

Nevos melanocíticos na criança (adquiridos e congênitos) e fotoproteção

Nevos adquiridos, Spitz e Reed, halo, nevos congênitos por tamanho, risco de melanoma e melanose neurocutânea, ABCDE modificado para crianças, mancha mongólica e fotoproteção segundo a SBP

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Nevos adquiridos quase sempre são benignos. **O melanoma pediátrico é raro** e, abaixo de 10 anos, costuma ser **amelanótico, sangrante, elevado, de cor uniforme, de novo e de qualquer diâmetro** (Cordoro 2013). O **nevo melanocítico congênito (NMC)** é classificado pelo **tamanho projetado na idade adulta** (pequeno < 1,5 cm; médio 1,5–20; grande > 20–40; gigante > 40 cm); o risco de melanoma é **muito baixo nos pequenos e médios** e concentra-se nos **grandes e gigantes** e na criança com **dois ou mais NMC ao nascimento** (satélites), que também tem risco de **melanose neurocutânea** e indicação de **RM antes de 1 ano**. Pediatra (🟢): nevos comuns, NMC pequenos e médios, mancha mongólica típica. Dermatologista (🟡): NMC grande ou múltiplo, Spitz, Reed, halo atípico e lesão que muda, sangra ou cresce. Sinais neurológicos em criança com NMC grande ou múltiplo, ou queimadura solar extensa, com febre ou em lactente, vão ao **pronto-socorro** (🔴). Fotoproteção (SBP): **sem sol direto nem filtro < 6 meses, FPS ≥ 30 depois**, roupa, chapéu, sombra, evitar 10–16 h; **bronzamento artificial é proibido no Brasil** (Anvisa, RDC 56/2009). Vitamina D vem do **suplemento**, não do sol.

1. O que é e como se apresenta

Nevos melanocíticos são proliferações benignas de melanócitos, **congênitos** ou **adquiridos**; o número de adquiridos depende da genética, do fototipo e do **sol e das queimaduras na infância** (SBP 2015).

- **Nevo adquirido comum:** mácula castanha que vira pápula; é **normal crescer com o corpo** e escurecer na puberdade. Preocupa o nevo **diferente dos demais** ("patinho feio") ou que muda desproporcionalmente.
- **Nevo de Spitz:** pápula **rósea ou avermelhada** em cúpula, de crescimento inicial rápido até 1–2 cm, em face e membros; pode sangrar e simular granuloma piogênico (AEPap 2010). **Nevo de Reed:** pápula **negra** pequena, em membros inferiores. Benignos, mas **simulam melanoma**; existe o tumor de Spitz atípico.
- **Nevo halo (Sutton):** halo acrômico ao redor de um nevo, por resposta imune; pode regredir totalmente. Associa-se a **vitiligo** (veja **Vitiligo e outras manchas brancas na criança**).
- **Mancha mongólica (melanocitose dérmica):** manchas **azul-acinzentadas** congênitas, lombossacrais e glúteas, **benignas**, que **desaparecem na infância**. Extensas, persistentes ou fora dessa região podem associar-se a doenças de depósito lisossômico e facomatose pigmentovascular, e lembram hematomas (SBP, GPA nº 140/2024): **registre ao nascimento** (sugestão do site).

Nevo melanocítico congênito. Cerca de 1% dos recém-nascidos; mácula ou placa castanha a negra que com o tempo pode ficar rugosa e com pelos. O site usa a classificação de **Krengel 2013**, pelo **maior diâmetro projetado para a idade adulta**; a antiga (pequeno < 1,5 cm, médio 1,5–20, grande > 20 cm), ainda usada pela AEPap 2010, não separa grande de gigante:

CATEGORIA	TAMANHO PROJETADO ADULTO	RISCO
Pequeno	< 1,5 cm	Muito baixo
Médio	1,5–10 cm (M1); > 10–20 cm (M2)	Baixo (< 1% na vida, quase nulo antes da puberdade)
Grande	> 20–30 cm (L1); > 30–40 cm (L2)	Aumentado
Gigante	> 40–60 cm (G1); > 60 cm (G2)	Maior risco de melanoma e melanose neurocutânea

Para projetar, multiplique o diâmetro no lactente por **1,7 na cabeça, 2,8 no tronco, braços e pés e 3,3 nas pernas** (DermNet). Registre os **satélites no 1º ano**.

Risco de melanoma. Na revisão de Krengel (2006; 6.571 pacientes), **0,7%** tiveram melanoma, mediana de 7 anos, com risco muito maior nos NMC ≥ 40 cm. Nos pequenos e médios, o risco é < 1% na vida (Price e Schaffer 2010). No Great Ormond Street (Kinsler 2017), o melanoma infantil ocorreu em **0% dos NMC únicos**, 1% dos múltiplos com o maior < 60 cm, 8% com o maior > 60 cm e **12% com RM anormal**.

Melanose neurocutânea. Melanócitos nas leptomeninges ou no parênquima, mais provável com **NMC grande ou gigante, numerosos satélites ou dois ou mais NMC ao nascimento**.

Melanoma pediátrico: 1% a 3% das neoplasias malignas da infância, mais de 70% entre 15 e 19 anos (SBP 2015). Riscos: NMC grande ou múltiplo, **muitos nevos**, nevos atípicos, **história familiar de melanoma**, xeroderma pigmentoso, imunossupressão.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Nevos adquiridos simétricos e semelhantes entre si; NMC pequeno ou médio único, homogêneo, sem nódulos; halo com nevo central típico; mancha mongólica lombossacral típica	Pediatra: exame da pele e foto com régua nas consultas; fotoproteção
● Moderada	Prioritário: ABCDE ou critério de Cordoro, "patinho feio", mudança desproporcional, sangramento espontâneo, nódulo novo em NMC; NMC grande/gigante ou ≥ 2 NMC ao nascimento — avaliação antes dos 6 meses de vida. Eletivo: Spitz, Reed, halo atípico, > 50 nevos, melanoma na família, NMC médio em face, couro cabeludo ou mucosa, melanoníquia, mancha mongólica atípica	Dermatologista (pediátrico quando houver), levando as fotos; seguimento conjunto
● Grave	NMC grande, gigante ou múltiplo com convulsão, sinais de hipertensão intracraniana , perímetro cefálico cruzando percentis ou déficit focal; queimadura solar com bolhas extensas, febre, desidratação ou em < 1 ano; insolação	Pronto-socorro

Fatores de risco que elevam a gravidade: NMC > 40 cm, em tronco, com satélites ou múltiplo; RM anormal; lesão **amelanótica, nodular ou sangrante** em < 10 anos; melanoma em parente de 1º grau; fototipo I–II, muitos nevos, queimaduras; imunossupressão.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico. Examine toda a pele, inclusive couro cabeludo, palmas, plantas, unhas, mucosas e genitais.

- **ABCDE clássico:** Assimetria, Bordas irregulares, Cor variada, Diâmetro > 6 mm, Evolução.
- **Critérios pediátricos (Cordoro 2013):** 60% dos melanomas em < 10 anos e 40% dos de 11–19 anos **não tinham** ABCDE clássico. Use junto: **A**melanótico; **B**leeding (sangramento) e **bump** (nódulo); **C**or uniforme; **D**e novo e qualquer **d**iâmetro; **E**volução.
- **NICE (NG12):** lista ponderada de 7 pontos — mudança de tamanho, forma irregular, cor irregular (2 pontos cada); diâmetro ≥ 7 mm, inflamação, secreção, alteração de sensibilidade (1 ponto); ≥ 3 = **encaminhar por suspeita de câncer**.

Fotografia: o pediatra fotografa **com régua milimetrada** (com autorização) os NMC e as lesões que preocupam. Para lesão atípica sem indicação de exérese, o NICE recomenda foto de base e **revisão em 3 meses** (NG14). **Dermatoscopia** é do dermatologista; na criança o padrão **globular** é normal e o Spitz típico tem padrão em **explosão estelar** (Lallas 2017).

Exames:

- **RM de crânio e coluna total com gadolínio** (SBP e MS sem posição; o site segue Kinsler 2017, Great Ormond Street): criança com **dois ou mais NMC ao nascimento**, de qualquer tamanho e local (inclui NMC grande com satélites), **antes de 1 ano, idealmente antes de 6 meses**, quando a mielinização ainda não mascara a melanina; normal, não se repete de rotina. **NMC único sem satélites**: RM não é rotina (Kinsler 2008); decisão do especialista.
- **Biópsia**: decisão do dermatologista, por **exérese completa** para histologia. Lesões spitzoides atípicas são discutidas em equipe e, se de potencial maligno incerto, conduzidas como melanoma (NICE NG14).

Diferencial que não pode passar:

- **Melanoma amelanótico** tomado por granuloma piogênico, verruga ou hemangioma — pápula rosada que cresce e sangra vai à biópsia.
- **Mancha mongólica × equimose por maus-tratos**: a mancha é congênita e não muda de cor em dias; na suspeita de violência, **notificação obrigatória (compulsória)**.
- **Manchas café com leite** (≥ 6 sugerem NF1) e **nevo spilus** — veja **Manchas café com leite e genodermatoses — neurofibromatose tipo 1 e esclerose tuberosa**.
- Nevo azul, nevos de Ota e Ito, lentigos, mastocitoma (sinal de Darier; veja **Mastocitose cutânea na criança**).

4. Tratamento e seguimento

Pediatra:

- Exame da pele e fotos nas consultas de puericultura (calendário SBP).
- **NMC pequeno e médio**: observação; **exérese profilática não é necessária** (AEPap 2010; Price e Schaffer 2010). Retirada por estética ou dificuldade de vigilância é decisão compartilhada com dermatologista e cirurgião.
- **Halo típico**: observação e fotoproteção; investigar vitiligo se houver sinais.
- **Mancha mongólica típica**: nenhum tratamento; registrar e tranquilizar.

Especialista:

- **NMC grande, gigante ou múltiplo**: seguimento clínico e dermatoscópico por toda a vida, RM no 1º ano, avaliação de nódulos. A exérese profilática **não mostrou reduzir o risco de melanoma** (Kinsler 2017); cirurgia individualizada por estética, função e vigilância.
- **Spitz e Reed (Lallas 2017)**: assimétrico → exérese; nódulo simétrico → exérese ou vigilância estreita; plano e simétrico → **vigilância dermatoscópica a cada 3–6 meses abaixo de 12 anos** e exérese a partir de 12 anos.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Filtro solar amplo espectro (UVA/UVB)	FPS ≥ 30 em toda pele exposta; 6 meses a 2 anos, filtro físico/mineral	Aplicar 15–30 min antes; reaplicar a cada 2 h e após água ou suor	Todo dia de exposição, inclusive nublado	Não usar < 6 meses (SBP 2018; SBP GPA nº 140/2024); reaplicação (INCA; AAP)
Colecalciferol (vitamina D3)	400 UI/dia no 1º ano; 600 UI/dia de 1 a 18 anos	1 vez/dia	Contínuo	SBP 2024; com fotoproteção obrigatória (NMC gigante, xeroderma): 1.200–1.800 UI/dia com monitoramento (SBP 2024)
Paracetamol (dor da queimadura solar)	10–15 mg/kg/dose (máx. 500 mg/dose < 12 anos; 1 g ≥ 12 anos)	4–6 h; máx. 5 doses e 75 mg/kg/dia (≤ 4 g/dia)	≤ 48–72 h sem reavaliação	Padrão do site (SBP; bula); risco cumulativo hepático
Ibuprofeno (dor da queimadura solar)	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Curto	Padrão do site (SBP; bula); ≥ 6 meses ; evitar se desidratado

Fotoproteção (SBP):

- **< 6 meses: sem sol direto e sem filtro** (falta de estudos de segurança); sombra, capota do carrinho (sem panos por cima), chapéu e roupa de manga longa (SBP GPA nº 140/2024).
- **≥ 6 meses: FPS ≥ 30**, amplo espectro; mineral até 2 anos (SBP GPA nº 140/2024).
- **Evitar 10–16 h**; de 6 a 12 meses, exposições breves fora desse horário (SBP 2018).
- **Roupa, chapéu, óculos UV e sombra** (INCA).
- **Bronzeamento artificial proibido no Brasil** (Anvisa, RDC nº 56/2009).
- **Vitamina D**: a SBP e o Consenso Brasileiro de Fotoproteção **não indicam sol sem proteção** para esse fim; a fonte é o **suplemento** (SBP 2018 e 2024).

Não fazer: remover nevo por laser, cauterização ou "shave" sem histologia; exérese "preventiva" de NMC pequeno; filtro em < 6 meses; romper bolhas.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Critérios: os da linha  — NMC grande ou múltiplo (ou melanose neurocutânea) com convulsão, sinais de hipertensão intracraniana, rebaixamento ou déficit focal; queimadura solar extensa, com febre, desidratação ou em < 1 ano; insolação.

Como encaminhar:

- **Convulsão ≥ 5 min:** midazolam IN 0,2 mg/kg, bucal 0,3 mg/kg ou IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg), ou diazepam retal 0,5 mg/kg (máx. 10 mg); via aérea, decúbito lateral e **oxigênio para manter SpO2 $\geq 94\%$** no transporte (padrão do site). Suspeita de hipertensão intracraniana: cabeceira elevada, jejum, transporte monitorado (SAMU 192).
- **Queimadura solar ou hipertermia:** ambiente fresco, compressas frias (não geladas), hidratação oral se consciente, analgesia nas doses acima, bolhas cobertas sem romper.
- **Melanoma suspeito** não vai ao pronto-socorro, mas exige encaminhamento **com urgência** ao dermatologista e à oncologia pediátrica.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Quase todas as pintas são benignas e crescem com o corpo. Fotografe com régua ao lado a cada 3–6 meses."
- **Consulta em poucos dias se uma pinta:** crescer mais que as outras, mudar de forma ou cor, ficar diferente das demais, **virar um caroço, sangrar sem machucar**, coçar ou doer sempre — ou se surgir **bolinha rosada que cresce**, mesmo sem cor escura.
- **Pronto-socorro se:** convulsão, vômitos com dor de cabeça ou sonolência, moleira estufada (na criança com nevo congênito grande ou múltiplo); queimadura de sol com bolhas grandes, febre ou em bebê < 1 ano; criança quente, mole ou confusa após o sol.
- **Mancha mongólica:** "não é roxo e clareia com os anos."
- **Sol:** bebê < 6 meses na sombra e sem filtro; depois, FPS 30 ou mais a cada 2 horas, chapéu e roupa; vitamina D em gotas.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
NMC e risco	Maior risco no NMC gigante e nevos múltiplos	Sem protocolo localizado	Sem diretriz específica localizada	Sem recomendação para NMC	< 1,5 / 1,5–20 / > 20 cm; risco no gigante	Sem posição específica localizada	Gigante > 40 cm com maior risco	Segue o NICE
Deteção e encaminhamento	Mudança, sangramento, ABCDE	Sem protocolo localizado	Sem diretriz específica localizada	7 pontos ≥ 3; dermatoscopia; foto e revisão em 3 meses	Encaminha gigante, atípico, halo, Spitz, mudança	Sem posição específica localizada	Observar; excisão se preocupação	Segue o NICE
RM e Spitz	Sem posição localizada	Sem posição localizada	Sem posição localizada	Spitzoide atípico em equipe; incerto = melanoma	Spitz: confirmação pelo dermatologista	Sem posição específica localizada	Imagem nos nevos grandes	Segue o NICE
< 6 meses	Sem sol direto; sem filtro	Sem posição para lactente	Sem sol direto; filtro em áreas pequenas se inevitável	Bebês são grupo de risco (NG34)	Evitar sol; creme se inevitável	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Filtro, horário, câmaras	FPS ≥ 30; 10–16 h; câmaras proibidas	FPS ≥ 15; 10–16 h; câmaras proibidas (RDC 56/2009)	FPS ≥ 15; 10–16 h; desaconselha câmaras	Mensagens equilibradas, sem FPS fixo	FPS ≥ 15; evitar sol central	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Vitamina D e sol	Suplemento; sol sem proteção não indicado	Sem posição localizada	Dieta e suplemento, com fotoproteção	Ver guia de vitamina D	10–15 min/dia de sol sem proteção (2009)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: Há concordância sobre a benignidade da maioria dos nevos, o risco nos NMC grandes e múltiplos e o encaminhamento por mudança, sangramento ou nódulo. Divergências: **(1) filtro < 6 meses** — a SBP não recomenda; AAP e PrevInfad aceitam pouca quantidade em áreas expostas se sombra e roupa não bastam; **(2) FPS mínimo** — SBP ≥ 30; INCA, AAP e PrevInfad ≥ 15; **(3) vitamina D** — a PrevInfad (2009, sinalizada como desatualizada) propõe 10–15 minutos diários de sol sem proteção, o que a SBP rejeita. Para **RM e Spitz/Reed**, nem SBP nem Ministério da Saúde têm posição localizada: o site segue a coorte do Great Ormond Street (Kinsler 2017) e o consenso da International Dermoscopy Society (Lallas 2017). **O site adota a posição da SBP** em fotoproteção, filtro solar e vitamina D.

PONTOS PRÁTICOS

1. Examine toda a pele e fotografe com régua os nevos congênitos e as lesões que preocupam; compare a cada consulta.
2. Na criança pequena, o melanoma é rosado, elevado, sangrante e de novo: use Cordoro junto com o ABCDE e biopsie a pápula rosada que cresce e sangra.
3. NMC pequeno e médio: risco muito baixo, sem exérese profilática. NMC grande, gigante ou dois ou mais ao nascimento: dermatologista antes dos 6 meses e RM de crânio e coluna antes de 1 ano.
4. Spitz, Reed, halo atípico e nevo que muda vão ao dermatologista; nunca remover nevo sem histologia.
5. Mancha mongólica é benigna: registre ao nascimento; investigue se extensa, persistente ou fora da região lombossacral.
6. SBP: sem sol direto nem filtro < 6 meses; FPS ≥ 30 depois; evitar 10–16 h; bronzeamento artificial proibido; vitamina D por suplemento.

Veja também, nesta Biblioteca: **Manchas café com leite e genodermatoses — neurofibromatose tipo 1 e esclerose tuberosa, Vitiligo e outras manchas brancas na criança e Mastocitose cutânea na criança** (nesta área); **Hemangiomas Infantis; Cálcio, vitamina D e raquitismo** (Endocrinologia pediátrica); **Acidentes domésticos — intoxicações, corpo estranho, queimaduras, mordeduras e afogamento** (Patologias do consultório); **Exposição ao Sol no Primeiro Ano** (Pais e cuidadores).

8. Fontes

- SBP. Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido. GPA nº 140, 2024. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Dermatologia. Fotoproteção na criança, 2018. sbp.com.br
- SBP. Bau AEK. Proteção solar na infância, 2015. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, INCA. Como se proteger do câncer de pele. gov.br/inca
- Anvisa. Câmaras de bronzeamento artificial (RDC nº 56/2009). gov.br/anvisa
- AAP. Balk SJ et al. Ultraviolet radiation — a hazard to children and adolescents. Pediatrics, 2011. [PubMed](#); Sun Safety (HealthyChildren.org), 2024. healthychildren.org
- NICE. Suspected cancer (NG12). nice.org.uk; Melanoma (NG14), 2015/2022. nice.org.uk; Sunlight exposure (NG34), 2016. nice.org.uk
- AEPap. Roustán Gullón G et al. Indicaciones de estudio y derivación de los nevos melanocíticos. FAPAP, 2010. [PDF](#); PrevInfad. Protección solar, 2009. previnfad.aepap.org

- Boston Children's Hospital (Harvard). Congenital Nevi (Moles) in Children. childrenshospital.org
- Cordoro KM et al. Pediatric melanoma and modified ABCD criteria. J Am Acad Dermatol, 2013. [PubMed](#)
- Krengel S et al. Categorization of congenital melanocytic nevi. J Am Acad Dermatol, 2013. [PubMed](#); Krengel 2006 (revisão sistemática), Br J Dermatol. [PubMed](#)
- Kinsler VA et al. Melanoma in congenital melanocytic naevi. Br J Dermatol, 2017. [PMC](#); Kinsler 2008, Br J Dermatol. [PubMed](#)
- Price HN, Schaffer JV. Congenital melanocytic nevi — when to worry. Clin Dermatol, 2010. [PubMed](#)
- Lallas A et al., International Dermoscopy Society. Spitz/Reed naevi — dermoscopy and management. Br J Dermatol, 2017. [PubMed](#)
- DermNet. Congenital melanocytic naevi. dermnetnz.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.