

Como eu faço?

Autores:

Caroline de Freitas Barbosa¹
Tatiana Villas Boas Gabbi¹

¹ Ambulatório de Onicopatias, Serviço de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência para:

Caroline de Freitas Barbosa
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255
Departamento de Dermatologia
Cerqueira César
01246-000, São Paulo, SP
Brasil
Email: carolfb_ca@hotmail.com

Data de recebimento: 11/08/2018

Data de aprovação: 24/09/2018

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum

Conflito de Interesses: Nenhum



Padronização da técnica cirúrgica de fenolização de matriz ungueal para onicocriptose

Standardization of the nail matrix phenolization surgical technique for treating onychocryptosis

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20181031231>

RESUMO

A onicocriptose é afecção bastante comum em adolescentes e adultos jovens. Muitos tratamentos já foram descritos, conservadores e clínicos. Descrevemos a padronização da técnica de cirurgia de onicocriptose com fenol 88% realizada desde 2009 no ambulatório de dermatologia ligado a um serviço universitário.

Palavras-Chave: Aspectos técnicos; Dermatologia; Fenol; Pesquisa e novas técnicas; Procedimentos cirúrgicos dermatológicos; Unhas encravadas

ABSTRACT

Onychocryptosis is a common condition in adolescents and young adults. Many conservative and clinical treatments have already been described. The authors of the present paper describe the standardization of the onychocryptosis surgical technique using 88% phenol, which is performed at a university hospital's dermatology outpatient clinic since 2009.

Keywords: Dermatologic surgical procedures; Dermatology; Phenol; Nails, Ingrown; Research and new techniques; Technical aspects

INTRODUÇÃO

A onicocriptose acomete principalmente o hálux de adolescentes e adultos jovens, causando prejuízo às atividades diárias e sociais dos pacientes. São descritos diversos fatores desencadeantes, como corte incorreto das unhas, uso de calçados inadequados, trauma local e alterações anatômicas.^{1,2}

Pode ser classificada em três estágios: estágio 1 apresentando inflamação, edema e dor local; estágio 2 com inflamação, dor e formação de tecido de granulação; e estágio 3 acrescentando formação de abscesso e induração crônica da borda lateral da unha.³

Além dos conservadores, diversos tratamentos cirúrgicos foram descritos para a doença, entre eles: matricectomia, fenolização, ressecção de tecidos moles com matricectomia e matricectomia parcial com crioterapia.⁴⁻⁸

Descreveremos a técnica cirúrgica de fenolização da matriz ungueal para onicocriptose padronizada no ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

MÉTODOS

No HC-FMUSP, a cirurgia de onicocriptose foi padronizada e é realizada desde 2009.

Após a assepsia vigorosa da região com clorexedine é feita a colocação de campos cirúrgicos, procede-se à anestesia tipo bloqueio alar distal com lidocaína 2% sem vasoconstrictor (Figura 1a). Em seguida, coloca-se o garrote no dedo acometido (Figura 1b), um dedo de luva estéril com um pequeno corte em sua porção distal (Figura 1c), seguindo-se a exsanguinação do dedo, mediante deslizamento da luva em direção a sua porção proximal (Figuras 1d, 1e). Inicia-se o procedimento realizando-se o descolamento da região acometida da lâmina ungueal da respectiva dobra ungueal, da cutícula e do leito ungueal (Figura 1f).

Na seqüência, realiza-se o corte longitudinal da lâmina ungueal com tesoura reta, a partir da porção distal da unha até a matriz (Figura 2a), fixa-se esse fragmento com um *kelly* (Figura 2b), retirando-se então a unha e a matriz com movimento de torção em eixo longitudinal, acompanhando a direção da unha (Figura 2c).

Com haste flexível com ponta de algodão estéril umedecida em fenol 88%, após retirada do excesso do fenol (Figura 3a),

procede-se à fenolização da matriz (Figura 3b), colocando a haste flexível longitudinalmente e rodando-se a mesma durante 60 segundos no sentido da unha.

Por fim, retira-se o garrote (Figura 4a), seguindo-se a colocação do curativo compressivo com gaze e faixa ortopédica de 10cm (Figura 4b).

Após o procedimento, os pacientes são mantidos em observação por aproximadamente 30 minutos, com o membro operado elevado em relação ao tronco, para posterior avaliação de sangramento local. Os pacientes recebem alta após orientações de repouso, elevação do membro e manutenção do curativo limpo e fechado até o dia seguinte. Em nosso serviço, optamos por antibioticoterapia com cefalexina 500mg, de seis em seis horas, por orientação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, caso não haja contraindicação. Normalmente, obtém-se bom controle algico com analgésicos comuns, como a dipirona.

No retorno – primeiro pós-operatório (PO) –, o curativo é retirado, e o sítio cirúrgico avaliado. O paciente é orientado sobre limpeza da ferida, curativo local e estímulo à movimentação do dedo operado.

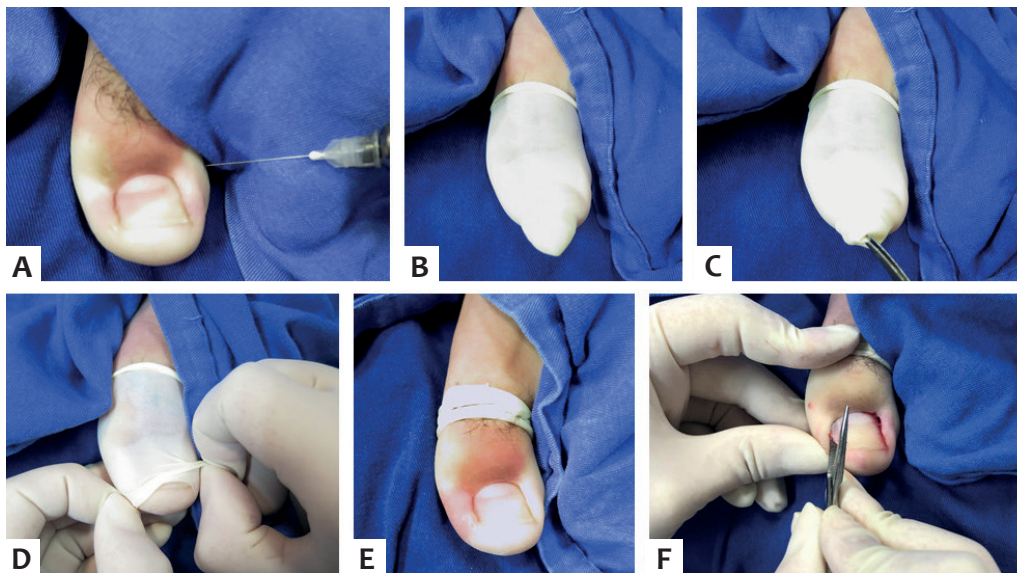


FIGURA 1: A - Anestesia tipo bloqueio alar distal com lidocaína 2% sem vasoconstrictor; B - Colocação de dedo de luva estéril vestindo o hálux; C - Pequeno corte na porção distal do dedo de luva; D - Deslizamento da luva até porção proximal do hálux; E - Garrote posicionado; F - Descolamento da lâmina do leito ungueal

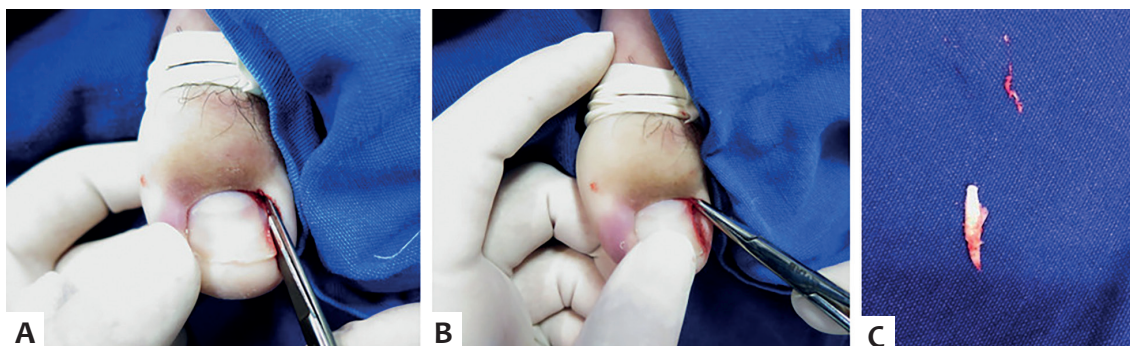


FIGURA 2: A - Corte longitudinal da unha até a matriz; B - Kelly segurando unha e matriz; C - Porção da unha e matriz retiradas

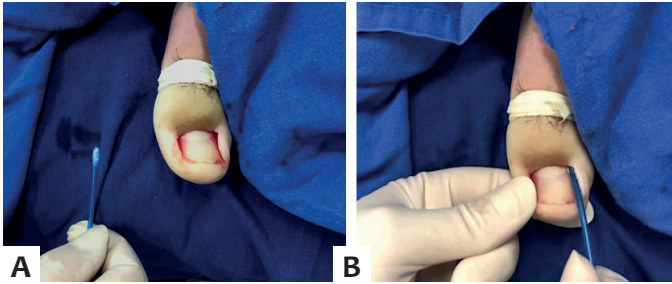


FIGURA 3: A - Retirada do excesso de fenol 88% da haste flexível de algodão; B - Fenolização da matriz com haste flexível paralela à borda medial do hálux

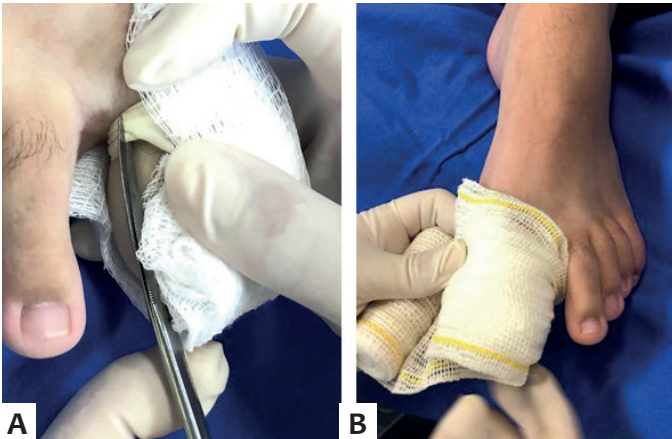


FIGURA 4: A - Retirada do garrote; B - Colocação de curativo com faixa ortopédica de 10cm

No sétimo e no 14º PO ocorre avaliação do sítio cirúrgico e de possíveis complicações, como infecção de partes moles e formação de granuloma piogênico. Após duas semanas do procedimento cirúrgico, liberamos o uso de calçados fechados, e os pacientes são reorientados quanto ao corte das unhas e uso de calçados adequados para evitar recidiva.

No 30º PO avalia-se o resultado final do procedimento. Os pacientes são acompanhados no ambulatório de onicopatias a cada dois ou três meses, durante um ano.

RESULTADOS

A dor e o sangramento são esperados no pós-operatório imediato, com melhora a partir do primeiro pós-operatório. Orientamos e estimulamos a limpeza local diária a partir do primeiro PO para evitar infecção secundária local.

A formação de granuloma piogênico e a infecção de partes moles são complicações pouco frequentes em nosso serviço. Duas semanas após o procedimento a maioria dos pacientes consegue realizar suas atividades normalmente, incluindo o uso de calçados fechados. Nesse momento é realizada nova orientação sobre corte adequado das unhas.

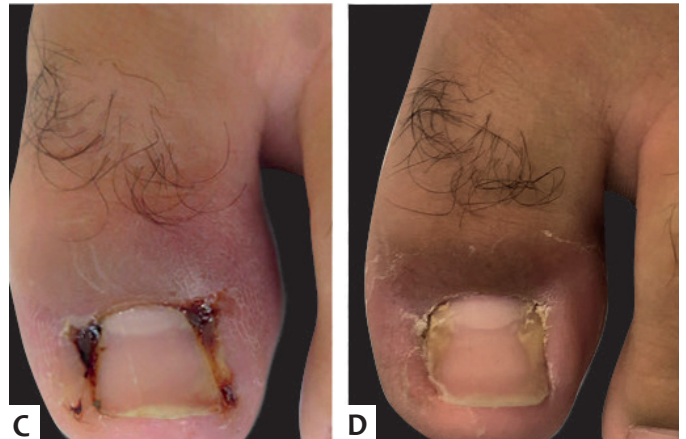
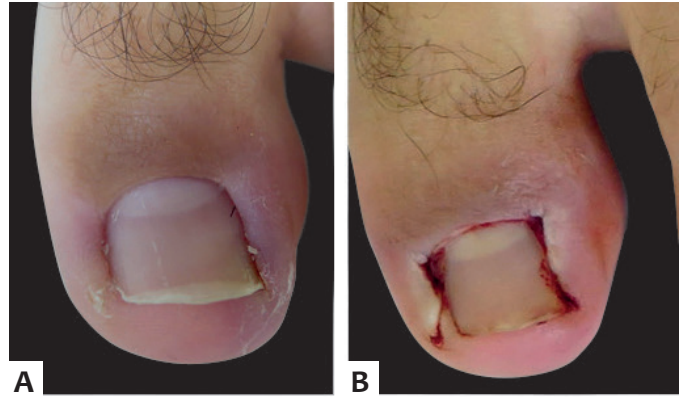


FIGURA 5: A - Paciente com onicocriptose estágio 1; B - Primeiro pós-operatório; C - Sétimo pós-operatório; D - 30º pós-operatório

No 30º PO já ocorreu fechamento total da ferida, com melhora importante da inflamação local e da dor, como visualizado na figura 5d.

Os pacientes são seguidos durante um ano para avaliação de recidivas, o que não ocorre com frequência.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A onicocriptose é afecção que causa prejuízo à vida diária, principalmente de adolescentes e adultos jovens, e pode ser desencadeada por diversos fatores, como corte inadequado das unhas, uso de calçados inadequados, trauma local e alterações anatômicas. Acomete principalmente o hálux, como descrito na literatura e evidenciado em nossa casuística.¹⁻³

Diversos tratamentos já foram descritos, conservadores e cirúrgicos. No HC-FMUSP optamos pela cirurgia de onicocriptose com o uso de fenol 88%, padronizada e realizada em nosso serviço desde 2009, com bons resultados.

O seguimento dos pacientes ocorre por um ano para avaliação de possível recidiva. ●

REFERÊNCIAS

1. Bryant A, Knox A. Ingrown toenails: the role of the GP. Australian Family Physician. 2015;44(3):102-5.
2. Yilmaz A, Çenesizoglu E. Partial matricectomy with cryotherapy in treatment of ingrown toenails. Acta Orthop Traumatol Turc. 2016;50(3): 262-268
3. Haneke E. Controversies in the Treatment of Ingrown Nails. Dermatology Research and Practice. 2012;2012: 783924
4. Cocunubo-Blanco HA, González-Sixto B, Pérez-paredes G, Rodríguez-Prieto MÁ. Partial nail matricectomy with carbon dioxide laser. Actas Dermosifilioqr. 2014;105(4):418-9.
5. Grover C, Khurana A, Bhattacharya SN, Sharma A. Controlled trial comparing the efficacy of 88% phenol versus 10% sodium hydroxide for chemical matricectomy in the management of ingrown toenail. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2015;81(5):472-7.
6. Di Chiacchio N, Di Chiacchio NG. Best way to treat an ingrown toenail. Dermatol Clin. 2015;33(2):277-82.
7. Gualdi G, Monari P, Crotti S, Calzavara-Pinton PG. Surgical treatment of ingrown toe nail: the Monaldi technique, a new simple proposal. Dermatol Surg. 2014;40(2):208-10.
8. Rosa IP, Di Chiacchio N, Di Chiacchio NG, Caetano L. "Super U"—a technique for the treatment of ingrown nail. Dermatol Surg. 2015;41(5):652-3.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Caroline de Freitas Barbosa |  ORCID 0000-0002-5786-5350

Contribuição: Revisão de literatura, obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido, participação operacional no procedimento cirúrgico, elaboração e redação do manuscrito.

Tatiana Villas Boas Gabbi |  ORCID 0000-0003-2337-1448

Aprovação da versão final do manuscrito, elaboração e redação do manuscrito, participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.