO HISTOPATÓLOGICO REPORTA UN NEVO DE UNIÓN, NEURAL O NEVO AZUL, SUGIERE SU RESECCIÓN; Y EN CASO DE SER INTRADÉRMICO NO RECOMIENDA TANTO SU RESECCIÓN, PERO DEBE HACERSE INCAPÍÊ A LOS PADRES QUE SE DESCONOCE EL POTENCIAL MALIGNO. (5).

EL NÚMERO Y SITIO DE LAS BIOPSIAS SON DETERMINADAS POR LA HOMOGENEIDAD Y TAMAÑO DE LA LESIÓN. LAS ÁREAS DE DIFERENTE COLOR, TEXTURA O SINTOMATOLOGÍA SON BIOPSIADAS POR PEQUEÑOS PUNCHES O INCISIONES ELÍPTICAS.

MARCHAC EN 1985 PROPONE EFECTUAR UNA ABDOMINOPLASTÍA PARA REMOVER UN NCG LOCALIZADO EN ABDOMEN, BAJO LA PREMISA DE QUE EL INFANTE POSEE UN EXCESO RELATIVA DE PIEL POR SUS PROPIEDADES EXCELENTES DE ELASTICIDAD, PERMITIENDO ASÍ LA RESECCIÓN DE GRANDES LESIONES Y EL CIERRE PRIMARIO.



SUGIERE ASÍ MISMO QUE EL TRATAMIENTO SEA TAN TEMPRANO COMO EL INFANTE TOLERE LA ANESTESIA GENERAL. (10)

EL OBJETIVO DE ESTE TRABAJO, ES EL DE REALIZAR UN NUEVO PROCEDIMIENTO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON NCG TRATANDO DE OFRECER UNA MEJOR CUBIERTA Y DAR SOLUCIÓN AL PROBLEMA COSMÉTICO.

LA NECESIDAD DE RESTAURAR TEJIDOS HA PROMOVIDO UN SIN NÚMERO DE TÉCNICAS PARA TRANSFERIR UNA CUBIERTA CUTÁNEA HACIA AQUELLAS ÁREAS QUE LO NECESITAN.

LA SUTURA DE LA HERIDA, EL INJERTO CUTÁNEO, COLGAJOS LOCALES, COLGAJOS MIOCUTÁNEOS Y FINALMENTE LOS COLGAJOS LIBRES MICROVACULARES HAN SIDO RECURSOS PARA EL CIRUJANO PLÁSTICO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS.

LA EXPANSIÓN TISULAR DE TEJIDOS BLANDOS PROPORCIONA UNA NUEVA TÉCNICA VERSÁTIL QUE SE UNE A LA LISTA DE ALTERNATIVAS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS.

EL CONCEPTO DE EXPANSION TISULAR ACTÚA BAJO EL PRINCIPIO DE UN FENÓMENO FISIOLÓGICO NATURAL VISTO CONTINUAMENTE CUANDO LOS TEJIDOS SE EXPANDEN PROGRESIVAMENTE POR EL CRECIMIENTO LENTO DE UN TUMOR, O BIEN POR LA COLECCIÓN DE UN HEMATOMA POR DEBAJO DE LA PIEL, TEJIDO CELULAR, MÚSCULO ETC Y EL EMBARAZO.

EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA EXPANSION TISULAR ES EL DE EVOCAR TEJIDO DONADOR SUFICIENTEMENTE GRANDE, ADYACENTE AL SITIO DEL DEFECTO, DEL MISMO COLOR, TEXTURA Y SENSIBI-

LIDAD PRESERVADA; SIN DEJAR ZONAS DEFORMANTES EN EL ÁREA DONADORA.

LA PRIMERA APLICACIÓN CLÍNICA DE EXPANSION TISULAR FUE REPORTADA POR NEWMANN EN 1957, DESCRIBE UN INTENTO DE RECONSTRUCCIÓN AURICULAR, MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE UN BALÓN DE PLÁSTICO POR DEBAJO DE LA PIEL TEMPORAL, INSUFLÁNDOLA SERIADAMENTE. (11)

RADOVAN, FUE EL PRIMER CIRUJANO QUIEN LOGRÓ UNA EXPERIENCIA CLÍNICA EXTENSA CON LA UTILIZACIÓN DE LOS EXPANSORES TISULARES. RADOVAN Y AUSTAD (12) EVOCARON INDEPENDIENTEMENTE LA TECNOLOGÍA NECESARIA PARA UNA EXPANSIÓN TISULAR CONTROLADA Y SEGURA, SUGIRIENDO ASÍ MISMO NUEVOS REFINAMIENTOS EN LA TÉCNICA Y OTRAS ADAPTACIONES DE LA EXPANSIÓN HACIA MÚLTIPLES ÁREAS DEL ORGANISMO.

TAL OBJETIVO, SE LOGRA MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE UN EXPANSOR TISULAR PREFABRICADO DE SILICÓN DOW CORNIG POR EJEMPLO, CON GRAN VARIEDAD DE FORMAS, TAMAÑOS Y DE COSTO ELEVADO; O BIEN LA UTILIZACIÓN DEL EXPANSION TISULAR "LEÓN", DISEÑADO POR UN COMPAÑERO RESIDENTE DE NUESTRO SERVICIO, LLEVADO A CABO CON BOLSAS DE CLORURO DE POLIVINIL EN DONDE SE ALMACENA LA SOLUCIÓN INTRAVENOSA PERO SIN LIQUÍDO EN SU INTERIOR, UN EQUIPO DE VENOPACK CON TUBO DE INFUSIÓN Y UN SISTEMA VÁLVULAR EXTERNO DE CONTROL: PREFIRIENDO LA UTILIZACIÓN DEL EXPANSOR "LEÓN" YA QUE PERMITE SU USO A PACIENTES DE BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS ADEMÁS DE QUE PRODUCE

RESULTADOS SIMILARES QUE LOS EXPANSORES COMERCIALES COMUNMENTE CONOCIDOS.

ESTA BOLSA ES COLOCADA EN TEJIDO SANO, ADYACENTE AL SITIO DEL DEFECTO POR DEBAJO DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, MIENTRAS QUE LA VÁLVULA ES COLOCADA LO BASTANTE ALEJADA PARA IMPEDIR LA EXPOSICIÓN DEL EXPANSOR.

ES PARTICULARMENTE IMPORTANTE, REALIZAR UNA CUIDADOSA HEMOSTASIA CUANDO LA CAVIDAD DEL TAMAÑO ADECUADO PARA EL EXPANSOR SE HA FORMADO Y DEJAR CANALIZACIONES Y SUCCIÓN NEGATIVA CONTÍNUA PARA EVITAR LA FORMACIÓN DE HEMATOMAS QUINCE DÍAS DESPUÉS DE LA COLOCACIÓN DEL EXPANSOR SE PROCEDE A LA INSUFLACIÓN LENTA Y PROGRESIVA CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA HASTA LA OBTENCIÓN DEL VOLÚMEN NECESARIO PARA QUE EN PROMEDIO DE 1 A 2 MESES Y MEDIO SEA RETIRADO EL EXPANSOR, RESECADO EL DEFECTO Y AVANZADO EL COLGAJO EXPANDIDO.

DICHO PROCEDIMIENTO PUEDE REALIZARSE EN UNA O MÁS ETAPAS SEGÚN LA EXTENSIÓN DEL NCG.

TRABAJOS RECIENTES DE AUSTED Y ARGENTA DEMUESTRAN UN INCREMENTO EN LA MITOSIS DE LA EPIDERMIS DURANTE LA EXPANSIÓN TISULAR, ASÍ COMO UN INCREMENTO SIGNIFICATIVO EN EL GROSOR DE ELLA.

POR OTRO LADO LA DERMIS, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y EL MÚSCULO MOSTRARON UN ADELGAZAMIENTO TAMBIÉN SIGNIFICATIVO QUE AL CABO DE DOS AÑOS DE HABERSE FINALIZADO EL TRATAMIENTO, LAS

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y MÚSCULO VUELVEN A LA NORMALIDAD. (13)

HA SIDO REPORTADO QUE AL REDEDOR DEL EXPANSOR TISULAR SE FORMA UNA CÁPSULA OBSERVADA A LOS DOS O DOS MESES Y MEDIO DE LA EXPANSIÓN, SIN HABER RELACIÓN ALGUNA CON EL VOLUMEN DE EXPANSIÓN, LOCALIZACIÓN O EDAD DEL PACIENTE.

LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTEMENTE REPORTADAS SON: FORMACIÓN DE HEMATOMAS, INFECCIÓN, EXPOSICIÓN, ESCURRIMIENTO DEL LÍQUIDO DEL EXPANSOR Y SUFRIMIENTO O NECROSIS DEL COLGAJO. (11).

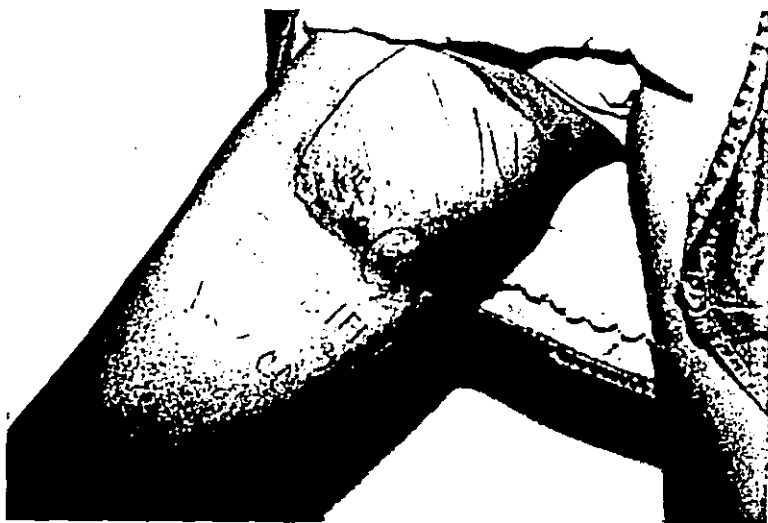
EL PRESENTE ESTUDIO FUE REALIZADO EN DOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEVO CONGÉNITO GIGANTE, AMBAS DEL SEXO FEMENINO, LA PRIMERA DE 11 AÑOS DE EDAD CON UN NEVO LOCALIZADO EN LA SUPERFICIE INTERNA DEL MUSLO DERECHO DE 10x6 CM DE LONGITUD, DE COLORACIÓN NEGRUZCA Y ABUNDANTE PELO GRUESO DE BORDES REGULARES, SIN PROYECCIONES PAPILOMATOSAS Y SIN EVIDENCIA APARENTE DE UN PROCESOS MALIGNO.

EL SEGUNDO CASO, OTRA MUJER DE 14 AÑOS DE EDAD CON UN NCG CEREBRIFORME LOCALIZADO EN REGIÓN TEMPORAL IZQUIERDA CON PRESENCIA DE NODULOS Y EXCREGENCIAS VERRUGOSAS DE COLORACIÓN NEGRA DE 10x7 CM DE LONGITUD.

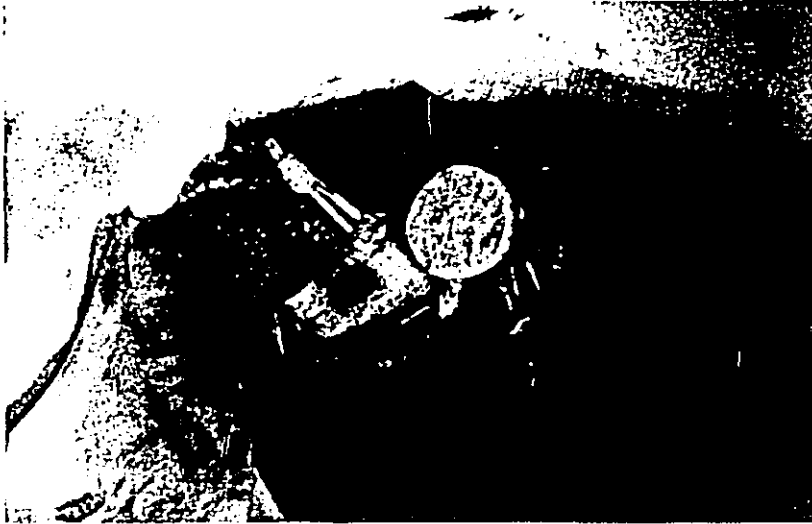
AMBOS PACIENTES NO PRESENTARON ANOMALÍAS ASOCIADAS.

LOS PACIENTES ANTERIORMENTE DESCRITOS FUERON MANEJADOS MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE EXPANSORES TISULARES "LEON".

LA PRIMERA PACIENTE FUE MANEJADA CON UN EXPANSOR TISULAR LEÓN DE 250CC COLOCADO EN LA SUPERFICIE ANTERIOR DE LA PIERNA Y ADYACENTE A LA LOCALIZACIÓN DEL NEVO, INSUFLÁNDOSE PAULATINAMENTE SOLUCIÓN FISIOLÓGICA POR ESPACIO DE 8 SEMANAS COMO SE MUESTRA EN LA SIGUIENTE FOTOGRAFÍA (FOTO No. 4).



EL NEVO FUE RESECADO EN SU TOTALIDAD Y EL EXPANSOR TISULAR RETIRADO, PERMITIENDO LA ADECUADA COAPTACIÓN DE LOS BORDES Y REALIZAR EL CIERRE QUIRÚRGICO, SIN TENSIÓN.



SE LOGRA APRECIAR EL RESULTADO PO UN MES DESPUÉS DE OPERADA, CON DESAPARICIÓN DEL NCG Y LA PRESENCIA DE UNA CICATRIZ, EN LA SUPERFICIE INTERNA DEL MUSLO.





SE LOGRA APRECIAR EL RESULTADO PO UN MES DESPUÉS DE OPERADA, CON DESAPARICIÓN DEL NCG Y LA PRESENCIA DE UNA CICATRIZ, EN LA SUPERFICIE INTERNA DEL MUSLO.



LA SEGUNDA PACIENTE CON UN NEVO CG CEREBRIFORME, EN LA REGIÓN TEMPORAL FUE MANEJADA TAMBIÉN COMO UN EXPANSOR LEÓN SITUADO EN LA REGIÓN PARIETO-TEMPORAL IPSILATERAL DE 500CC COMO EN EL CASO ANTERIOR FUERON INSUFLADOS PAULATINAMENTE 500ML DE SOLUCIÓN FISIOLÓGICA POR ESPACIO DE 7 SEMANAS, LOGRANDOSE ASÍ LA EXPANSIÓN ADECUADA DEL TEJIDO ADYACENTE. SE EXTRAJO POSTERIOREMENTE EL EXPANSOR Y SE RESECÓ POR COMPLETO LA LESIÓN, COAPTANDO PERFECTAMENTE LOS BORDES SIN TENSIÓN.



FOTO. 5,6 VISTA PREOPERATORIA DEL NCG CEREBRIFORME EN REGIÓN TEMPORAL IZQUIERDA Y ETAPA FINAL DEL PERIÓDO DE EXPANSIÓN TISULAR.



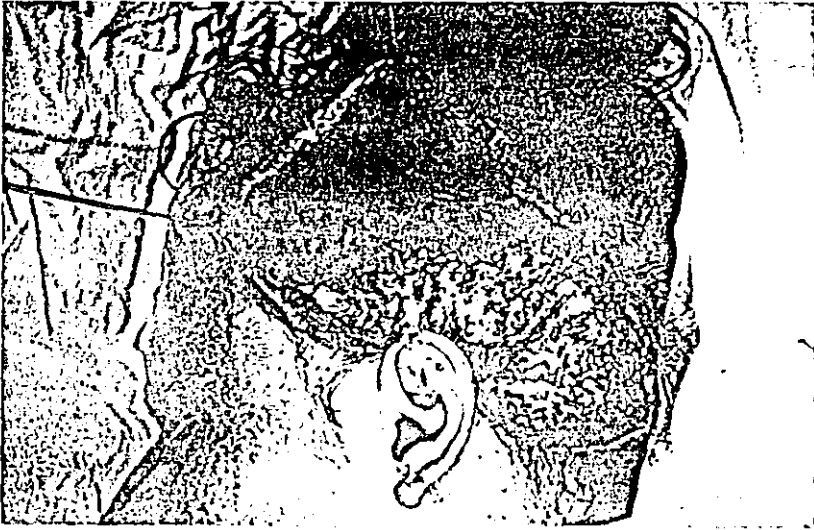


FOTO 7 Y 8: SE PARECIA LA RESECCIÓN COMPLETA DEL NEVO CEREBRIFORME Y LA COAPTACIÓN DEL COLGAJO SIN TENSIÓN.



FOTO 9: EVIDENCIA DEL TEJIDO RESECADO EN SU TOTALIDAD

PODEMOS CONCLUIR QUE EL NEVO CONGÉNITO GIGANTE PUEDE SER MANEJADO MEDIANTE LA EXPANSION TISULAR COMO UN PROCEDIMIENTO NUEVO, BRINDÁNDOLE AL PACIENTE UNA MEJOR CALIDAD DE CUBIERTA CUTÁNEA EN CUANTO A TEXTURA, COLOR Y SENSIBILIDAD DE LA PIEL, CON RESULTADOS COSMÉTICOS MÁ S AGRADABLES Y SATISFACTORIOS, ÁREAS DONADORAS NO DEFORMANTES Y SIN SECUELAS EN LA CICATRIZACIÓN, CON RESECCIÓN COMPLETA DEL NEVO EN UNA SÔLA ETAPA CUANDO NO ES MUY GRANDE, O RESECCIONES PARCIALES CUANDO LO ES.

MOTIVOS QUE JUSTIFICAN SU USO EN DICHA ENTIDAD PATOLÔGICA.

## BIBLIOGRAFIA

1. SOLOMON LAWRENCE. GIANT CONGENITAL NEUROID MELANOCYTIC NEVUS. ARCH DERMATOL. VOL 116 MARCH 80. PAGE: 318-320.
2. GREELEY. INCIDENCE OF MALIGNANCY IN GIANT PIGMENTED NEVI. PRS 36:26-37 1965.
3. ALPERT. BIRTHMARKS WITH SERIOUS MEDICAL SIGNIFICANCE. J. PEDIAT. 95. 696 1979.
4. ZITELLI. THE INCIDENCE OF MALIGNANT MELANOMA. PRS AUG. 86 VOL. 78 No. 2 PAGE 180.
5. KAPLAN. THE RISK OF MALIGNANCY IN LARGE CONGENITAL NEVI. PRS. VOL.53 No. 4 APR. 74 PAGE 421-428.
6. FITZPATRICK. CONGENITAL MELANOCYTIC NEVI. DERMATOLOGY IN GENERAL MEDICINE. SECOND ED. 1979. 646-648, 1227-1228.
7. MENDEL. SKIN TUMORS. CLINICS IN PLASTIC SURG. VOL. 7 No. 3 1980. PAGE 380-381.
8. LORENTZEN. THE INCIDENCE OF MALIGNANT TRANSFORMATION IN GIANT PIGMENTED NEVI. SCAND. J. PLASTIC. RECONST. SURG. 11: 163-167 1977. PAGE 163-167.
9. QUABA. THE INCIDENCE OF MALIGNANT MELANOMA ARISING IN "LARGE" CONGENITAL NEVOCELLULAR NEVI. PRS. VOL. 78 No. 2 174-181. AUG. 86.
10. MARCHAC DANIEL. ABDOMINOPLASTY IN INFANTS FOR REMOVAL OF GIANT CONGENITAL NEVI: A REPORT OF THREE CASES. PRS. VOL. 75 No. 2 1985.
11. RADOVAN CHEDOMIR. TISSUE EXPANSION IN SOFT TISSUE RECONSTRUCTION. PRS. VOL. 74 No. 4 482-491 Oct. 84.
12. AUSTAD DAVID. A SELF INFLATING TISSUE EXPANDER. PRS. VOL. 70 No. 5 PAGE 588-593. NOV. 82.
13. ARGENTA. AUSTED. TISSUE EXPANSION. CLINICS IN PLASTIC SURG. VOL.14 No. 3 JUL. 87. 431-453.

14. ANDRADE, GUMPORT. BENIG JUVENILE MELANOMA. CLINICAL ASPECTS. CANCER OF THE SKIN. VOL.1 PAGE 233-236, 731 1976.