

Onicomicose simulando melanoma acral ungueal: relato de caso

Gabriela Manea Soares^I, Andressa Fernanda Biscaino de Alcântara Ferreira^I,
Ana Vitória Bezerra Marques^I, Tatiana Veri de Arruda Mattos^{II},
Marilda Aparecida Milanez Morgado de Abreu^{III}, Ana Cláudia Cavalcante Espósito^{IV}

Clínica Corium (clínica particular), Presidente Prudente, São Paulo

Contexto: Onicomicose (tinha ungueal) pode ser causada por fungos dermatófitos, não dermatófitos ou leveduras. Raramente, pode se manifestar como melanoquinia longitudinal (mancha acastanhada, longitudinalmente, na lâmina ungueal), sendo diagnóstico diferencial do melanoma acral ungueal (MAU), uma neoplasia maligna do aparelho ungueal. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 63 anos de idade, com surgimento recente de melanoníquia longitudinal na unha do primeiro quirodáctilo direito. Tendo em vista a suspeita clínica de MAU, foi realizada biópsia da matriz ungueal. Laudo histopatológico evidenciou tratar-se de onicomicose. Paciente apresentou resolução completa do quadro após seis meses de tratamento com antifúngico oral. **Discussão:** Apesar da semelhança clínica entre a melanoníquia longitudinal do MAU e a de uma forma clínica incomum de onicomicose, tais doenças apresentam prognósticos díspares. Exames complementares, como o exame anatomopatológico da matriz ungueal, podem ser de fundamental importância na elucidação diagnóstica. **Conclusões:** O exame físico completo envolve a avaliação das unhas. A melanoníquia longitudinal não ocorre exclusivamente no MAU; doenças benignas, como a onicomicose, também podem ter a mesma manifestação clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Melanoma, onicomicose, biópsia, doenças da unha, dermatologia

INTRODUÇÃO

A onicomicose (ou tinha ungueal) é uma infecção fúngica ungueal comum que acomete até 10% da população. Pode ser causada por fungos dermatófitos, fungos filamentosos não dermatófitos ou leveduras.¹

Nas lesões clássicas de onicomicose, há um descolamento irregular da borda livre da unha associado ao espessamento da lâmina, hiperqueratose subungueal, máculas esbranquiçadas na superfície ungueal ou mesmo distrofia

total. Muito raramente, a onicomicose pode ter como uma das suas manifestações uma mácula acastanhada longitudinal (melanoníquia longitudinal), sendo diagnóstico diferencial o nevo melanocítico ungueal e o melanoma acral ungueal (MAU).²

Relatamos o caso de uma paciente idosa apresentando surgimento recente de melanoníquia longitudinal na unha do primeiro quirodáctilo direito, cuja suspeita clínica e dermatoscópica foi MAU, entretanto o exame anatomopatológico definiu o diagnóstico de onicomicose.

^IAlunas do curso de Medicina, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, São Paulo.

^{II}Patologista, Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia (LAPC), Presidente Prudente, São Paulo.

^{III}Dermatologista, pós-doutorado, professora da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, São Paulo.

^{IV}Dermatologista, mestra em Patologia, professora da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, São Paulo.

Editor responsável por esta seção:

Hamilton Ometto Stolf. Professor colaborador da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp), Campinas (SP) e professor aposentado do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-Unesp).

Endereço para correspondência:

Ana Cláudia Cavalcante Espósito
Clínica Corium

R. Estevan Peres Bomediano, 219 — Presidente Prudente (SP) — CEP 19023-210
Tel. (18) 3928-4578 — E-mail: anaclaudiaesposito@gmail.com

Fontes de fomento: nenhuma. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 15 de abril de 2020. Última modificação: 15 de abril de 2020. Aceite: 12 de maio de 2020.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 63 anos de idade, fototipo IV de Fitzpatrick, do lar, destra, relatava o surgimento há um ano de uma mancha acastanhada na unha do primeiro quirodáctilo da mão direita. Negava dor, sangramento local ou trauma antecedendo o surgimento da lesão. Negava tabagismo, comorbidades ou o uso contínuo de medicamentos. Negava antecedente pessoal ou familiar de melanoma.

Ao exame clínico, observou-se mancha acastanhada de configuração linear, distribuída longitudinalmente na porção medial da unha do primeiro quirodáctilo direito, além de hiperqueratose na porção lateral. A hiperpigmentação não acometia a prega ungueal proximal – sinal de Hutchinson negativo (**figura 1**). À dermatoscopia da lâmina ungueal, a melanoníquia longitudinal apresentava duas tonalidades amarronzadas e largura de 3 mm na porção proximal e de 2,8 mm na borda livre (**figura 2**). A hipótese diagnóstica, frente ao quadro de melanoníquia longitudinal de surgimento recente em idoso, foi de MAU.

Sob bloqueio anestésico, a lâmina ungueal foi rebatida e foi realizada biópsia (por *shaving*) de toda a porção pigmentada da matriz ungueal. Parte do material foi submetido a exame anatomopatológico e outra porção foi enviada para cultura. O exame histopatológico evidenciou dermatite perivascular superficial residual com acantose e pesquisa de fungos positiva na coloração PAS (Ácido Periódico de Schiff) (**figura 3**). A cultura não conseguiu isolar o agente etiológico.

O diagnóstico definitivo da paciente foi, então, de onicomicose, tendo sido prescrito antifúngico oral (terbinafina 250 mg,

um comprimido a cada 12 horas, uma semana ao mês). Após seis meses de tratamento a paciente apresentou cura clínica (**figura 4**). Não houve distrofia ungueal após a biópsia.

O presente relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste Paulista (CEP-UNOESTE), sob o número CAAE 00988818.9.0000.5515, em 10 de dezembro de 2019.

DISCUSSÃO

A manifestação dermatológica mais comum do MAU é a ocorrência de linha longitudinal acastanhada a enegrecida (melanoníquia longitudinal) que se estende da porção proximal da unha até a sua borda distal. Ocasionalmente, pode haver destruição completa da lâmina.³ A pigmentação pode também acometer a prega ungueal proximal (sinal de Hutchinson), entretanto este sinal não é patognomônico da doença, podendo também ocorrer nas onicomicoses.^{4,5}

No intuito de facilitar a suspeição clínica para o diagnóstico do MAU foi desenvolvido o acrônimo ABCDEF, sendo: A (*age*) - pico de incidência entre a quinta e a sétima décadas de vida; B (*nail band*) - examinar a lesão ungueal: cor geralmente variando de marrom a preta, espessura maior do que 3 mm ou irregular na pigmentação (mais larga na porção proximal do que na porção distal); C (*change*) - rápido ou recente aumento



Figura 1. Mácula acastanhada, linear e longitudinal, medialmente, na unha do primeiro quirodáctilo direito. Ausência de pigmentação na prega ungueal proximal – sinal de Hutchinson negativo.



Figura 2. Dermatoscopia: melanoníquia longitudinal, com duas tonalidades amarronzadas e largura de 3 mm, na porção proximal, e 2,8 mm, na borda livre da unha do primeiro quirodáctilo direito.

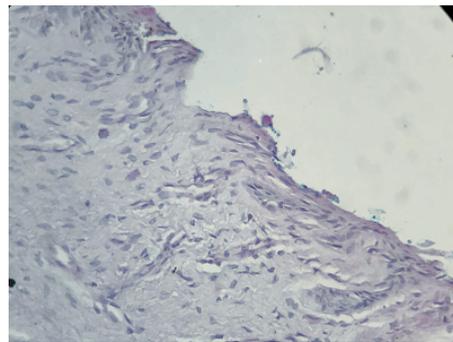


Figura 3. Epiderme com área focal de acantose, com discreto alongamento das cristas interpapilares. Na derme papilar e reticular superficial, infiltrado linfomononuclear perivascular e intersticial. Ausência de malignidade. Pesquisa para fungos positiva (coloração PAS, aumento de 40x).



Figura 4. Seis meses após o início do tratamento com terbinafina oral (250 mg, um comprimido a cada 12 horas, uma semana ao mês): resolução completa do quadro.

no tamanho da lesão; D (*digit involved*) - mais comum no primeiro quirodáctilo, seguido pelo hálux e, a seguir, pelo segundo quirodáctilo, sendo mais comum na mão dominante; E (*extension*) - presença do sinal de Hutchinson; F (*family*) - história familiar ou pessoal para síndrome do nevo displásico ou melanomas prévios.^{3,6,7} A paciente em questão estava na faixa etária de maior prevalência da doença. Além disso, sua lesão apresentava duas tonalidades, além de espessura limítrofe, crescimento recente e ocorrência na mão dominante, o que elevou a suspeita clínica de MAU.

Algumas lesões podem simular o MAU, dentre elas o nevo melanocítico congênito ou adquirido ungueal, o hematoma subungueal, a pigmentação étnica, a pigmentação induzida por drogas e a onicomiose, como no presente caso.^{4,5,7-9}

A onicomiose causada por fungo demáceo, apesar de rara, também pode se manifestar como mancha acastanhada longitudinal na lâmina, já que a coloração castanho-amarelada das células fúngicas pode impregnar o tecido do hospedeiro.⁵ Os principais fungos demáceos que são agentes etiológicos das onicomioses são: *Scytalidium dimidiatum*, *Fusarium sp*, *Wangiella dermatitidis*, *Exophiala dermatitidis*, *Scopulariopsis brevicaulis*, *Aspergillus niger*, *Alternaria sp*, *Penicillium sp* e *Acremonium sp*.¹⁰ A cultura para fungos é o método que, além de confirmar a infecção fúngica, permite o diagnóstico etiológico do agente causal. Entretanto, tal método tem sensibilidade de apenas 74,2%, o que justifica, inclusive, ter sido negativa no presente caso apresentado.¹¹

Reiteramos a raridade do caso apresentado frente ao pequeno número de ocorrências publicadas nas bases LILACS, Cochrane Library, EMBASE e MEDLINE (**Tabela 1**).

Tabela 1. Resultados da busca sistematizada nas bases de dados médicas MEDLINE, LILACS, Cochrane Library, e EMBASE realizadas no dia 01/04/2020

Base de dados	Estratégia de busca	Resultados
Embase (via Elsevier)	"longitudinal melanonychia" AND "onychomycosis"	7
Cochrane Library	"longitudinal melanonychia" OR "onychomycosis"	0
MEDLINE (via PubMed)	"longitudinal melanonychia" AND "onychomycosis"	22
LILACS (via BVS)	"melaníquia longitudinal" AND "onicomicose"	1

A definição etiológica da melaníquia longitudinal pode ser um grande desafio para o médico, inclusive para o dermatologista. A biópsia da lesão seguida por anatomopatológico do material é, muitas vezes, a única forma de se obter um diagnóstico definitivo.

CONCLUSÃO

A pigmentação acastanhada a enegrecida longitudinal ungueal não acontece exclusivamente no MAU, podendo ocorrer também em doenças benignas como a onicomiose. Entretanto, frente a achados clínicos e dermatoscópicos suspeitos, a melhor conduta é a realização de biópsia da matriz ungueal para a elucidação diagnóstica.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro CS, Zaitz C, Framil VM, et al. Descriptive study of onychomycosis in a hospital in São Paulo. *Braz J Microbiol.* 2015;46(2):485-92. PMID: 26273263; doi: 10.1590/S1517-838246220130541.
- Silva AP. Novas estratégias para o diagnóstico de onicomiose e tratamento por terapia fotodinâmica [tese]. São Carlos: Universidade de São Paulo; 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/76/76132/tde-11092017-151911/pt-br.php>. Acessado em 2020 (15 abr).
- Mendonça IM, Kac BK, Silva RT, et al. Melanoma do aparelho ungueal. *An Bras Dermatol.* 2004;79(5):575-80. doi: 10.1590/S0365-05962004000500008.
- Mole RJ, MacKenzie DN. *Cancer, melanoma, subungual*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020-2019. PMID: 29494087.
- Elloumi-Jellouli A, Triki S, Driss M, et al. A misdiagnosed nail bed melanoma. *Dermatol Online J.* 2010;16(7):13. PMID: 20673541.
- Dinato SLM, Grespan NZ, Almeida JRP, David Filho R, Romiti N. Melanoma lentiginoso acral com sinal de Hutchinson: relato de caso. *Diagn Tratamento.* 2014;19(4):155-8.
- Bilemjian APJ, Pineiro-Maceira J, Barcaui CB, Pereira FB.. Melaníquia: importância da avaliação dermatoscópica e da observação da matriz/leito ungueal. *An Bras Dermatol.* 2009;84(2):185-9. doi: 10.1590/S0365-05962009000200013.
- Desai A, Ugorji R, Khachmoune A. Acral melanoma foot lesions. Part 2: clinical presentation, diagnosis, and management. *Clin Exp Dermatol.* 2018;43(2):117-23. PMID: 29235153; doi: 10.1111/ced.13323.
- Di Chiacchio N, Hirata SH, Daniel R, et al. Consenso sobre dermatoscopia da placa ungueal em melaníquias. *An Bras Dermatol.* 2013; 88(2):313-7. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/textecc/traducao/dermatologia/files/artigos/unhas.pdf>. Acessado em 2020 (15 abr).
- Miot HA, Gumieiro JH, Poli JPV, Camargo RMP. Caso para diagnóstico. *An Bras Dermatol.* 2007;82(5):480-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v82n5/a13v82n05.pdf>. Acessado em 2020 (15 abr).
- Haghani I, Shokohi T, Hajheidari Z, Khalilian A, Aghili SR. Comparison of diagnostic methods in the evaluation of onychomycosis. *Mycopathologia.* 2013;175(3-4):315-21. PMID: 23371413; doi 10.1007/s11046-013-9620-9.