

Nevos Melanocíticos Adquiridos: uma Série de 4 Casos

Acquired Melanocytic Nevus: a Series of 4 Cases
Nevos Melanocíticos Adquiridos: una Série de 4 Casos

- Vivian Bentes de **OLIVEIRA**
Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5756-7871>
- Analu Vieira do **NASCIMENTO**
Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2125-3392>
- Adnan Saad **SOARES**
Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0490-458X>
- Bruna Kelly Duque **COELHO**
Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9890-0554>
- Leimar Pinheiro da **SILVA**
Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4163-8655>
- Lioney Nobre **CABRAL**
Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0505-4070>
- Tiago Novaes **PINHEIRO**
Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2987-4759>
- Myrian Salles **VIÉIRA**
Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4777-8456>
- Antônio Jorge Araújo de **VASCONCELOS II**
Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5947-1438>

Resumo

Introdução: Os nevos melanocíticos adquiridos cutâneos são lesões comuns, começam a aparecer na infância, aumentando em número até a meia-idade, quando sua incidência tende a diminuir. Apresentam-se como pequenas manchas, pápulas ou nódulos, geralmente menores que 6 mm com pigmentação uniforme e bordas lisas, encontradas em locais expostos ao sol. Histopatologicamente, são classificados em nevos junção, intradérmico ou intramucoso e composto. **Objetivo:** mostrar uma série de 4 casos clínicos, sendo três nevos melanocíticos intradérmicos e um nevo melanocítico composto, que afetaram três pacientes do sexo feminino e um do sexo masculino, esses buscaram atendimento visando a estética. **Material e método:** realizado o exame clínico, nos diferentes pacientes, optou-se por remoção cirúrgica completa das lesões, que foram submetidas a avaliação histopatológica para confirmação do diagnóstico clínico. **Discussão:** a maioria dos pacientes que remove nevos tem como queixa a estética. No entanto, deve ser levado em consideração se a presença destes é prejudicial à função ou se apresenta características de malignidade. Ao planejar a remoção de um nevo, deve-se avaliar as linhas de expressão do paciente, para um bom resultado estético pós-cirúrgico, considerando o tipo de excisão, sutura e cuidados pós-operatórios. **Conclusão:** Obtivemos resultados similares aos encontrados na literatura, sendo o melhor termo estético desta série de casos a associação da incisão em meia-lua, variação do formato elíptico, com a sutura intradérmica.

Descritores: Nevo; Nevo Pigmentado; Suturas; Nevo Intradérmico; Melanoma.

Abstract

Introduction: Cutaneous acquired melanocytic nevus are common lesions that begin to appear in childhood, increasing in number until middle age, when its incidence tends to decrease. They present as small patches, papules or nodules, usually smaller than 6 mm with uniform pigmentation and smooth edges, found in places exposed to the sun. In regard to histopathology, they are classified as junctional, intradermal or intramucosal and compound nevus. **Objective:** to show a series of 4 clinical cases, three intradermal melanocytic nevus and one compound melanocytic nevus, which affected three female patients and one male patient, who sought care for aesthetic purposes. **Material and method:** after clinical examination, in different patients, we opted for complete surgical removal of the lesions, which were submitted to histopathological evaluation to confirm the clinical diagnosis. **Discussion:** most patients who remove nevus have aesthetic complaints. However, it must be taken into account if the presence of these is harmful to the function or if it presents malignant characteristics. When planning the removal of a nevus, the patient's expression lines must be evaluated for a good post-surgical aesthetic result, considering the type of excision, suture and postoperative care. **Conclusion:** We obtained results similar to those found in the literature, the best aesthetic term in this case series was the association of the half-moon incision, variation of the elliptical shape, with the intradermal suture.

Descriptors: Nevus; Nevus, Pigmented; Sutures; Nevus; Intradermal; Melanoma.

Resumen

Introducción: os nevos melanocíticos cutâneos adquiridos son lesiones comunes, comienzan a aparecer en la infancia, aumentando en número hasta la mediana edad, cuando su incidencia tiende a disminuir. Se presentan como pequeñas manchas, pápulas o nódulos, generalmente menores de 6 mm con pigmentación uniforme y bordes lisos, que se encuentran en lugares expuestos al sol. Histopatológicamente se clasifican en nevos de unión, intradérmicos o intramucosos y compuestos. **Objetivo:** mostrar una serie de 4 casos clínicos, tres nevos melanocíticos intradérmicos y un nevo melanocítico compuesto, que afectaron a tres pacientes del sexo femenino y un masculino, que solicitaron atención estética. **Material y método:** se realizó un examen clínico en los diferentes pacientes, se optó por la extirpación quirúrgica completa de las lesiones, las cuales se sometieron a evaluación histopatológica para confirmar el diagnóstico clínico. **Discusión:** la mayoría de los pacientes a los que se les extirparon los nevos tienen quejas estéticas. Sin embargo, se debe tener en cuenta si su presencia es perjudicial para la función o si presenta características de malignidad. Al momento de planificar la remoción de un nevo, se deben evaluar las líneas de expresión del paciente para un buen resultado estético postoperatorio, considerando el tipo de escisión, sutura y cuidados postoperatorios. **Conclusión:** Obtuvimos resultados similares a los encontrados en la literatura, siendo el mejor término estético en esta serie de casos la asociación de la incisión en media luna, variación de la forma elíptica, con la sutura intradérmica.

Descritores: Nevo; Nevo Pigmentado; Suturas; Nevo Intradérmico; Melanoma.

INTRODUÇÃO

Nevos melanocíticos adquiridos

cutâneos são lesões comuns, aparecem na infância, aumentando em número até a meia-

idade quando sua incidência diminui¹⁻². Nevo é um termo genérico que pode se referir a qualquer lesão congênita de vários tipos de células ou tecidos, mas, geralmente, refere-se à lesão pigmentada composta por células névicas ou células melanocíticas. Acredita-se que as células névicas tem origem em células que migram da crista neural para o epitélio e derme ou submucosa, em caso de pele ou mucosa, respectivamente, ou a partir de melanócitos residentes alterados¹⁻³. Estudos sugerem associação de um maior número de nevos às queimaduras solares, principalmente antes dos 20 anos².

Os nevos melanocíticos adquiridos compartilham fatores de risco genéticos e ambientais com o melanoma, este pode surgir de uma lesão melanocítica benigna. Indivíduos com pele clara, com tendência a queimaduras solares e baixa capacidade de bronzeamento apresentam risco aumentado ao melanoma³⁻⁴.

Clinicamente, apresentam-se como pequenas lesões, geralmente menores que 6mm, com pigmentação uniforme e bordas lisas, surgindo em locais expostos ao sol e podendo ter formato de máculas, pápulas ou nódulos⁵. Histologicamente, de acordo com a localização das células névicas, os nevos são classificados em juncional, intradérmico ou intramucoso e composto. Quando as células estão localizadas na junção epitélio-conjuntivo, a lesão é denominada nevo juncional; quando no tecido conjuntivo, intradérmico ou intramucoso, dependendo se pele ou mucosa bucal a localização e, quando presentes em uma combinação dessas áreas, composto¹.

Normalmente, os nevos melanocíticos juncionais são pigmentados e se apresentam como máculas de cor marrom a preto-acastanhado. Os melanocíticos compostos são elevados em relação à pele adjacente não envolvida, apresentando-se como pápulas ou nódulos, com cor marrom a marrom clara. Os intradérmicos, geralmente não apresentam pigmentação significativa, apresentando-se como pápula ou nódulo cor de carne⁶.

A maioria dos nevos melanocíticos adquiridos não exige tratamento. A sua remoção deve ser considerada quando há incômodo estético, quando submetidos à irritação traumática crônica por conta de sua localização ou quando localizados em áreas de difícil acompanhamento, onde podem ocorrer possíveis alterações morfológicas evolutivas, como por exemplo, o couro cabeludo⁷.

O paciente deve ser informado quanto

aos riscos que envolvem os procedimentos cirúrgicos, principalmente os que dizem respeito a queixa principal do paciente, como a estética. Ele deve ser informado das condutas, que abrangem, desde o período pré-operatório, até a maturação da cicatriz, por parte do profissional executante e pelo próprio paciente a serem tomadas, caso contrário, o paciente pode estar apenas trocando um problema que julga antiestético por outro, um nevo por uma cicatriz⁸.

CASOS CLÍNICOS

Quatro pacientes procuraram a Clínica de Estomatologia da Instituição dos autores, queixando-se do aspecto estético desiniais que evoluíam na face com tempos variados, em distintas regiões e com o objetivo de removê-los (Tabela 1) (Figura 1).

Com isso, foi explicado aos pacientes sobre os benefícios da remoção total da lesão por bisturi, que inclui submeter a peça cirúrgica à análise histopatológica e desvantagens, que inclui o processo de cicatrização pode levar a formação de uma cicatriz aparente, logo o paciente pode estar trocando um problema por outro. Todos aceitaram em fazer a remoção cirúrgica através do uso de bisturi. Os procedimentos usados em pacientes e controles foram realizados depois de obtido o modelo de consentimento assinado. As lesões possuíam aspectos similares, o que levou a um padrão similar ao tipo de incisão, buscou-se ao máximo realizar as incisões paralelamente as linhas de expressão da face, para reduzir diminuição da tensão nas bordas da sutura (Figuras 1 e 2).

Foram realizadas suturas simples, intradérmica e a associação entre as duas. A sutura intradérmica mostrou ser suficiente para coaptação de bordas e promoção de hemostasia (Figura 3).

Os casos foram acompanhados por tempos diferentes, variando de 14 a 56 dias, não podendo ser avaliado com precisão quanto à recidiva, somente aspectos cicatriciais iniciais dos casos, onde a pele suturada com a técnica de sutura intradérmica mostrou melhor resultado estético (Figura 4).

Todas as peças cirúrgicas foram submetidas à análise histopatológica, onde foram obtidos os diagnósticos de três nevos melanocíticos intradérmicos e um nevo melanocítico composto (Figura 5).

Tabela 1. Informações sobre os pacientes, lesões e procedimentos cirúrgicos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	24 anos	46 anos	54 anos	21 anos
Tempo de evolução	Mais de 20 anos	Mais de 40 anos	Mais de 20 anos	Mais de 3 anos
Localização do nevo	Fossa canina, lateral à asa do nariz do lado direito	Região bucinadora do lado direito	Região supralabial direita	Região subnasal do lado esquerdo
Tamanho do nevo	0,8mm x 0,3mm	1,0mm x 0,8mm	1,0mm x 1,0mm	0,4mm x 0,3mm
Formato da incisão realizada	Formato elíptico	Forma de meia lua	Formato elíptico	Formato elíptico
Tipo de sutura aplicada	Sutura interrompida simples	Sutura intradérmica	Sutura intradérmica associada a Sutura interrompida simples	Sutura intradérmica
Diagnóstico microscópico	Nevo melanocítico intradérmico	Nevo melanocítico Intradérmico	Nevo melanocítico intradérmico	Nevo melanocítico composto



Figura 1: Desenho esquemático do posicionamento dos nevos levando em consideração as linhas de Langerhans. 1.1. Nevo em região de fossa canina do lado direito, lateral à asa do nariz. 1.2. Nevo em região bucinadora direita. 1.3. Nevo em região supralabial direita. 1.4. Nevo em região subnasal esquerda.



Figura 2: 1) Lesão papular de base séssil, pigmentada com bordas bem delimitadas, em região de fossa canina do lado direito, lateral à asa do nariz. 2) Lesão papular com coloração castanha clara, borda bem definida e delimitada, assintomática, localizada em região bucinadora direita. 3) Lesão papular com margens bem definidas, de cor amarelo-acastanhada, sem alterações de sensibilidade e com crescimento lento em região supralabial direita. 4) Lesão papular de borda bem delimitada, cor única em marrom escuro, de aproximadamente 3mm em região subnasal do lado esquerdo. Foi realizada incisão elíptica com lâmina 15c em todos os casos.



Figura 3: 1) Sutura com fio de nylon 5-0 com 4 pontos simples em região de fossa canina do lado direito, lateral à asa do nariz. 2) Sutura intradérmica com fio de nylon 5-0 em região bucinadora direita. 3) Sutura intradérmica e três pontos simples com fio de nylon 5-0 em região supralabial direita. 4) Sutura intradérmica com fio de nylon 5-0 em região subnasal esquerda.



Figura 4: 1) Cicatrização após 56 dias em região de fossa canina do lado direito, lateral à asa do nariz. 2) Cicatrização após 28 dias em região bucinadora direita. 3) Cicatrização 14 dias após excisão da lesão em região supralabial direita. 4) Cicatrização após 14 dias em região subnasal esquerda.

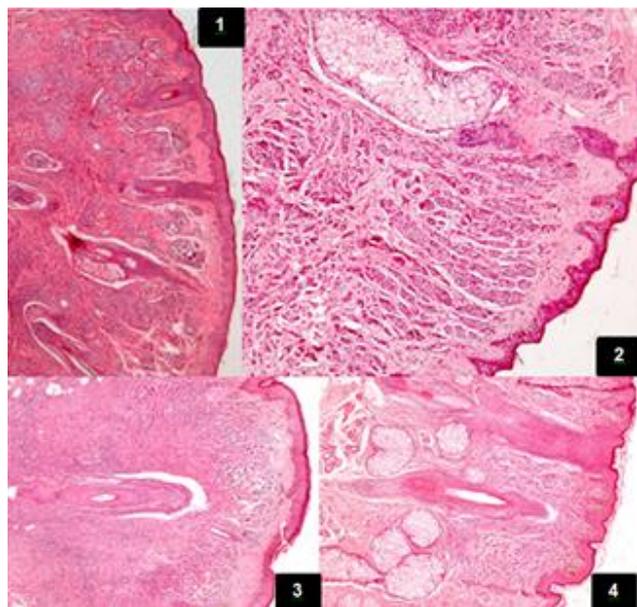


Figura 5: Cortes histopatológicos. 1) Integridade da epiderme, confirmando o tipo intradérmico da lesão névica e focos de hipermelanose nas regiões mais superficiais da derme, com diagnóstico de nevo melanocítico intradérmico. 2) Pele revestida por epitélio estratificado pavimentoso ortoqueratinizado; tecido conjuntivo frouxo; revestimento epitelial de ilhotas, cordões e ninhos de células névicas, com diagnóstico nevo melanocítico Intradérmico. 3) Pele revestida por epitélio estratificado pavimentoso ortoqueratinizado com o tecido conjuntivo coriônico subjacente apresentando estreita faixa separando o revestimento da área de lençóis de células névicas que se distribuíam por entre anexos cutâneos de aspecto habitual, demonstrando áreas superficiais ricas em pigmentos acastanhados melânicos, com diagnóstico de nevo melanocítico intradérmico. 4) Lençóis de célula névicas pleomórficas; glândulas sudoríparas e sebáceas, epitélio estratificado pavimentoso ortoqueratinizado com hipermelanose, com diagnóstico de nevo melanocítico composto.

DISCUSSÃO

Grande parte dos pacientes que procuram tratamento para imperfeições na face tem motivação estética e buscam procedimentos minimamente invasivos para resolvê-las⁹⁻¹¹. Neste estudo, os casos foram conduzidos na Policlínica Odontológica da instituição de ensino dos autores e contou com a participação de 3 pessoas do sexo feminino e uma do sexo masculino, com idades entre 21 a 54 anos e todos tinham motivação estética.

Para incisões realizadas na face, é importante se atentar para as linhas de expressão, para obtenção do mínimo de tensão nas margens da ferida, resultando assim em cicatrizes que desapareçam entre os vincos naturais da pele. Existem as linhas de Langer e, além dessas, as linhas de Kraiss, linhas de tensão da pele em repouso, que são usadas para obtenção de bons resultados estéticos, sendo as últimas linhas as mais usadas por cirurgiões para orientar as incisões na face¹²⁻¹³. Buscou-se orientação das linhas de expressão, com a finalidade de diminuir o risco de

cicatrização antiestética, onde a incisão do caso clínico 2 (sutura intradérmica) mostrou melhor resultado estético, essa seguia as linhas de expressão da área, fazendo com que fossem diminuídas as tensões nos bordos da ferida.

Existem variados métodos para remoção de um nevo, como através do uso de laser, crioterapia, eletrocirurgia, e bisturi. Todos possuem vantagens e desvantagens e devem ser ponderados quanto a necessidade do paciente, característica do nevo e custo^{6,14-16}.

O uso de laser tem sido relatado na literatura para remoção de nevos. Em um estudo de caso clínico de uma mulher com um nevo no ápice do nariz, onde foi realizada a excisão da lesão com laser de diodo com comprimento de onda de 810nm, o material coletado foi submetido à análise histopatológica, tendo o diagnóstico de nevo dérmico com hiperplasia das glândulas sebáceas. A paciente foi acompanhada por 10 meses, foi obtido resultado estético favorável e não foi necessário nenhum tratamento adicional, a paciente apenas relatou hipersensibilidade na região¹⁷. A técnica a laser de diodo se mostra eficaz como terapia pra remoção de nevos, mostrando menores riscos trans e pós-operatórios, como hemorragias, problemas com cicatrização e infecção.

Em estudo envolvendo 60 pacientes com verrugas plantares diagnosticadas clinicamente que não receberam nenhum tratamento nos 3 meses anteriores ao encaminhamento, esses foram divididos aleatoriamente em 2 grupos, o primeiro grupo era o de crioterapia e o segundo de laser de CO₂. No grupo de crioterapia, em cada sessão, foram realizados 2 ciclos de congelamento e descongelamento com 15 segundos de duração. No grupo do laser de CO₂, cada sessão consistia em 1 a 2 passagens do laser em modo contínuo com potência de 15 a 25 watts de acordo com a profundidade da lesão, estimada ao exame físico. Nos dois grupos foi realizado tratamento semanal até a resolução clínica das lesões. Foi prescrita pomada de mupirocina para todos os pacientes 2 vezes ao dia durante 3 dias. Os pacientes foram acompanhados por 3 meses, a taxa de remissão foi de 89,7% no grupo do laser e 70,4% no grupo da crioterapia¹⁸. A crioterapia se mostra eficaz no tratamento de lesões benignas da pele, mostrando alta taxa de remissão, se mostra como desvantagem para a técnica a necessidade de múltiplas sessões.

O uso de eletrocirurgia tem se

mostrado eficaz no tratamento de nevos. Em estudo realizado que avaliou o protocolo de tratamento de milhares de nevos por ondas de rádio de 4,0 MHz durante 30 anos. O protocolo consiste no diagnóstico clínico, se houver alguma alteração de malignidade, levando em consideração os critérios ABCDE (assimetria, borda, cor, diâmetro e evolução), o nevo é submetido a uma biópsia por raspagem com o uso de um bisturi, após isso é realizada a ablação da lesão, após a ablação, vaselina ou pomada antibiótica tripla é aplicada sobre a lesão continuamente até que ela seja reepitelizada, processo que leva cerca de 7 dias. Os pacientes são acompanhados por cerca de 8 semanas, se a lesão ainda for visível no seguimento de 8 semanas, ela deve ser tratada novamente. Pacientes de pele muito clara podem desenvolver eritema extenso e devem ser instruídos de que a cicatriz pode permanecer rosa¹⁹.

Em um estudo envolvendo 45 participantes, com diagnóstico de nevo com característica de benignidade, os pacientes foram divididos em 3 grupos com 15 pessoas cada, no primeiro grupo foi realizada excisão cirúrgica, no segundo grupo foi realizada excisão de laser de diodo com modelo – Photon e no terceiro grupo foi realizada excisão por eletrocirurgia. Os participantes foram acompanhados por 3 meses, os resultados mostraram que não houve diferenças significativas entre os 3 grupos a longo prazo, mas a avaliação a curto prazo mostrou que a técnica cirúrgica foi superior às outras duas técnicas²⁰.

A técnica padrão-ouro para remoção de nevos melanocíticos é a excisão com bisturi seguida de exame histopatológico. Quando um nevo exibe algum sinal de transformação maligna, como alteração de tamanho, borda, cor, presença de sangramento, ulceração, eritema, dor e prurido, a exérese com margem de segurança e o exame histopatológico são obrigatórios^{7,21}. No presente estudo, todos os nevos foram removidos através de excisão com bisturi, pois a instituição não possuía as outras modalidades de tratamento já citadas, as peças cirúrgicas foram submetidas à análise histopatológica para descartar qualquer possibilidade de malignidade, apesar de clinicamente, nenhuma das lesões demonstrarem características de malignidade.

A excisão de escolha se mostra um importante fator para o resultado estético positivo na remoção de um nevo, a excisão

fusiforme ou elíptica geralmente é usada para remoção de lesões cutâneas e subcutâneas e tem como vantagem ser uma intervenção terapêutica e diagnóstica. A excisão fusiforme tem razão de comprimento/largura de 3 para 1, com ângulo menor que 30° no fim da ferida, o que resulta a não formação de extremidade da ferida. O longo eixo da excisão deve seguir paralelamente as linhas de tensão da pele em repouso para melhor resultado cicatricial final^{22,23}. Por vezes, para a remoção dos nevos é preciso que sejam realizadas excisões variantes a elíptica, como por exemplo, a variante meia-lua, onde a excisão é feita com seu canto superior apontado para o longo eixo do defeito da pele, ela é excelente para evitar depressão no centro da ferida²⁴. Nos casos apresentados, foram realizados dois tipos diferentes de incisões, em formato elíptico e sua variação em meia-lua, o planejamento pré-operatório é necessário para alcançar resultados estéticos e funcionais ideais, pois o processo de cicatrização causa contração, o que pode comprometer a função e a aparência da região. Dentre os tipos de incisão, a elíptica se mostrou mais usada, sendo considerada padrão de incisão com bons resultados estéticos²⁵. Dos casos apresentados, sua variação em meia-lua se mostrou a de melhor resultado estético.

O resultado estético também sofre interferência do tipo de sutura, esta devendo minimizar a tensão da ferida e a isquemia do tecido para que as cicatrizes sejam discretas, isso requer cuidado ao manusear as bordas do tecido e evitar estrangulamento ao amarrar a sutura. Na sutura do tipo simples interrompida, o espaço entre os pontos pode afetar o início do processo de cicatrização, além disso, o espaçamento entre os pontos diminui o trauma do tecido e economiza o tempo cirúrgico²⁵. A sutura intradérmica comum exibe somente as bordas do primeiro e último nós da sutura, promovendo boa síntese do tecido e bom resultado estético, mas as pontas expostas da sutura podem promover acesso bacteriano e infecção subcutânea²⁶. Nos casos apresentados nesse artigo, todos obtiveram boas cicatrizações, no entanto, no caso em que foi usada a sutura interrompida simples, ocorreu melhor cicatrização.

Mostram-se como limitações desse artigo, o tempo de acompanhamento de cicatrização dos casos, variando entre 2 e 10 semanas, sendo necessário um maior tempo de acompanhamento para avaliar a ocorrência de

recidiva, bem como o número da amostra.

CONCLUSÃO

O nevo melanocítico é uma lesão bastante comum que, não obstante, deve ser acompanhado e, quando necessário, removido. Para este planejamento cirúrgico devem ser considerados alguns fatores como as linhas de expressão da face, tipo de excisão, sutura e cuidados pós-operatórios, para bom resultado estético pós-cirúrgico. Nesta série de casos, a variação em meia-lua do padrão elíptico associada à sutura intradérmica mostrou um melhor resultado estético.

REFERÊNCIAS

1. Regezi JA, Ciubba JJ, Morgan RK. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
2. Kennedy C, Bajdik CD, Willemze R, De Gruijl FR, Bouwes Bavinck JN; Leiden Skin Cancer Study. The influence of painful sunburns and lifetime sun exposure on the risk of actinic keratoses, seborrheic warts, melanocytic nevi, atypical nevi, and skin cancer. *J Invest Dermatol.* 2003;120(6):1087-93.
3. Neville BW, Allen CM, Damm DD, Allen CM, Jerry E. Patologia: Oral & Maxilofacial. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
4. Bauer J, Garbe C. Acquired melanocytic nevi as risk factor for melanoma development. A comprehensive review of epidemiological data. *Pigment Cell Res.* 2003;16(3):297-306.
5. LeLeux TM. Pathology of Benign Melanocytic Nevi. *Medscap*; sep 2015.
6. Sampaio S, Rivitti E. Dermatologia, 3. ed. São Paulo:Artes Médicas; 2008.
7. Suzuki H, Anderson RR. Treatment of melanocytic nevi. *Dermatol Ther.* 2005; 18(3):217-26.
8. Commander SJ, Chamata E, Cox J, Dickey RM, Lee EI. Update on Postsurgical Scar Management. *Semin Plast Surg.* 2016;30(3):122-28.
9. Associação Brasileira de Cirurgias Plásticas. Colto P. O Brasil ultrapassou os Estados Unidos e se tornou o país que mais realiza cirurgias plásticas no mundo. [acessado 2021 mar 24]
10. Haas CF, Champion A, Secor D. Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. *Plast Surg Nurs.* 2008;28(4):177-82.
11. Lemperle G, Tenenhaus M, Knapp D, Lemperle SM. The direction of optimal skin incisions derived from striae distensae. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(6):1424-34.
12. Sobanko JF, Taglienti AJ, Wilson AJ, Sarwer DB, Margolis DJ, Dai J, Percec I. Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting. *Aesthet Surg J.* 2015;35(8):1014-20.
13. Murphy K, Goodall W, Patterson A. Langer's Lines – What are they and do they matter? *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2017; 55(10):e86-7.
14. Martín JM, Monteagudo C, Bella R, Reig I, Jordá E. Complete regression of a melanocytic nevus under intense pulsed light therapy for axillary hair removal in a cosmetic center. *Dermatology.* 2012;224(3):193-97.
15. Baigrie D, Qafiti FN, Buicko JL. Electrosurgery. 2022 May 23. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–
16. Boroujeni NH, Handjani F. Cryotherapy versus CO2 laser in the treatment of plantar warts: a randomized controlled trial. *Dermatol Pract Concept.* 2018;8(3):168-73.
17. Angermair J, Dettmar P, Linsenmann R, Nolte D. Laser therapy of a dermal nevus in the esthetic zone of the nasal tip: A case report and comprehensive literature review. *J Cosmet Laser Ther.* 2015;17(6):296-300.
18. Boroujeni NH, Handjani F. Cryotherapy versus CO2 laser in the treatment of plantar warts: a randomized controlled trial. *Dermatol Pract Concept.* 2018;8(3):168-73.
19. Niamtu J 3rd. Esthetic removal of head and neck nevi and lesions with 4.0-MHz radio-wave surgery: a 30-year experience. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(6):1139-50.
20. Reddy Bandral M, Gir PJ, Japatti SR, Bhatsange AG, Siddegowda CY, Hammannavar R. A Comparative Evaluation of Surgical, Electrosurgery and Diode Laser in the Management of Maxillofacial Nevus. *J Maxillofac Oral Surg.* 2018;17(4):547-56.
21. Busam KJ. Melanocytic Proliferations. In: Busam KJ, ed. *Dermatopathology.* Saunders Elsevier, Philadelphia, PA, 2010:437-98.
22. Zuber TJ. Fusiform excision. *Am Fam Physician.* 2003;67(7):1539-44, 1547-8, 1550.
23. Goldberg LH, Alam M. Elliptical excisions: variations and the eccentric parallelogram. *Arch Dermatol.* 2004;140(2):176-80.
24. Alvarado A. Designing Flaps for Closure of Circular and Semicircular Skin Defects. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2016;4(1):e607.
25. Stoecker A, Blattner CM, Howerter S, Fancher W, Young J, Lear W. Effect of Simple Interrupted Suture Spacing on Aesthetic and Functional Outcomes of Skin Closures. *J Cutan Med Surg.* 2019 Nov/Dec;23(6):580-85.
26. Gomes OM, Amaral AS, Gonçalves AJ, Brito AS, Monteiro EL. New suture techniques for best esthetic skin healing. *Acta Cir Bras.* 2012;27(7):505-8.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Vivian Bentes de Oliveira
Rua Dr. Cirilo, n° 17, Zumbi I,
69.084-140 Manaus-AM, Brasil
E-mail: vbo.odo16@uea.edu.br

Submetido em 17/07/2022

Aceito em 12/12/2022