

NEVO MELANOCITICO CONGENITO

- *Note informative* -

Che cos' è il Nevo Melanocitico Congenito?

Per nevo melanocitico congenito (abbreviato in **NMC**) si intende una *malformazione cutanea del neonato presente fin dalla nascita*, e quindi *congenita*, che comprende differenti tipi di lesione in rapporto alle sue dimensioni ed alla sede in cui compare sul corpo e che si manifesta come una “*macchia*” di *colorito scuro* (variante dal marrone chiaro al nero) che, in base alla sua grandezza, può avere un aspetto esteticamente poco gradevole (in sostanza, sebbene con precise differenze, il NMC altro non è se non un voluminoso neo).

Il NMC può essere singolo e di dimensioni limitate, pari o inferiori ai 2,5 cm, e può localizzarsi in qualsiasi parte della superficie corporea: tale evento è relativamente frequente verificandosi in circa 1 neonato ogni 100.

In altri casi, in circa 1 neonato su 1.000, il NMC può avere dimensioni maggiori (per convenzione comprese fra i 2,5 cm ed i 20 cm), mentre in casi ancora più rari (1 neonato ogni 30.000-50.000) il NMC ha dimensioni che superano i 20 cm: in questo caso il nevo viene comunemente definito “**gigante**” (abbreviato in **NMCG**).

- *congenito* indica un'anomalia presente fin dalla nascita;
- *melanocitico* è un aggettivo derivato dalla parola “melanocita”, un tipo di cellula presente normalmente nella cute ed in alcuni organi, che ha la funzione di produrre melanina, il pigmento bruno che conferisce la colorazione all'epidermide e che protegge la pelle dai potenziali danni dei raggi ultravioletti solari.
- *nevo* è il termine tecnico generico per indicare qualsiasi “macchia scura” presente sulla cute.

Perché compare il NMC?

Il NMC deve essere considerato un “*errore*” di *differenziazione tissutale avvenuto durante lo sviluppo embrionale*, cioè quel periodo della gestazione che va dal concepimento a circa i tre mesi di vita fetale. In questo lasso di tempo tutti gli organi ed i tessuti (compresa la cute) cominciano ad assumere la loro conformazione pressochè definitiva: un qualsiasi evento che ne alteri o disturbi in questa fase la loro esatta organizzazione, può determinare la comparsa di malformazioni fetali.

Il NMC è un abnorme accumulo di melanociti in una data sede, ed è quindi da considerarsi funzionalmente come una loro errata distribuzione sulla superficie corporea: ciò è dovuto ad un’“interferenza” che intercorre nel periodo embrionale e che altera o impedisce la naturale capacità

dei melanociti di “migrare” nell’epidermide e distribuirsi diffusamente e regolarmente su tutta la cute.

Quali sono le cause che determinano la comparsa del NMC nel neonato?

A tutt’oggi le cause certe che determinano questo “errore” durante lo sviluppo embrionale sono sconosciute.

Sono stati chiamati in causa vari fattori quali possibili responsabili, nei primi tre mesi di gravidanza, di questa malformazione, ma per nessuno di essi esistono prove sicure: fra gli altri sono stati considerati le radiazioni (raggi X), le infezioni, l’assunzione di farmaci o composti chimici presenti nell’alimentazione .

Quali caratteristiche ha il NMC?

I nevi melanocitici congeniti raramente presentano caratteristiche univoche, potendo variare in numero, dimensioni, sede e morfologia. Il nevo stesso può mostrare nel suo insieme caratteristiche morfologiche diverse (ad es. piano in un punto e nodulare in un altro, più o meno scuro) ed assumere nel tempo modificazioni variabili.

Le principali caratteristiche di cui bisogna tener conto sono le seguenti:

- Dimensioni

Come già detto *il NMC può avere dimensioni che variano da pochi millimetri a molti centimetri.*

I più estesi (NMCG) possono ricoprire intere superfici corporee come il tronco (dorso, addome o entrambi), il bacino, il viso o un arto (un’intera gamba o un braccio).

Con la crescita del bambino, il NMC si allarga proporzionalmente adattandosi progressivamente allo sviluppo corporeo.

- Sede

Il NMC può comparire in qualsiasi area della superficie corporea. Statisticamente, le zone più spesso interessate sono il tronco, ed in particolare il dorso lungo la linea mediana della schiena, la testa, il bacino, il volto e gli arti, ma teoricamente è possibile qualsiasi combinazione, in termini di localizzazione, fra queste sedi.

- Pigmentazione

L'intensità di colorazione del nevo dipende da molti fattori, il più importante dei quali sono ovviamente le caratteristiche etniche del bambino. In linea di massima il NMC appare più scuro alla nascita per assumere progressivamente un colorito appena più chiaro nei primi anni di vita.

Sono descritti rarissimi casi di scomparsa completa del nevo nei primi due anni.

Nel tempo si può comunque assistere a modificazioni cromatiche nell'ambito dello stesso nevo, ma generalmente ciò ha scarsa rilevanza dal punto di vista clinico ed estetico.

- Presenza di peli

Di solito ed in modo variabile, *il NMC presenta una maggiore concentrazione di peli*. In alcuni casi la peluria sul nevo è appena percettibile, in altri casi sono presenti grossi e numerosi peli scuri che originano dalla sua superficie. Alla nascita e nei primi mesi di vita ciò può non essere evidente, ma in genere la consistenza, il numero e la consistenza dei peli tende ad aumentare con l'età del bambino.

Se il nevo è localizzato sulla testa, ciò si può riflettere inizialmente in un'area con capelli più scuri e densi che tuttavia col tempo tende a confondersi con la normale crescita dei capelli delle zone circostanti. La causa della maggiore crescita dei peli sul NMC sembra ascrivibile ad una stimolazione del follicolo pilifero da parte dei melanociti.

- Presenza di nodularità

I NMC di piccole dimensioni si presentano generalmente più o meno piatti, allo stesso livello della cute circostante. *Nei nevi più grandi, ed in particolare in quelli giganti, spesso sono presenti aree rilevate o nodulari*. Ciò non ha particolari implicazioni mediche, essendo essenzialmente delle aree con una maggiore concentrazione, sia in superficie che in profondità, di melanociti. Tali modularità si possono presentare più pallide e soffici rispetto al resto del nevo, o viceversa più dure e più scure.

- Eczema

La cute del NMC è spesso secca e pruriginosa e può talvolta sviluppare degli eczemi: una regolare applicazione di creme idratanti deve essere intrapresa non appena si notino i primi segni di secchezza della cute. Ciò è dovuto al fatto che *nello spessore del nevo non sono rappresentate le ghiandole sudoripare*, deputate fra l'altro all'idratazione della cute. Nei nevi giganti ciò si può riflettere in una complessiva *alterazione della termoregolazione*, per cui si potrà notare una maggiore tendenza del bambino ad una sudorazione "compensativa" nelle aree non interessate dal nevo: nei periodi più caldi dell'anno è bene tener presente questa evenienza per non esporre il

bambino, soprattutto i più piccini, al potenziale rischio di disidratazione o, viceversa, in ambienti con aria condizionata, a maggiori rischi di malattie delle vie aeree.

- Assenza del grasso sottocutaneo

Questo è ciò che si osserva essenzialmente nei nevi giganti. Per motivi non noti, sembra che *l'accumulo di melanociti interferisca con il regolare sviluppo dello strato di grasso sottocutaneo* normalmente presente tra la cute ed il piano muscolare ed osseo: il risultato è che il NMC appare depresso rispetto alla superficie cutanea circostante. A parte l'effetto estetico, anche questa caratteristica del NMC non presenta alcuna implicazione medica.

- Nevi "satelliti"

Molti bambini affetti da NMC, e soprattutto quelli con NMCG, hanno distribuiti su tutto il corpo altri, più o meno grandi, nevi, definiti comunemente "nevi satelliti" per distinguerli da quello principale. Il loro numero può variare da pochi a migliaia, in genere aumentando di quantità con l'età. La loro forma è di solito regolarmente rotondeggiante e spesso, in particolare i più grandi, appaiono ricoperti di peli. Sebbene dal punto di vista morfologico siano sovrapponibili ai nevi comuni, sono frequentemente di maggiori dimensioni, in genere comprese fra i 0,5 e 1 cm., ma in alcuni casi possono arrivare a misurare anche 10 cm. Alcuni sono presenti fin dalla nascita, altri compariranno negli anni seguenti. Il loro ingrandimento accompagna proporzionalmente la crescita del bambino. Il problema dei nevi satelliti, in rapporto al loro numero ed alla loro sede, può diventare pertanto essenzialmente estetico.

Quali sono le implicazioni mediche del NMC?

La presenza in un bambino di un NMC porta a 3 principali implicazioni mediche

- Rischio di degenerazione maligna del nevo

La questione della possibile trasformazione maligna di un NMC, e di quanto questa eventualità sia frequente, ha fatto discutere per anni la comunità scientifica, e nella letteratura medica esistono innumerevoli lavori che si occupano di questo aspetto. Rispetto agli anni passati, anche grazie ad una più attenta analisi dei dati ed alla maggior sensibilizzazione delle famiglie, le proporzioni del problema si sono in parte ridimensionate. Certamente il rischio esiste e diventa tanto maggiore quanto più grande è il nevo ed in relazione alla sua localizzazione (più frequente nei nevi del dorso, praticamente inesistente per quelli del volto o del capo).

Complessivamente, dai diversi dati mondiali, *la percentuale di rischio varia fra il 5 ed il 10%*, intendendo con questo la possibilità che un individuo affetto da NMC sviluppi nel corso della sua esistenza un tumore maligno (melanoma); ma una recente casistica, redatta da un gruppo di supporto americano (Nevus Network) che raccoglie oltre 1.000 casi di NMC, fa drasticamente calare questa percentuale intorno al 2%. In realtà queste cifre possono essere frutto di una sovrastima del problema per i seguenti motivi:

- a) Trattandosi di un'afezione benigna, a volte non preoccupante sia da un punto di vista medico che estetico, non tutti i pazienti affetti da NMC arrivano all'osservazione dello specialista; teoricamente, se non insorgono complicazioni, un soggetto può convivere con il suo nevo per tutta la vita senza aver mai consultato in merito un medico;
- b) Le casistiche vengono redatte da Centri Specialistici di riferimento che raccolgono un elevato numero di casi: da queste casistiche sono perciò esclusi tutti gli altri Ospedali che magari osservano, seguono e trattano un NMC;
- c) I Centri Specialistici raccolgono proprio i casi più gravi e certamente la maggior parte dei casi i casi in cui una degenerazione maligna è effettivamente avvenuta.

Per questi motivi è probabile che le suddette percentuali vadano ulteriormente diluite attestandosi verosimilmente intorno all'1%: ciò significa che forse solo *1 soggetto su 100 affetto da NMC andrà incontro nella sua esistenza ad una degenerazione maligna del nevo.*

- Rischio di interessamento del cervello e del midollo spinale

I melanociti sono presenti anche sulla superficie cerebrale e sulle meningi: un accumulo di essi in tale sede configura una sindrome chiamata "*melanosi intracranica*". Dato che questa condizione si associa più frequentemente nei pazienti con NMC, la combinazione dei due eventi (NMC e melanosi intracranica) viene indicata come "*melanosi neurocutanea*". E' questa un'evenienza relativamente rara nei bambini affetti da NMC (circa 1 ogni 10) ma può dimostrarsi particolarmente grave in relazione al fatto che l'accrescimento delle masse melanocitiche in aree cerebrali o midollari può portare a complicanze neurologiche molto severe (idrocefalo, malformazioni strutturali del cervello, ritardo della crescita ecc.).

- Rischio di interessamento dell'occhio

Qualora il NMC si localizzi nel volto in vicinanza dell'occhio, esiste un rischio non elevato che tale condizione si accompagni ad un'anomalia oculare nota come *glaucoma* (aumento della pressione endoculare per aumento della produzione di fluido o per suo alterato drenaggio).

L'accumulo di melanociti nella sclera può determinare in essa la comparsa di piccole aree scure che, al di là dell'implicazione estetica, non rivestono particolari problemi medici.

Quali sono i trattamenti disponibili per il NMC?

La maggior parte dei NMC sono certamente antiestetici ed alcuni di essi si possono considerare deturpanti, ciò che può essere causa di *potenziali effetti psico-sociali*, sia per il soggetto che ne è affetto che per la famiglia. Se ogni NMC potesse essere asportato facilmente e senza traccia, non ci sarebbe necessità di ulteriore discussione. Purtroppo l'asportazione completa ("a tutto spessore") del NMC non può essere acquisita se non a prezzo della comparsa di vari tipi di cicatrici; d'altra parte, una "rimozione parziale" del NMC ("superficiale"), mentre non determina effetti cicatriziali importanti, può tuttavia esitare in una persistenza sia della pigmentazione del nevo che in una permanenza dei peli. Per questo motivo *spesso può essere difficile decidere quale sia la strategia terapeutica ottimale, dovendo bilanciare di volta in volta e per ogni singolo caso i pro ed i contro dei vari trattamenti o, in alcuni casi, optare per l'inazione*. A ciò si aggiunga la difficoltà di trovare univocità tra i pareri dei vari Specialisti che si occupano del NMC sia per quanto riguarda l'indicazione al trattamento che per il tipo di trattamento stesso.

- *Asportazione o escissione "a tutto spessore"*

I melanociti in eccesso nel NMC spesso raggiungono una considerevole profondità nel derma. In genere nei NMCG la presenza di nodularità e folti peli indica una maggiore profondità raggiunta dai melanociti in quella zona: *l'asportazione del nevo in tutto il suo spessore significa l'escissione chirurgica completa della cute e del derma fin dove sono presenti cellule melaniche*. La conseguente mancanza di sostanza non potrà guarire da sola se non viene richiusa, e ciò è possibile, qualora l'escissione sia stata minima, avvicinando e ricucendo fra loro i margini cutanei "sani" della ferita (*escissione diretta e seriata*) mentre se l'asportazione è stata ampia è necessario sovrapporre alla zona asportata una neo-cute proveniente da altre sedi (*innesti cutanei, lembi cutanei, espansori cutanei*).

a) Escissione diretta e seriata

Questa è forse la tecnica chirurgica più semplice per il trattamento del NMC, un tempo applicata anche per il trattamento dei nevi giganti, e che in alcuni casi ed in alcuni Centri viene ancora attuata.

Quando un nevo sia di dimensioni relativamente piccole, in genere non maggiori di 2,5 cm, l'escissione chirurgica può essere condotta asportando con un'unica incisione l'intera formazione

neve e ricucendo direttamente i margini della ferita se sufficientemente vicini fra loro, favorendo quindi una guarigione per prima intenzione (“*escissione diretta*”).

Per “*escissione seriata*” si intende l’asportazione “a tappe” di nevi di grosse dimensioni (con due o più interventi chirurgici), escidendo progressivamente losanghe di nevo e lasciandone in sede porzioni sempre più piccole fino a quando le sue dimensioni non diventino tali da consentirne infine un’escissione diretta ed una sutura su cute sana, in pratica gradualmente stirata dalla periferia verso il centro. Da alcuni proposta anche per i NMCG, numerose sono però le obiezioni verso questa tecnica. Innanzitutto appare chiaro che per nevi con dimensioni uguali o maggiori di 20 cm non è pensabile riuscire a “recuperare” sempre la cute normale (ad esempio in un nevo gigante del dorso la cute alla fine dovrebbe arrivare dall’addome e viceversa); per ottenere un risultato soddisfacente occorrono peraltro un numero tale di interventi chirurgiche non tollerabile. In linea di massima questa tecnica può essere presa in considerazione in alcuni casi selezionati o in alternativa alle altre tecniche qualora, per motivi diversi, esse non siano effettuabili.

b) Innesti cutanei autologhi (Grafting)

Il termine inglese “grafting” significa la rimozione di tessuto cutaneo da una determinata area corporea, chiamata sede donatrice, che viene trasportata e innestata nella zona in cui è stato asportata la lesione. Questa tecnica, utilizzata soprattutto nei pazienti ustionati, è relativamente facile e veloce, sempre che ci siano aree cutanee “donatrici” impiegabili per l’innesto. L’innesto cutaneo è in pratica una lamina cutanea superficiale asportata dall’area prescelta (ad esempio la coscia o l’addome) posizionata e suturata sull’area nuda dove prima c’era il nevo. Dal punto di vista estetico ciò si traduce in una superficie cutanea “anomala” più sottile, cromaticamente e morfologicamente diversa dalla cute circostante, e visivamente “inappropriata”.

Una recente acquisizione della chirurgia plastica, variante di questa tecnica, sono le “**colture cellulari**”, in pratica la creazione di tessuto cutaneo neoformato fatto crescere in laboratorio partendo da cellule cutanee dello stesso individuo (ma il risultato estetico è sovrapponibile agli innesti cutanei).

c) Rotazione di lembi cutanei (flaps)

Si tratta di una sofisticata tecnica di chirurgia plastica per cui un lembo più o meno grande di cute adiacente al NMC viene inciso e ruotato, con il suo peduncolo vascolare, verso l’area nuda lasciata dall’asportazione del nevo. La possibilità di applicazione di questa tecnica dipende molto dalla sede del nevo (ad esempio è possibile per la testa o l’area del volto).

d) Posizionamento di espansori cutanei

E' questa la tecnica maggiormente adottata e preferita dai chirurghi plastici per il trattamento del NMC, ed in particolare del NMCG, in quanto garantisce i risultati estetici migliori.

Il principio della tecnica è quello di espandere gradualmente, con l'impiego di "palloni" dilatabili posti nel derma (chiamati appunto espansori), la cute vicina al nevo, ottenendo quindi un'ulteriore quantità di cute identica per caratteristiche a quella circostante. L'espansore viene gonfiato iniettando al suo interno, attraverso una valvola in esso compresa, acqua ad intervalli regolari: per ottenere un'espansione sufficiente possono essere necessarie, in rapporto all'area da ricoprire, dalle 4 alle 12 settimane. L'iniezione di acqua nell'espansore può essere facilmente effettuata dagli stessi genitori o da un'infermiera. Il primo tempo chirurgico prevede quindi il posizionamento dell'espansore; quando il chirurgo ritiene che l'espansione cutanea sia sufficiente si può programmare il secondo intervento chirurgico nel quale si provvederà alla rimozione del pallone, all'asportazione del nevo (o di parte di esso) ed al ribaltamento della cute espansa sull'area dove prima c'era il nevo. Con questa tecnica, nei nevi molto estesi, purtroppo non sempre è ipotizzabile risolvere il problema con due soli interventi, in quanto la possibilità di espandere la cute ha dei limiti ben definiti, per cui a volte sono necessari multipli interventi chirurgici, e quindi espansioni cutanee successive, per completare l'escissione del nevo. Sebbene questa sia la tecnica più accreditata, anch'essa non è scevra da potenziali complicazioni e deve pertanto essere effettuata in Centri di riferimento per il trattamento del NMC. Come in tutti i casi di presenza di un corpo estraneo nell'organismo (gli espansori), esistono rischi di infezioni locali ed inoltre la cute espansa se troppo in tensione può soffrire ed ulcerarsi (da cui l'importanza di essere seguiti da Specialisti esperti).

- Asportazione o escissione parziale ("non a tutto spessore" o superficiale)

Se la cute che ricopre un NMC viene asportata solo superficialmente (e non in profondità come le tecniche descritte in precedenza) una certa quantità di melanociti disposti più profondamente rimarrà in sede per cui anche nell'immediato si osserveranno zone più scure nel nevo trattato (laddove i melanociti sono situati più in profondità). La guarigione dell'area così trattata avverrà rapidamente (nell'arco di due settimane) senza il rischio di cicatrici più o meno estese. Il risultato iniziale (quello cioè che si manifesta nei primi mesi dopo il trattamento) potrebbe apparire buono ma nel tempo, più o meno breve, si assisterà alla progressiva ricomparsa della pigmentazione melanica che talora comincia dai margini del nevo ed altre volte dalle zone centrali, mentre contestualmente riprendono a crescere i peli, il cui follicolo posto in profondità nel derma, non viene interessato dal taglio. Alla fine l'esito estetico potrà essere più o meno buono (ma nella

maggior parte dei casi è molto scadente) ma piuttosto che della completa scomparsa del nevo si dovrà più precisamente parlare di un suo scolorimento globale.

In passato l'asportazione superficiale del NMC veniva effettuata con una tecnica definita "**dermoabrasione**", ormai abbandonata da tutti, che utilizzava una sorta di palla rotante abrasiva che, a fronte di una effettiva escissione profonda del nevo, metteva a rischio di vita il paziente per l'elevata perdita di sangue, liquidi e plasma, e che nella migliore delle ipotesi lasciava cicatrici devastanti.

Un'evoluzione di questa tecnica (anch'essa chiamata impropriamente dermoabrasione) utilizza una speciale lama dermatologica, il "**dermotomo**" che taglia solo una sottile fettina di cute.

L'ultima tecnica, anche in termini di adozione da parte degli Specialisti, di asportazione parziale o superficiale del nevo è il "**curettage**" così definito in quanto si utilizza un piccolo cucchiaino con margini smussi e taglienti ("curette") che gratta ed escide frammenti di cute. Questa metodica ha il vantaggio di consentire, laddove occorra, delle variazioni escissionali in profondità. Nella letteratura medica sono stati di recente pubblicati dei lavori che consigliano di *effettuare*, peraltro con ottimi risultati estetici, il *curettage entro, e non oltre, le prime due settimane di vita*: in questo breve periodo di vita neo-natale pare che gli strati cutanei siano ancora ben separati fra loro ed i melanociti non hanno ancora completato la loro migrazione verso gli strati profondi del derma.

Sono in corso vari studi che valutano l'impiego del **Laser** nel trattamento del NMC, ma i dati preliminari, anche se interessanti e promettenti, sono ancora insufficienti per poter esprimere giudizi certi.

Il trattamento riduce i rischi di degenerazione maligna del nevo?

E' noto che *la rimozione del NMC*, anche se a tutto spessore, *non annulla completamente la possibile degenerazione maligna*. Non si hanno dati che certifichino quanto l'escissione di un NMC possa influire in quest'ottica, anche se comunemente viene affermato che "meno nevo è presente, minore è il rischio". Considerati questi dubbi, e visto che il rischio reale del NMC è probabilmente basso, i maggiori esperti internazionali suggeriscono che *l'indicazione all'asportazione* non deve essere tanto questo potenziale pericolo quanto piuttosto *una motivazione estetica*: ben venga se in futuro si dovesse accertare anche una riduzione del rischio oncologico!

Quale è l'età ideale per trattare il NMC?

La maggioranza degli esperti sono favore di un *trattamento precoce*.

Nel caso si optasse per un'asportazione a tutto spessore del nevo, ciò significa che *il trattamento dovrebbe essere completato, o perlomeno cominciato, entro i primi 4 anni di vita.*

Il NMC tende a diventare più grande con la crescita e quindi in linea di massima più difficile da rimuovere. La pelle è certamente più elastica e distendibile nella prima età e pertanto più facile da distendere.

L'**impatto psicologico** degli interventi chirurgici è sicuramente minore in tenera età, e questo è valido soprattutto nel caso si decida di utilizzare gli espansori cutanei. Certamente si hanno meno ripercussioni sull'attività scolastica, che non viene interrotta, e sull'inserimento sociale del bambino, ancora "protetto" nell'ambito familiare.

I contrari a tale impostazione affermano che in questo "range" di età esisterebbero maggiori pericoli operatori (il che non corrisponde alla realtà) e, nel caso di impiego di espansori cutanei, potenziali effetti sulla crescita ossea, evento peraltro discutibile e non dimostrato. Il bambino più grande potrebbe essere più cosciente e quindi più collaborante: ma sono noti casi di bambini in età scolare affetti da NMC, peraltro assolutamente sani, che dopo i primi trattamenti decidono di non sottoporsi più alle "torture chirurgiche" preferendo convivere serenamente col loro "handicap". D'altro canto non è da sottovalutare quanto, su un bambino in età scolare, potrebbero incidere psicologicamente i vari interventi chirurgici con le rispettive ospedalizzazioni.

Come devono essere trattati i Nevi satelliti?

Bisogna innanzitutto considerare che se è vero che i nevi satelliti non hanno alcuna tendenza alla degenerazione maligna, è altrettanto indiscutibile che in alcuni casi essi possano avere un' impatto estetico particolarmente importante (ed a volte maggiore rispetto al nevo principale).

Naturalmente il problema si pone solo per quei casi, come frequentemente accade nei NMCG, in cui accanto al Nevo gigante principale, sono presenti numerosi nevi satelliti in parti esposte del corpo (braccia, volto, gambe).

E' quindi importante definire quando, come e se è sempre indicato asportarli.

I nevi più piccoli (al di sotto del ½ centimetro) non andrebbero toccati, in attesa ad esempio che l'industria sanitaria metta in produzione apparecchi laser specificamente dedicati al loro trattamento. Per i nevi satelliti di maggiori dimensioni si pongono le stesse valutazioni fatte per il NMC. In nessun caso, data la loro scarsa responsività, dovrebbe essere intrapreso per essi un trattamento di asportazione superficiale. Nella maggior parte dei casi (per nevi compresi fra 1 e 3 cm) è possibile ed indicata *un'escissione diretta del nevo* che, se ben eseguita, dovrebbe lasciare una piccola cicatrice lineare. *Per nevi più grossi (ad esempio fra i 3 ed i 5 cm) sarebbe forse utile il ricorso all'escissione seriata*, in quanto l'asportazione diretta potrebbe dar esito a cicatrici troppo

grandi ed esteticamente non gradevoli. Infine per nevi satelliti ancora più voluminosi (oltre i 5 cm) si ripropongono le stesse opzioni chirurgiche fatte per il NMC.

E' evidente che molto importante è la valutazione del reale impatto estetico dei nevi satelliti. Se ci si incaponisse a toglierli tutti, piccoli e grandi, ciò si rifletterebbe ovviamente in una inutile collezione di cicatrici più o meno grandi diffuse sul corpo. D'altra parte è anche vero che qualsiasi "insulto" sulla pelle dà luogo alla formazione di una cicatrice di dimensioni proporzionali all'entità del danno: sarà pertanto determinante, decidendo di asportare un nevo satellite, definire quanto l'esito cicatriziale possa essere (o diventare), peggiore del nevo stesso. Chiaramente questa decisione, pur spettando ai genitori e/o all'interessato, dovrà essere guidata dallo Specialista che indicherà quali sono i nevi satelliti che teoricamente potrebbero dare una risposta cicatriziale ideale. In linea di massima si può comunque affermare che, dal punto di vista sociale e nell'ambito del "comune senso estetico", una cicatrice risulta spesso più "accettata" (meglio meno notata), rispetto ad una grossa "macchia nera" quale può apparire un voluminoso nevo satellite.

Che cosa si può fare per i peli che crescono sui nevi?

Allo stato attuale non sono a disposizione metodiche che consentano la rimozione permanente del pelo. Sebbene molte siano le segnalazioni dell'utilizzo del laser per l'epilazione, in realtà ancora non esistono laser-trattamenti che offrano soddisfacenti risultati per aree estese, soprattutto in un'ottica di un risultato a lunga scadenza. In generale il metodo più sicuro di rimozione di un pelo è la semplice rasatura. L'utilizzo di creme depilatorie, pur essendo in alcuni casi efficace, può determinare irritazione della cute. In fin dei conti l'impiego di un rasoio elettrico, in particolare quelli creati per la depilazione delle gambe nelle donne, rappresenta forse la soluzione ottimale al problema. Non sembra che la depilazione così eseguita porti alla ricrescita di peli più folti e spessi. Molti genitori riferiscono che è sufficiente una rasatura ogni mese o due per mantenere un effetto soddisfacente.

Quali particolari precauzioni bisogna adottare per i bambini affetti da NMC?

La più importante precauzione è la protezione dai raggi solari. E' questa una misura di ordine generale valida per tutti i bambini: quelli con NMC dovrebbero soltanto essere considerati alla stregua dei bambini con carnagione molto chiara, che come noto hanno necessità di una maggiore protezione. Peraltro è invece vero che l'esposizione ai raggi solari determina nelle zone esposte la possibile comparsa di nuove formazione nevice.

Che possibilità ci sono che i successivi figli siano affetti da NMC?

Tale possibilità è veramente minima. Sono descritti casi di gemelli omozigoti in cui un bambino è affetto da NMC e l'altro no. Risulta insignificante anche il rischio che una persona affetta da NMC possa avere un figlio anch'esso colpito da NMC. Il NMC deve essere sempre considerato una patologia sporadica congenita di cui, a tutt'oggi, non è stato dimostrato alcuna sicura correlazione con fattori ereditari.