



SBD
Sociedade Brasileira de
Cirurgia Dermatológica

Surgical & Cosmetic Dermatology

www.surgicalcosmetic.org.br/

Abordagem cirúrgica de retroníquia refratária a tratamentos clínicos

Surgical approach to retronychia refractory to clinical treatments

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2022140064>

RESUMO

Retroníquia é uma onicopatia inflamatória caracterizada pelo crescimento desordenado e empilhamento de lâminas ungueais, associados ao desequilíbrio na produção matricial de placas, que costumam se sobrepor. Este quadro pode estar associado a trauma, evoluindo com reação inflamatória junto à dobra ungueal proximal e formação de tecido de granulação. Relatamos o caso de um paciente com retroníquia no hálux esquerdo, submetido a tratamento cirúrgico após falhas de respostas terapêuticas a tratamentos clínicos prévios. A abordagem cirúrgica levou à avulsão das lâminas ungueais sobrepostas e à exérese de volumosos tecidos de granulação, com adequada evolução no pós-operatório.

Palavras-chave: Doenças da unha; Unhas; Unhas encravadas

ABSTRACT

Retronychia is an inflammatory onychopathy characterized by the disordered growth and stacking of nail plates, associated with an imbalance in the matrix production of plaques, which tend to overlap. This condition may be associated with trauma, evolving with an inflammatory reaction along the proximal nail fold and granulation tissue formation. We report the case of a patient with retronychia in the left hallux, submitted to surgical treatment after failure of therapeutic responses with previous clinical treatments. The surgical approach led to the avulsion of the overlapping nail plates and the excision of voluminous granulation tissues, achieving adequate postoperative evolution.

Keywords: Nail diseases; Nails; Nails ingrown

Como eu faço?

Autores:

Iago Gonçalves Ferreira^{1,2}
Livia Giacomet²
Ana Cristina Dornelles¹
Renan Minotto¹

- ¹ Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Serviço de Dermatologia, Porto Alegre (RS), Brasil.
- ² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil.

Correspondência:

Renan Minotto
Email: rminotto@gmail.com /
Alternative email: iago_goncalves14@hotmail.com

Fonte de financiamento: Nenhuma.
Conflito de interesses: Nenhum.

Data de submissão: 24/06/2021
Decisão Final: 18/08/2021

Como citar este artigo:

Ferreira IG, Giacomet L, Dornelles AC, Minotto R. Abordagem cirúrgica de retroníquia refratária a tratamentos clínicos. *Surg Cosmet Dermatol.* 2022;14:e20220064.



INTRODUÇÃO

Retroníquia é uma onicopatía inflamatória de etiopatogenia ainda pouco conhecida, caracterizada pelo crescimento desordenado e empilhamento de lâminas ungueais, associados ao desequilíbrio na produção matricial de placas e inflamação na região da dobra ungueal proximal.¹⁻³ O termo ‘retroníquia’ origina-se do latim ‘retro’ (‘para trás’) e do grego ‘oníquia’ (‘unha’), sendo descrito pela primeira vez por De Berker e Renall, em 1999, durante o 8º Congresso da Academia Europeia de Dermatologia e Venereologia.^{4,5}

A retroníquia tem como principal mecanismo desencadeante o microtraumatismo ungueal, que provoca a perda da fixação da lâmina ungueal à matriz, acarretando nova produção matricial de placas e crescimento de uma nova lâmina sob a anterior. Esta rara condição afeta principalmente os háluxes, sendo precipitada por fatores como: uso de calçados apertados e não maleáveis e atividades associadas a traumas repetitivos (corrida, montanhismo, dança, entre outros).^{2,3,6-8}

Nos casos refratários a tratamentos clínicos, a abordagem cirúrgica pode ser adotada com finalidades diagnóstica e curativa, sendo realizada por meio da avulsão das lâminas ungueais sobrepostas e excisão do tecido de granulação.^{3,6,9} Este estudo teve como objetivo a descrição de técnica cirúrgica adotada em caso de retroníquia em hálux.

MÉTODOS

Trata-se de relato de caso de paciente masculino, 35 anos, sem comorbidades, apresentando quadro de dor, edema e rubor na dobra ungueal proximal e cutícula do hálux esquerdo, com evolução há cerca de quatro meses. Fez uso de antibióticos (cefalexina e amoxicilina) e anti-inflamatórios, além de uso tópico de clobetasol, incluindo o modo oclusivo, ácido fusídico, mupirocina e gentamicina, sem melhora do quadro. Os sinais e sintomas surgiram pelo hábito de apoiar as extremidades distais dos háluxes no chão enquanto trabalhava em frente ao computador em home office devido à pandemia de Covid-19. Negava quadro prévio semelhante e uso de calçados apertados, referindo inclusive uso de chinelos, meias ou mesmo estar descalço.

Ao exame, o aparelho ungueal do hálux esquerdo demonstrava eritema e aspecto inflamatório das dobras ungueais, edema e aparente hipertrofia da região do hiponíquio, onicólise, cromoníquia branco-amarelada e tecido de granulação emergindo sob a cutícula (Figuras 1 e 2).

A ultrassonografia evidenciou espessamento importante da dobra ungueal proximal e halo hipocogênico ao redor da matriz ungueal, associados ao rompimento da porção proximal da lâmina ungueal ventral, sugestiva de fragmento. Não foi identificada remodelação óssea. Ao doppler, notou-se aumento do fluxo próximo à prega ungueal proximal e à matriz (Figura 3).

O procedimento cirúrgico foi iniciado com o posicionamento do paciente em decúbito dorsal, apoiando-se o membro afetado, fletido, sobre suporte acolchoado, com a planta do pé sobre a superfície da maca. Em seguida, procedeu-se à organização



FIGURA 1: Exame dermatológico de hálux esquerdo evidenciando volumoso tecido de granulação na borda ungueal – planos longitudinal e frontal



FIGURA 2: Dermatoscopia de lâmina ungueal de hálux esquerdo, demonstrando tecido de granulação volumoso sob a borda ungueal proximal

da mesa cirúrgica, à antissepsia local e à colocação dos campos cirúrgicos.

A anestesia local foi realizada por meio de bloqueio anestésico (digital, distal, bilateral do hálux afetado) com lidocaína a 2% sem vasoconstritor. Posteriormente, efetuou-se a hemostasia com dreno de Penrose número 2, em torniquete, seguido do descolamento da primeira placa ungueal e rebatimento da dobra ungueal proximal (DUP) com auxílio de ponteira de eletrocautério (Figura 4). A partir do descolamento da placa, evidenciou-se e excisou-se volumoso tecido de granulação, prosseguindo-se com o descolamento da segunda e terceira placas ungueais, em sequência.

Em seguida, realizou-se a exérese do tecido de granulação e debris inflamatórios em profundidade, com limpeza total da cavidade com soro fisiológico. Reposicionou-se a DUP com colocação de dreno de látex de lúmen largo, com extremidade distal avançando sobre o leito para drenagem de secreções pós-

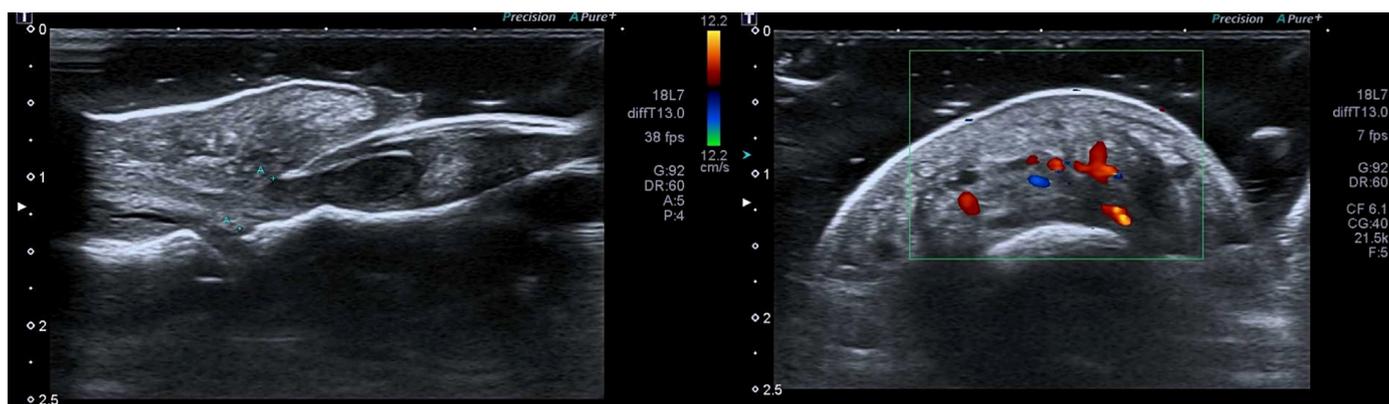


FIGURA 3: Ultrassonografia *doppler* de hálux esquerdo, em cortes lateral e frontal, evidenciando lâminas ungueais sobrepostas abaixo da borda ungueal proximal e fluxo sanguíneo aumentado na região do tecido de granulação

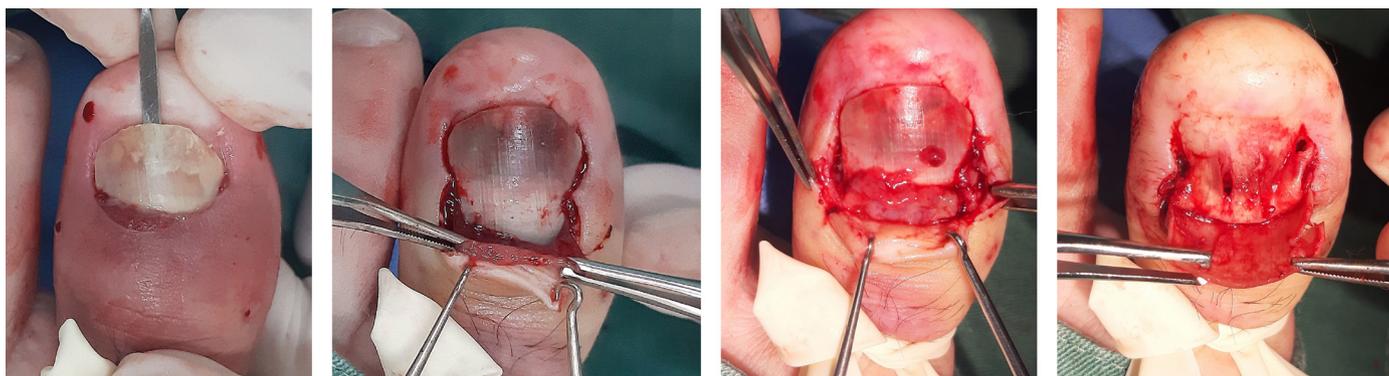


FIGURA 4: Sequência do ato operatório: descolamento inicial da primeira placa, rebatimento da dobra ungueal proximal, exposição e remoção de tecido de granulação sob a dobra, placa rebatida e visualização de segunda placa distrófica sob a primeira

-operatórias (Figuras 5 e 6). Procedeu-se então à sutura bilateral com fio mononylon 5-0 e aplicação de curativo volumoso de contenção, com mupirocina, gaze e atadura de crepom. O paciente foi orientado a realizar curativos diários, além do uso de antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos.

RESULTADOS

O paciente evoluiu com boa recuperação no pós-operatório, apresentando melhora clínica do quadro (Figura 7). O exame anatomopatológico evidenciou inflamação crônica ulcerada com formação de tecido de granulação exuberante em leito ungueal (Figura 8).

DISCUSSÃO

Apresenta-se relato de caso de retroníquia com reação inflamatória extensa em paciente jovem, evoluindo com paroníquia e dor no hálux esquerdo. O diagnóstico da retroníquia

é baseado nas manifestações clínicas, que incluem: paroníquia, onicomadese, cromoníquia, diminuição e interrupção do crescimento ungueal e formação de novas placas em conglomerados, além da produção de tecido de granulação, emergindo sob a prega ungueal.^{1-3,6} Além disso, podem ser observadas outras alterações ungueais, como xantoníquia, onicólise e hematoma subungueal.^{2,6} Apesar do quadro clínico característico, casos de retroníquia são frequentemente subdiagnosticados, tornando a ultrassonografia um importante recurso diagnóstico.²

Nesse sentido, Fernández et al. estabeleceram critérios ultrassonográficos diagnósticos para retroníquia: presença de halo hipoeicoico ou banda em torno da origem; distância entre a origem da lâmina ungueal e da base da falange distal ($\geq 5,1$ mm nos hálux e/ou diferença $\geq 0,5$ mm em relação ao hálux contralateral); espessura da prega ungueal proximal ($\geq 2,2$ mm para homens ou $\geq 1,9$ mm para mulheres e/ou $\geq 0,3$ mm em relação ao hálux contralateral). Dessa forma, a presença simultânea destes

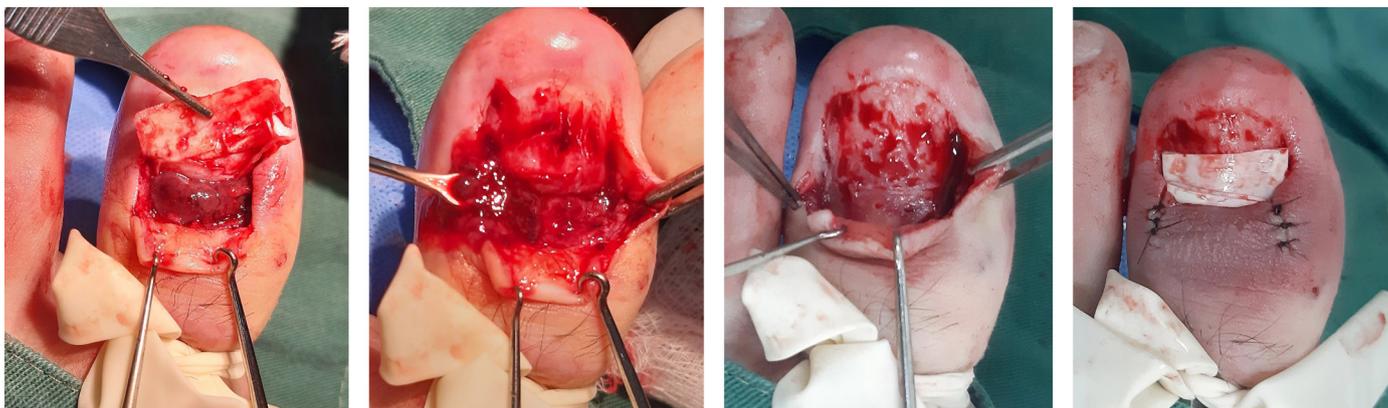


FIGURA 5: Sequência do ato operatório: desprendimento da segunda placa e visualização de abundante tecido de granulação em profundidade, retirada do material granulomatoso, remoção da terceira placa fragmentada e distrófica, retirada de tecidos desvitalizados sobre o leito, limpeza e lavagem da cavidade, colocação de dreno de látex, reposicionamento da dobra proximal, sutura

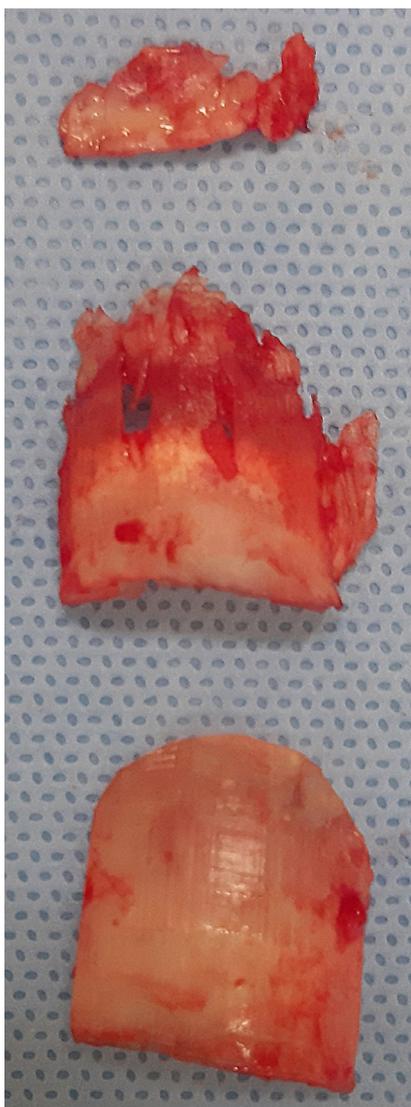


FIGURA 6: Lâminas ungueais excisadas durante cirurgia ungueal de retrôníquia no hálux esquerdo*

*Lâminas expostas em sequência, da primeira à última placa retirada, de baixo para cima

três critérios pode indicar o diagnóstico de retrôníquia unilateral, sendo que, nos casos bilaterais, a presença de ao menos dois critérios, sendo um deles a presença de um halo hipoeicoico, pode favorecer o diagnóstico.¹⁰

No caso reportado, a ultrassonografia evidencia os três critérios ultrassonográficos diagnósticos (aumento da distância entre a origem da lâmina ungueal e da base da falange distal; aumento da espessura da prega ungueal proximal e halo hipoeicoico abaixo da origem da placa). Observa-se ainda o aumento do fluxo sanguíneo na derme da prega ungueal posterior ao doppler.

Em relação ao tratamento de retrôníquia, nas formas leves, pode-se adotar abordagem conservadora, tendo em vista que algumas dessas formas podem involuir espontaneamente. O tratamento conservador inclui o uso de fita adesiva e órteses para fixação da lâmina ungueal 'solta' na região proximal ou a aplicação de corticoides tópicos na borda ungueal proximal. A terapia tópica pode atuar reduzindo a inflamação e o edema na prega ungueal proximal, como observado por Lencastre et al. em que esteroides tópicos, associados ou não à oclusão, apresentaram resposta clínica completa ou parcial em 41,1% e 28,5% dos casos de retrôníquia, respectivamente.¹¹ Todavia, apesar da melhora clínica, as recorrências nestas situações são frequentes.^{3,6,7,9}

Assim, em casos avançados e/ou de recorrência, a abordagem cirúrgica demonstra-se mais indicada, promovendo a resolução do quadro a partir da avulsão das lâminas ungueais sobrepostas e excisão de tecido de granulação,^{1,3,6,7} como realizado no caso reportado. O exame histopatológico não é essencial para diagnóstico, contudo recomenda-se que o material excisado seja encaminhado para análise histopatológica a fim de se excluir o diagnóstico de neoplasias da prega ungueal proximal, conforme realizado no caso.

No que concerne às complicações pós-operatórias, estas envolvem onicocriptose, micrôníquia, onicodistrofia e hipertro-



FIGURA 7: Exame dermatológico pós-operatório com 14 dias e após 60 dias, em seqüência

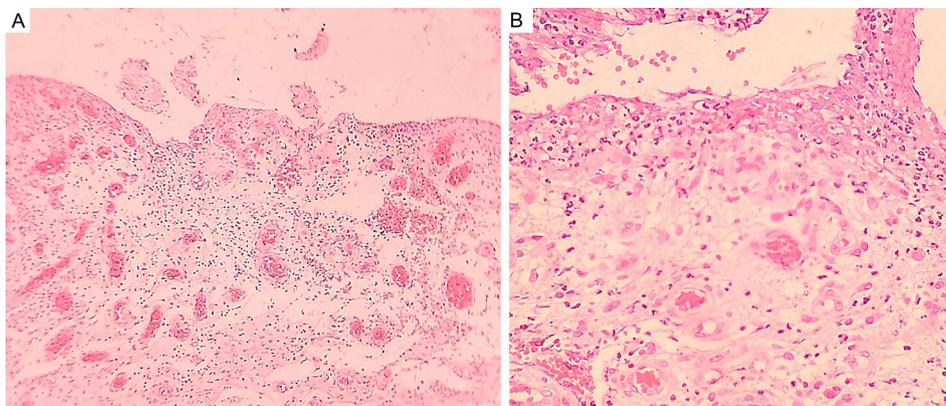


FIGURA 8: Exame histopatológico do tecido de granulação excisado, evidenciando infiltrado neutrofílico, extravasamento de hemácias e depósitos de fibrina em derme: coloração H&E 100x **A** e 400x **B**

fia dos tecidos periungueais.^{1,3,6,7} A recorrência pós-cirúrgica é rara, mas pode ocorrer. Portanto, deve-se orientar os pacientes acerca de medidas preventivas para evitar fatores desencadeantes como: uso de calçados de tamanho adequado, correção de distúrbios ortopédicos dos pés e desvios de crescimento ungueal.^{3,6,9}

CONCLUSÃO

Descreve-se técnica cirúrgica adotada em caso de retro-níquia de manifestação exuberante, sem resposta clínica prévia, observando-se, no transoperatório, quantidade abundante de tecido de granulação, inclusive sob as placas, ressaltando a gravidade e peculiaridade do caso, raramente reportado na literatura. Cabe ressaltar que a técnica descrita consiste em uma das opções possíveis para o tratamento cirúrgico desses casos. ●

REFERÊNCIAS:

1. Ventura F, Correia O, Duarte AF, Barros AM, Haneke E. "Retronychia--clinical and pathophysiological aspects". *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(1):16-9.
2. Nagrani N, Castillo DE, Al-Mohanna H, Tosti A. Occupational retronychia: a report of a case in a UPS employee. *Skin Appendage Disord*. 2019;5(3):169-71.
3. Litaïem N, Drissi H, Zeglaoui F, Khachemoune A. Retronychia of the toenails: a review with emphasis on pathogenesis, new diagnostic and management trends. *Arch Dermatol Res*. 2019;311(7):505-12.
4. Berker D, Renall J. Retronychia - proximal ingrowing nail. *Eur Acad Dermatol Venereol*. 1999;12(Suppl 2):S126.
5. Berker DA, Richert B, Duhard E, Piraccini BM, André J, Baran R. Retronychia: proximal ingrowing of the nail plate. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(6):978-83.
6. Mello CDBF, Souza MDRE, Noriega LF, Chiacchio ND. Retronychia. *An Bras Dermatol*. 2018;93(5):707-11.
7. Sudy E, Urbina F, Wortsman X. Retronychia. *Asian J Res Dermatol Sci*. 2018;1(1):1-9.

8. Alonso-Pacheco ML, Miguel-Mendieta E, Maseda-Pedrero R, Mayor-Arenal M. Reironychia: a case report including ultrasound imaging and surgical treatment. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(5):e33-7.
9. Gerard E, Prevezas C, Doutre MS, Beylot-Barry M, Cogrel O. Risk factors, clinical variants and therapeutic outcome of reironychia: a retrospective study of 18 patients. *Eur J Dermatol.* 2016;26(4):377-81.
10. Fernández J, Reyes-Baraona F, Wortsman X. Ultrasonographic criteria for diagnosing unilateral and bilateral reironychia. *J Ultrasound Med.* 2018;37(5):1201-9.
11. Lencastre A, Iorizzo M, Caucanas M, Cunha N, Trakatelli MG, Zarea I, et al. Topical steroids for the treatment of reironychia. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(9):e320-22.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Iago Gonçalves Ferreira  ORCID 0000-0002-4695-1982

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Livia Giacomet  ORCID 0000-0001-8474-7002

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Ana Cristina Dornelles  ORCID 0000-0001-8597-117X

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Renan Minotto  ORCID 0000-0002-1451-0461

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.