

Nova técnica cirúrgica para tratamento de onicocriptose

New surgical technique for the treatment of onychocryptosis

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20191141402>

RESUMO

Introdução: Unha encravada é a principal causa de cirurgia do aparelho ungueal. Técnicas têm sido descritas para melhor exposição da matriz ungueal no tratamento Grau III, como exérese em bloco da borda de pele hipertrófica e da lâmina subcutânea acometida, retirando-se uma cunha semielíptica e/ou incisão em L, na qual ambas preconizam fechamento suturando a pele e a lâmina. Autores descrevem a aplicação de técnica de incisão na intersecção da prega ungueal lateral com a proximal, para expor a matriz, e realização de uma cunha na hipertrofia cutânea. A área cruenta do defeito resultante do local onde o fragmento da lâmina foi retirado é deixada cicatrizar segunda intenção.

Objetivo: Avaliar o conforto e a eficácia da nova técnica cirúrgica para onicocriptose.

Métodos: Estudo observacional e retrospectivo por meio de análise de 29 pacientes com onicocriptose que foram submetidos à nova técnica.

Resultados: Das 34 dobras ungueais (cinco pacientes tinham duas dobras acometidas) submetidas à cirurgia pela técnica, houve apenas uma recidiva em uma das dobras de uma paciente que passou por nova intervenção. Não se observaram queixas de desconforto ou complicações no pós-operatório.

Conclusões: A técnica aplicada mostrou-se satisfatória com baixo índice de recidiva, de fácil execução e sem queixas de desconforto pelos pacientes.

Palavras-chave: Onicocriptose; Unha encravada; Tratamento cirúrgico; Técnica cirúrgica

ABSTRACT

Introduction: Ingrown toenail is the leading cause of nail surgery. Techniques have been described for better exposure of the nail matrix in Grade III treatment, such as block excision of the hypertrophic skin margins and the subcutaneous nail blade involved, removing a semi-elliptic wedge and or L-incision, both advocating closure by suturing the skin and the nail blade. Authors describe the application of an incision technique at the intersection of the lateral and proximal nail fold to expose the matrix and the performing of a wedge in the cutaneous hypertrophy. At the site of the nail blade removal a fragment is left by second intention.

Objective: To assess the comfort and effectiveness of the new surgical technique for onychocryptosis.

Methods: Observational and retrospective study through the analysis of 29 patients with onychocryptosis who underwent the new technique.

Results: Of the 34 nail folds (5 patients had 2 affected nail folds) submitted to surgery using the new technique, only one patient had recurrence in one of the folds and underwent a new intervention. No complaints of postoperative discomfort or complications were observed.

Conclusions: The applied technique was satisfactory, with a low recurrence rate, and also easy to perform, presenting no discomfort complaints from patients.

Keywords: onychocryptosis; ingrown toenail; operative treatment; surgical technique

Artigo Original

Autores:

Rogério Nabor Kondo¹
Rubens Pontello Junior¹
Suellen Gonçalves dos Reis¹
Cássio Rafael Moreira¹

¹ Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR), Brasil.

Correspondência:

Rogério Nabor Kondo
Av. Ayrton Senna da Silva, 1055 - Sala 1205
Gleba Fazenda Palhano
86050-460 Londrina (PR), Brasil
E-mail: kondo.dermato@gmail.com

Data de recebimento: 16/05/2019

Data de aprovação: 10/11/2019

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de interesse: Nenhum.



INTRODUÇÃO

A onicocriptose subcutânea (OS), onicocriptose ou unha encravada (UE) é decorrente da penetração da lâmina ungueal no tecido mole subjacente.^{1,2} É prevalente em jovens e adultos do sexo masculino (3:1), pode apresentar elevada morbidade e provocar quadro incapacitante.^{2,3} A etiologia é multifatorial na qual se destacam: hereditariedade, convexidade exagerada da lâmina, desproporção entre a largura da placa e o leito ungueal, traumas crônicos, uso de sapatos de ponta fina ou excessivamente apertados e corte inadequado das unhas.¹⁻³

A UE pode ser classificada conforme grau de severidade (Heifetz, 1937):^{2,3} 1) Grau I, pela presença de sinais inflamatórios (eritema, edema leve e dor à compressão da dobra ungueal lateral); 2) Grau II, quando os sinais inflamatórios aumentam e surgem exsudato, infecção secundária e drenagem local; 3) Grau III, quando ocorre a formação de tecido de granulação e hipertrofia da dobra lateral da unha.¹⁻³

A literatura cita diferentes manejos para OS, sendo conservadores ou cirúrgicos. No grau I, preconiza-se a técnica conservadora, como a utilização de órteses. Nos graus II e III, o tratamento cirúrgico oferece os melhores resultados. As técnicas utilizadas são a matricectomia, fenolização, exérese da lâmina ungueal,¹⁻³ correção de hipertrofia em U,⁴ radioeletrocirurgia e criocirurgia.²

Na matricectomia cirúrgica para UE Grau III, a literatura cita a realização de abordagem em cunha em semifuso e incisão em L, nas quais são corrigidas as hipertrofias na mesma incisão.¹ Essas técnicas permitem a visualização da matriz ungueal a ser retirada, mas recomendam suturas entre a pele e a lâmina ungueal preservada para fechamento da grande área cruenta.^{1,5}

Os pontos (mononáilon) são preservados até serem retirados, em torno de duas semanas. Nesse período, os presentes autores notaram relatos de desconforto tanto na visualização de pontos envolvendo a lâmina ungueal quanto na retirada dos fios.

Os autores propõem técnica de incisão na intersecção da prega ungueal lateral com a proximal, para expor a matriz, e realização de uma cunha no meio da hipertrofia cutânea (sem retirá-la inteira), no mesmo tempo cirúrgico. No local em que o fragmento da lâmina é retirado, deixa-se cicatrização por segunda intenção, pois resulta em uma pequena faixa cruenta. A vantagem seria um tratamento um pouco menos invasivo, sem a sensação ruim de ver a lâmina suturada e o desconforto da retirada de pontos da unha (Figura 1).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo observacional de pacientes maiores de 12 anos, de ambos os sexos, que procuraram espontaneamente o Ambulatório de Especialidades Clínicas (AHEC) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no setor de pequenas cirurgias de Dermatologia, nas terças-feiras à tarde, com onicocriptose graus II e III. Em todos os casos, houve autorização de termo de consentimento informado e autorização de fotos dos pacientes (pelos pais ou seus responsáveis em casos de menores de 18 anos), fazendo parte do protocolo do Serviço.

Foram excluídos casos com hipertrofia bilateral e anterior no mesmo paciente (pela necessidade de correção em U),

Diabetes Mellitus, insuficiência arterial periférica, gestação e distúrbios de coagulação.

Os dados foram analisados e processados pelo programa GraphPadInstat e Excel 2007. A significância estatística foi realizada pelo teste de qui-quadrado, considerando-se nível de significância 5% ($p < 0,05$) e aplicado para comparar o sexo e as recidivas.

Foi utilizada uma amostra de conveniência (todos os pacientes com onicocriptose e que fizeram a cirurgia pela técnica no Serviço no prazo de 01 de janeiro de 2011 a 30 de novembro de 2018 foram acompanhados no período em questão).

Pacientes ficavam com curativo durante 24 horas. Eram receitados analgésicos comuns (paracetamol ou dipirona), azitromicina 500mg por três dias ou sulfametoxazol e trimetoprima 400/80mg, dois comprimidos de 12/12 horas por dez dias, conforme protocolo do Serviço.

Os pacientes eram reavaliados no 3º dia de pós-operatório e no 14º dia, quando os pontos eram retirados. Eram avaliados quanto à história de dores, desconfortos, incômodos dos pontos, sangramentos, secreções durante o pós-operatório e era realizada a avaliação clínica da ferida operatória na ocasião. Além de fotografar no pré-operatório, fotos eram documentadas no pós-operatório (3º dia, 14º dia, três meses e seis meses) e usadas para comparar a melhora após o procedimento.

Sequência e detalhamento da técnica (Figura 2):

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal com flexão da perna sobre a coxa do lado do pododáctilo acometido;
- 2) Marcação com azul de metileno ou caneta cirúrgica;
- 3) Antissepsia com polivinil-iodina 10% tópico;
- 4) Colocação de campos cirúrgicos;
- 5) Bloqueio troncular com lidocaína 2% sem vasoconstritor;
- 6) Garroteamento da base do pododáctilo;
- 7) Incisão na bissetriz entre a prega ungueal lateral e a proximal (incisão diagonal) para melhor visualizar a matriz;

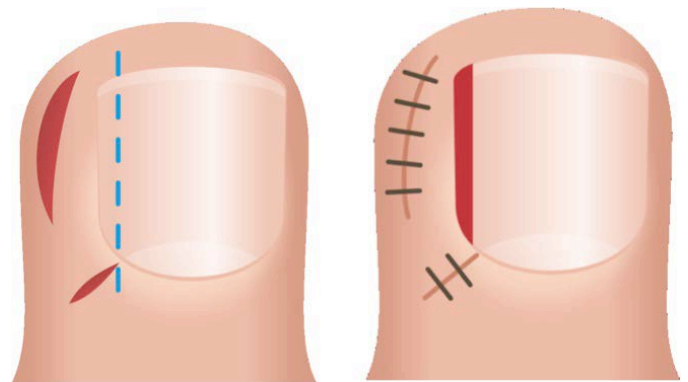


FIGURA 1: Incisão na bissetriz, entre a prega ungueal lateral e a proximal, e correção em cunha da hipertrofia

- 8) Exérese de tecido de granulação através de incisão linear, desde dobra ungueal proximal até borda anterior (cerca de 3mm de largura de lâmina);
- 9) Descolamento dessa placa ungueal, desde borda livre até a matriz;
- 10) Corte da placa ungueal, desde borda livre até o corno matricial lateral;
- 11) Retirada de placa ungueal;
- 12) Curetagem do leito ungueal lateral;
- 13) Sutura da incisão diagonal com mononáilon 4.0, pontos simples;
- 14) Incisão em cunha no centro da hipertrofia cutânea lateral, mantendo as bordas da hipertrofia;
- 15) Retirada da cunha hipertrofica;
- 16) Sutura da cunha com mononáilon 4.0, pontos simples;
- 17) Retirada de garrote;
- 18) Curativo oclusivo.

RESULTADOS

Foram incluídos 29 pacientes, com 34 dobras ungueais acometidas (cinco pacientes apresentavam dois locais acometidos). Dessas dobras, sete já haviam sido submetidas a algum tipo de tratamento prévio (os pacientes não sabiam referir que tipo de cirurgia havia sido realizada) que não apresentou melhora.

A distribuição por sexo foi de 17 homens (59%) e 12 mulheres (41%), mas sem diferença estatisticamente significativa ($p=1,0$). A idade variou de 12 a 65 anos, sendo a média de 31,86 anos.

Todos os dedos acometidos foram os háluxes (34/34), estatisticamente significativo quando comparado aos outros pododáctilos (0/34), $p=0,0001$. Foram 15 dobras em hálux direito e 19 em hálux esquerdo, não estatisticamente significativa ($p=0,88$).

Os pontos foram retirados em duas semanas de pós-operatório, período em que os pacientes ficavam afastados de atividades diárias de trabalho ou escolar. Não houve relatos em prontuários de sinais de infecções locais, sangramentos, dores de forte intensidade durante o pós-operatório, grande incômodo dos pontos durante o período ou dor relevante na retirada de pontos. Os sítios operatórios estavam descritos como em bons aspectos, mas havia fotos dos pós-operatórios também.

Embora não tenhamos tido conhecimentos das técnicas usadas anteriormente, os pacientes das sete cirurgias prévias (onicocriptoses recidivadas) relataram menor incômodo com a técnica aplicada no presente estudo.

O seguimento preconizado inicial era de 12 meses, porém pacientes deixaram de seguir após seis meses, por motivos desconhecidos, fato que não levou à exclusão do estudo, tendo em vista que estavam clinicamente bem até aquele momento.

Uma paciente, que tinha duas dobras acometidas do hálux esquerdo, teve que ser submetida a novo procedimento na dobra medial por recidiva (1/34 dobras ou 2,9% de recidivas), três meses após a primeira cirurgia no Serviço.

DISCUSSÃO

A UE é um transtorno doloroso com certa morbidade, sendo ainda causa frequente de afastamento de trabalho.² Para grau I, o tratamento conservador ainda é preconizado, como uso de órteses, orientações quanto a lixamento de bordas laterais e uso de sapatos confortáveis. Mas os graus II e III têm melhores resultados com tratamento cirúrgico.^{2,3}

A dor e inflamação resultam da penetração da lâmina ungueal no tecido mole adjacente, causando uma reação de corpo estranho. Remoção parcial ou total dessa lâmina é necessária.²

A literatura também cita a realização da matricectomia (cirúrgica ou química), em conjunto com a remoção parcial da lâmina ungueal, para evitar as recidivas.^{1,6,7,8-10} Para melhor visualização do corno matricial, as incisões em cunha e em L são utilizadas. Porém, o defeito cruento é grande e há necessidade de fechamento com sutura entre a pele e lâmina remanescente. Isso pode trazer certo desconforto ao paciente, inclusive na hora da retirada dos pontos.

O presente estudo mostrou que o sexo masculino foi o prevalente e que a unha do hálux foi a mais acometida, estando de acordo com a literatura.^{2,3} As dores de pós-operatório foram bem toleradas com analgésicos comuns, assim como em outras técnicas,^{2,3,7} mas com resultados satisfatórios (sem infecções ou sangramentos, por exemplo) e um baixo índice de recidiva (2,9%), embora seja uma amostragem pequena.

Apesar de várias técnicas de sutura da ferida operatória terem sido descritas,^{3,5,8-10} a nova técnica proposta apresenta as seguintes vantagens:

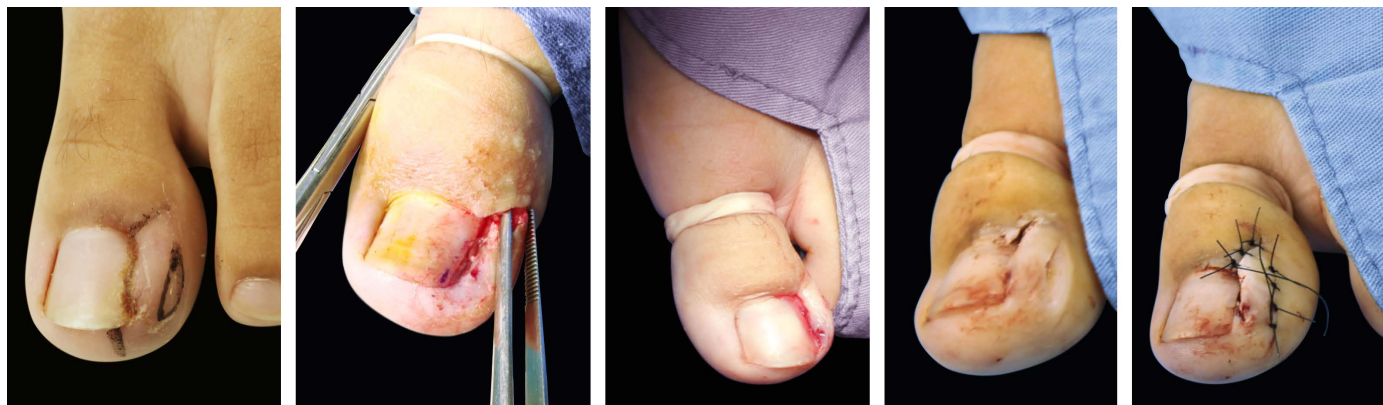


FIGURA 2: Passo a passo intraoperatório



FIGURA 3: Caso clínico A



FIGURA 4: Caso clínico B

- a) simples execução;
- b) para melhor visualizar a matriz, se faz uma incisão na bissetriz entre a prega ungueal lateral e a proximal (incisão diagonal), na qual a área cruenta é menor;
- c) apenas uma fina largura da lâmina ungueal (cerca de 3mm) é retirada em uma das suas dobras;



FIGURA 5: Caso clínico C

- d) poupa-se tecido adjacente, pois se retira uma cunha no meio da área hipertrófica, sem retirar tudo, o que também deixa menos área cruenta;
- e) não suturar a lâmina daria menos sensação de mal-estar ao paciente, tanto no pós-operatório quanto na retirada de pontos.

CONCLUSÃO

Embora o número de pacientes seja pequeno, os resultados mostraram que a técnica é de fácil execução, baixo custo, bem tolerada pelos pacientes e com bons resultados cosméticos (Figuras 3, 4 e 5).●

REFERÊNCIAS

1. Di Chiacchio N. Manejo da Onicocriptose (Unha Encravada) e Ablação da Unha. In: Gadelha AR, Costa IMC, editors. Cirurgia Dermatológica em Consultório. São Paulo: Atheneu; 2002. p.223-34.
2. Reis CMS, Reis Filho EGM. Radioelectrosurgery and cryosurgery in ingrown nails. *Surg Cosmet Dermatol*. 2010;2(3):180-3.
3. Lucares DO, Rodriguez JJ, Leverone A, Nakamura RC. Benefits of the alpha stitch technique in surgical closure in onychocryptosis. *Surg Cosmet Dermatol*. 2012;4(4):310-4.
4. Sánchez-Regaña M. Super U Technique for Ingrown Nails. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108(5):393.
5. Eiris Salvado N, Rodríguez Prieto MA. Suturing the nail plate during matrixectomy. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75(3):e107.
6. Chiacchio N, Belda Júnior W, Chiacchio NG, Gabriel FVK, Farias DC. Nail matrix phenolization for treatment of ingrowing nail: technique report and recurrence rate of 267 surgeries. *Dermatol Surg*. 2010;36(4):534-7.
7. Vaccari S, Dika E, Balestri R, Rech G, Piraccini BM, Fanti PA. Partial excision of matrix and phenolic ablation for the treatment of ingrowing toenail: a 36-month follow-up of 197 treated patients. *Dermatol Surg*. 2010;36(8):1288-93.
8. Mousavi SR, Khoshnevis J. A new surgical technique for ingrown toenail. *ISRN Surg*. 2012; 2012(2):1-4.
9. Uygur E, Çarkçi E, Şenel A, Kemah B, Turhan Y. A new and simple suturing technique applied after surgery to correct ingrown toenails may improve clinical outcomes: A randomized controlled trial. *Int J Surg*. 2016;34:1-5.
10. Camurcu Y, Sofu H, Issin A, Kockara N, Saygili H. Operative Treatment of the Ingrown Toenail With a Less-Invasive Technique: Flashback to the Original Winograd Technique. *Foot Ankle Spec*. 2018;11(2):138-141.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Rogério Nabor Kondo |  ORCID 0000-0003-1848-3314

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 da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Rubens Pontello Junior |  ORCID 0000-0002-2101-9080

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Suellen Gonçalves dos Reis |  ORCID 0000-0001-9307-4065

Elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Cássio Rafael Moreira |  ORCID 0000-0002-8781-1505

Elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.