

Opções cirúrgicas para correção de unha em pinça

Surgical options for pincer nail correction

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201222559>

RESUMO

A unha em pinça é uma deformidade ungueal, hereditária ou adquirida, que se manifesta como uma hipercurvatura transversal do prato ungueal, sobretudo na sua porção distal, o que provoca uma compressão do leito ungueal, podendo causar dor com incapacidade funcional, assim como infecções secundárias. O tratamento conservador associa-se a uma elevada taxa de recorrência, motivo pelo qual a reconstrução cirúrgica é geralmente necessária. Descrevem-se quatro casos clínicos exemplares de diferentes opções corretivas da unha em pinça.

Palavras-Chave: Doenças da unha; Cirurgia de ambulatório; Unhas malformadas

ABSTRACT

Pincer nail is an acquired or hereditary nail deformity, which manifests as a transverse hypercurvature of the nail plate, especially in its distal portion, causing compression of the nail bed, which can provoke pain with functional disability, as well as secondary infections. Conservative treatment is associated with high recurrence rates, so surgical reconstruction is generally necessary. Four exemplary clinical cases of different corrective options of the pincer nail are described.

Keywords: Ambulatory surgical procedures; Nail diseases; Nails malformed

INTRODUÇÃO

A unha em pinça caracteriza-se por uma curvatura transversal excessiva da placa ungueal, que provoca uma compressão do leito ungueal, sobretudo na sua porção distal, podendo causar dor e infecção secundária.¹ É mais comum nos dedos dos pés, sobretudo no hálux, embora também possa ocorrer nos dedos das mãos. A sua etiologia pode ser hereditária (sobretudo com padrão de transmissão autossômico recessivo, e clinicamente com atingimento simétrico das unhas) ou adquirida (mais frequentemente com padrão topográfico assimétrico e secundário a diversas condições etiológicas, como uso de calçado apertado, osteoartrose da articulação interfalângica distal, psoríase, exostose subungueal, onicomiose, tumores do aparelho ungueal e mesmo alguns fármacos, como betabloqueadores).²⁻⁴

O tratamento conservador raramente corrige a deformidade de modo completo e associa-se à alta taxa de recorrência, motivo pelo qual a abordagem cirúrgica é a mais útil para um melhor controle a longo prazo.⁵ Têm sido descritas na literatura várias técnicas cirúrgicas para correção desta deformidade ungueal.

Relato de caso

Autores:

Joana Cruz Matos Calvão da Silva ¹

André Castro Pinho ¹

Ana Maria Carvalho Brinca ¹

Ricardo José David Costa Vieira ¹

¹ Departamento de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Correspondência:

Joana Cruz Matos Calvão da Silva
Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Praceta, R. Prof. Mota Pinto, Coimbra, Portugal.

3004-561

Email: joana.calvao.silva@gmail.com

Data de recebimento: 28/03/2020

Data de aprovação: 29/05/2020

Trabalho realizado no Serviço de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Caso 1: Doente do sexo feminino, 45 anos de idade, com unha em pinça no hálux direito, foi submetida à intervenção corretiva cirúrgica pela técnica de Mutaf, consistindo na avulsão da placa ungueal, remoção do osteófito da superfície dorsal da falange e alargamento transversal do leito ungueal por meio de uma plastia em Z modificada aplicada a cada uma das pregas laterais e porção distal do leito ungueal. A execução de incisões até ao plano do perióstio e posterior transposição dos retalhos de leito ungueal permitem alargar e aplanar o leito ungueal distal (Figura 1).

Caso 2: Uma doente com 84 anos com unha em pinça no hálux direito foi submetida à correção cirúrgica pela técnica de Kosaka (em W ou *zigue-zague*). Nesta técnica, depois da avulsão da placa ungueal, é realizada uma incisão em forma de W, 5mm abaixo do hiponíquio, prolongando-se profundamente sob o leito ungueal, num plano paralelo suprapariosteal. O retalho de pele contendo o leito ungueal é elevado, estirado em direção transversal, e a pele excedente das porções laterais do retalho, removida. A superfície dorsal da falange é aplainada. O retalho é, posteriormente, suturado num padrão em *zigue-zague*, lembrando uma plastia em W clássica (Figura 2). Além do hálux,

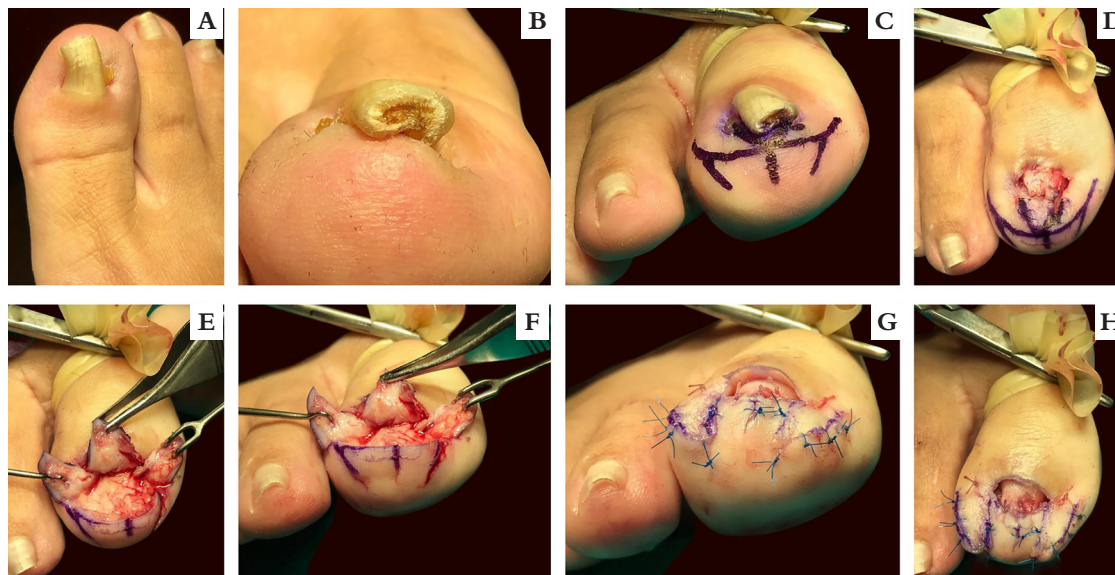


FIGURA 1: Correção cirúrgica de unha em pinça do hálux direito (a, b) pela técnica de Mutaf; c) Programação do retalho desenhando uma plastia em Z modificada em ambas as pregas ungueais laterais e porção distal do leito ungueal; d) Avulsão do prato ungueal; e) e f) As incisões são realizadas até ao plano do perióstio e, posteriormente, transpõem-se os retalhos de leito ungueal, permitindo expor e excisar a exostose subungueal bem como alargar e aplanar leito ungueal distal; g, h) Sutura das incisões realizada com um fio monofilamentar não reabsorvível

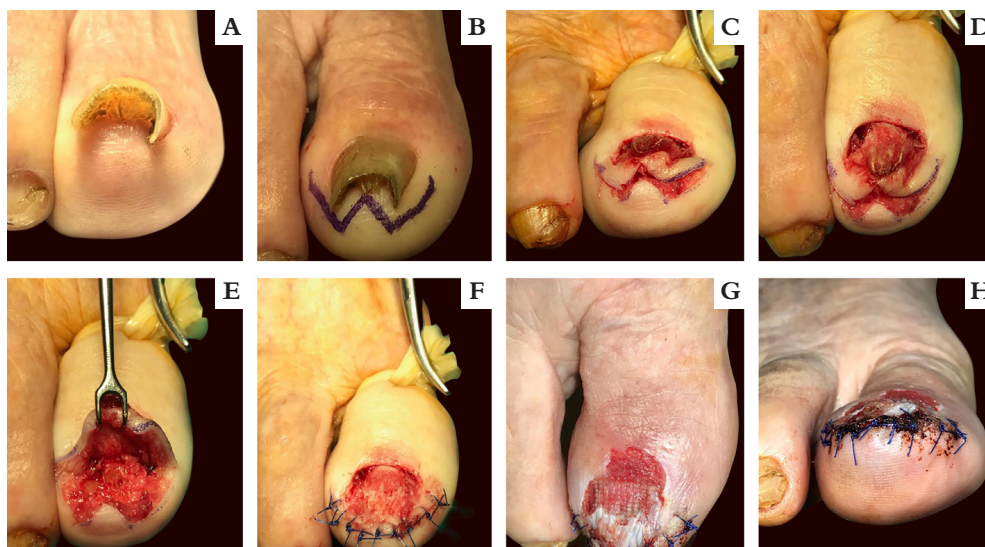


FIGURA 2: Correção cirúrgica de unha em pinça do hálux direito (a) pela técnica de Kosaka; b) Programação do retalho desenhando uma plastia em forma de W (ou *zigue-zague*); c, d) Após avulsão da placa ungueal, é realizada a incisão, em forma de W, 5mm abaixo do hiponíquio e prolongada paralelamente num plano suprapariosteal; e) O retalho de pele contendo o leito ungueal é elevado, expondo e aplainando a superfície dorsal da falange distal, estirado em direção transversal, e a pele excedente das porções laterais do retalho é removida; f) Sutura do retalho num padrão em *zigue-zague*, com um fio monofilamentar não reabsorvível; g, h) Resultado ao 15º dia pós-operatório, antes de retirar os pontos

esta técnica foi ainda realizada em outra doente com unha em pinça do 2º pododáctilo, igualmente com sucesso, mostrando a versatilidade desta técnica (Figura 3).

Caso 3: Jovem do sexo feminino, 32 anos, com unha em pinça do hálux esquerdo, foi submetida à técnica cirúrgica de Fanti (Figura 4), consistindo em avulsão da placa ungueal, realização de uma incisão em U em redor das pregas laterais e distal e, ainda, de uma incisão longitudinal ao longo do eixo do leito ungueal desde a prega proximal até a distal. O leito ungueal é descolado no plano suprapariosteal, levantando-se os dois retalhos de modo a expor o leito ungueal, permitindo a remoção do

osteófito dorsal da falange distal. A intervenção conclui-se com a sutura dos retalhos sobre o novo leito aplainado.

Caso 4: Uma doente de 30 anos com unha em pinça do hálux direito, que condicionava dor e incapacidade funcional marcadas, foi tratada com a técnica de Zook (modificada), consistindo na remoção da placa ungueal e aplainamento do leito ungueal por meio da implantação de enxertos de derme (colhidos com bisturi na prega inguinal ipsilateral) em túnel subcutâneo criado ao longo de ambos os bordos laterais do leito ungueal. Adicionalmente, numa das pregas laterais, por comprovar-se uma hipercurvatura demasiado marcada, optou-se por associar uma

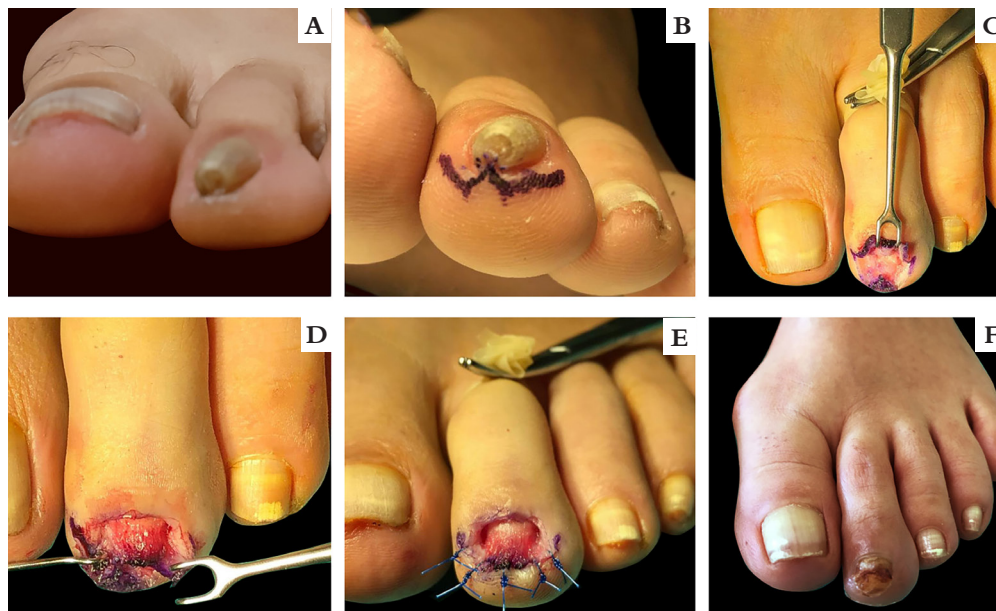


FIGURA 3: Utilização da técnica de Kosaka (em W ou zigue-zague), descrita na figura 2, na correção cirúrgica da unha em pinça do 2º pododáctilo esquerdo, igualmente com sucesso

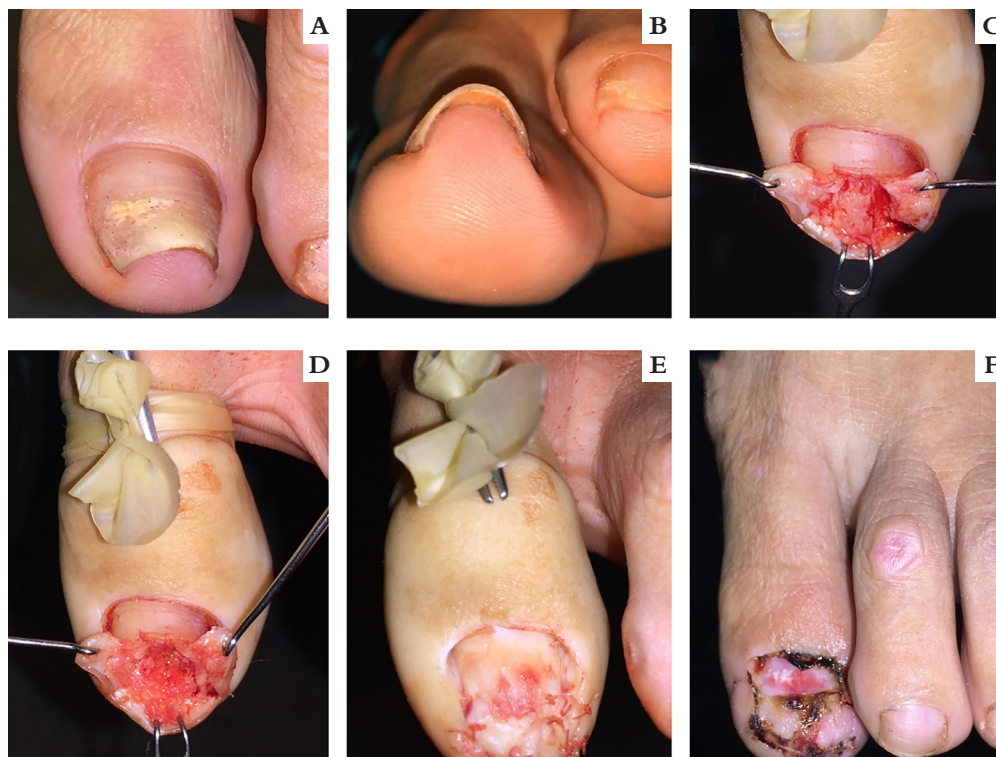


FIGURA 4: Correção cirúrgica da unha em pinça do hálux esquerdo (a, b) pela técnica de Fanti. Nesta técnica, além da avulsão da placa ungueal, realiza-se uma incisão em forma de U ao redor das pregas laterais e distal e, ainda, uma incisão longitudinal ao longo do eixo do leito ungueal desde a prega proximal até a distal; c, d) Descolamento do leito ungueal num plano suprapariosteal, e levantamento dos dois retalhos que expõem o leito ungueal e permitem a remoção do osteófito dorsal da falange distal; e) Sutura dos retalhos sobre o leito, agora aplainado; f) Resultado pós-operatório no 15º dia, momento da retirada dos pontos



FIGURA 5: Correção cirúrgica de unha em pinça do hálux direito (a) pela técnica de Zook modificada; b) Após avulsão do prato ungueal, realizada tunelização subcutânea ao longo dos bordos laterais do leito ungueal e coleta de enxertos dérmicos colhidos com bisturi na prega inguinal ipsilateral (c); d) Realizada a implantação dos enxertos de derme colhidos nos túneis subcutâneos criados, o que permitiu o aplainamento do leito ungueal; e) Adicionalmente, na prega lateral externa, por hipercurvatura marcada, optou-se por associar uma excisão fusiforme sem envolver a matriz ungueal (técnica de Zook modificada); f) Resultado após um ano de seguimento

excisão fusiforme sem envolver a matriz (técnica de Zook modificada) (Figura 5).

Todos os procedimentos foram realizados sob bloqueio anestésico digital distal e não tiveram complicações imediatas nem tardias. Realizou-se profilaxia antibiótica com uma cefalosporina de 1ª geração em todos os casos. Foram indicados repouso e analgesia nos primeiros dias do pós-operatório, tendo-se removido o material de sutura não reabsorvível após sete-15 dias. Os resultados cosmético-funcionais obtidos foram bons em todos os casos, com correção eficaz da deformidade ungueal.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Embora a correção conservadora da unha em pinça possa ser útil nos casos ligeiros, a elevada frequência de falência terapêutica e de recidivas leva a que a correção cirúrgica seja o tratamento de escolha desta deformidade, sobretudo nos casos graves com impacto funcional marcado, inflamação e/ou infecção associadas. Existem múltiplas técnicas cirúrgicas corretivas descritas, que

podem dividir-se em técnicas que incluem destruição da matriz ungueal e técnicas que a preservam. As técnicas de Mutaf⁶, Kosaka⁷ e Fantini¹ têm como principais vantagens a preservação da matriz ungueal, a exposição e destruição do osteófito subungueal, quando existente, e o aplainamento do leito ungueal. A sua realização, contudo, implica a avulsão parcial ou total da lâmina ungueal, o que incrementa o tempo de recuperação completa. A técnica de Zook⁸ não exige remoção do osteófito, mas revela-se tecnicamente mais complexa e exige criação de defeito secundário na área dadora dos enxertos dérmicos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Serviço e Diretor de Serviço pela oportunidade de trabalhar nele e assim poder assistir a cirurgias como as que descrevo bem como aos meus coautores, que são um exemplo na cirurgia dermatológica e que me ajudaram na elaboração e correção deste artigo. ●

REFERÊNCIAS

1. Maria J, Ballavenuto A, Antonio CR, Antonio JR. Tratamento de unha em pinça pela técnica de Fanti. *Surg Cosmet Dermatol* 2014;6(2):122-5.
2. Brinca A, Pereira N, Vieira R, Figueiredo A. Unha em pinça: correção cirúrgica pela técnica de Zook modificada. *Rev Soc Port Dermatol Vene-reol.* 2011;69(4):613-5.
3. Nam HM, Kim UK, Park SD, Kim JH, Park K. Correction of pincer nail deformity using dermal grafting. *Ann Dermatol.* 2011;23(Suppl. 3):299-302.
4. Baran R, Haneke E, Richert B. Pincer nails: definition and surgical treatment. *Dermatologic Surg.* 2001;27(3):261-6.
5. Shin WJ, Chang BK, Shim JW, Park JS, Kwon HJ, Kim GL. Nail plate and bed reconstruction for pincer nail deformity. *Clin Orthop Surg.* 2018;10(3):385-8.
6. Mutaf M, Sunay M, Işık D. A new surgical technique for the correction of pincer nail deformity. *Ann Plast Surg.* 2007;58(5):496-500.
7. Kosaka M, Asamura S, Wada Y, Kusada A, Nakagawa Y, Isogai N. Pincer nails treated using zigzag nail bed flap method: results of 71 toenails. *Dermatologic Surg.* 2010;36(4):506-11.
8. Zook EG, Chalekson CP, Brown RE, Neumeister MW. Correction of pincer-nail deformities with autograft or homograft dermis: modified surgical technique. *J Hand Surg Am.* 2005;30(2):400-3.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Joana Cruz Matos Calvão da Silva |  ORCID 0000-0002-1161-269X

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.

André Castro Pinho |  ORCID 0000-0001-6433-311X

Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Ana Maria Carvalho Brinca |  ORCID 0000-0002-7539-9912

Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Ricardo José David Costa Vieira |  ORCID 0000-0002-5914-9171

Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.