

Deformidade ungueal pós-traumática apresentando-se como uma unha estriada em forma de quilha dolorosa e seu tratamento cirúrgico

Post-traumatic nail deformity presenting as a painful keel-like ridged nail and its surgical treatment

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2025170479>

RESUMO

O trauma na unha é uma causa comum de distrofias e deformidades ungueais. Quando não são tratadas adequadamente no momento da apresentação inicial, lesões na unha podem resultar em deformidades permanentes e causar alterações funcionais e estéticas. Este artigo relata o caso de um homem que buscou atendimento com uma unha estriada dolorosa após um trauma. A condição foi tratada com excisão cirúrgica da lâmina ungueal em quilha e remoção da matriz causadora do problema.

Palavras-chave: Unhas; Unhas Malformadas; Ferimentos e Lesões; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios

ABSTRACT

Trauma to the nail is a common cause of nail dystrophies and deformities. When not managed properly at initial presentation, nail injuries may result in permanent deformities and can cause functional and aesthetic abnormalities. This article reports on the case of a man who presented with a painful, ridged nail following trauma. The condition was treated with surgical excision of the keel-like nail plate and removal of the offending matrix.

Keywords: Nails; Nails, Malformed; Wounds and Injuries; Surgical Procedures, Operative

Relato de caso

Autores:

Monika Sekar¹
Sankararaman Balasubramanian²
Srirenkateswaran Kothandapany¹
Vinita Kumari¹
Jayamaliga Vijayananth¹

¹ Vinayaka Mission's Medical College and Hospital, Departamento de Dermatologia, Karaikal, Puducherry, Índia

² Vinayaka Mission's Medical College and Hospital, Departamento de Cirurgia Geral, Karaikal, Puducherry, Índia

Correspondência:

Sankararaman Balasubramanian
E-mail: mayurambsr@gmail.com

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesse: Nenhum

Data de submissão: 30/05/2025

Decisão final: 15/10/2025

Como citar este artigo:

Sekar M, Balasubramanian S, Kothandapany S, Kumari V, Vijayananth J. Deformidade ungueal pós-traumática apresentando-se como uma unha estriada em forma de quilha dolorosa e seu tratamento cirúrgico. Surg Cosmet Dermatol. 2005;17:e20250479.

INTRODUÇÃO

As unhas desempenham um papel importante na função das mãos. Elas protegem a superfície dorsal das falanges distais, aumentam a sensibilidade da polpa digital, facilitam as ações de preensão em pinça e arranhar e têm uma função estética. Lesões do aparelho ungueal são comuns. Traumas por esmagamento são a causa mais frequente de lesões ungueais em crianças e jovens adultos. Posteriormente, essas lesões podem evoluir com deformidades ungueais.¹ O manejo inicial adequado é essencial para prevenir anormalidades funcionais ou estéticas.

Relato de caso

Um pescador de 34 anos do sexo masculino apresentava dor no polegar esquerdo havia 4 meses. Não havia secreção, prurido ou edema sob a lâmina ungueal. O paciente relatou um ferimento cortante 2 anos antes. Não havia histórico de contato com animais ou jardinagem. Outras causas foram descartadas. O exame dermatológico revelou discromia ungueal, com uma estria longitudinal profunda em formato de “T” e espessamento comprimindo o leito ungueal na linha média do polegar esquerdo (Figura 1), semelhante à quilha de um navio (Figura 2). Optou-se pela excisão total da lâmina ungueal para remover a estria dolorosa, associada à remoção da matriz germinativa para evitar recrescimento.

Exames preliminares não revelaram anormalidades. O quadro clínico era característico, e exames de imagem foram considerados desnecessários. Realizou-se bloqueio digital com

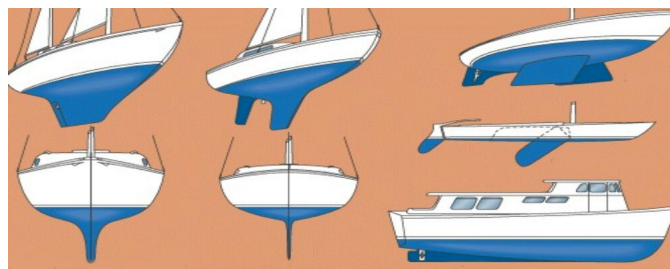


FIGURA 2: “Quilha de navio” comparável à deformidade ungueal em quilha

xilocaína sem vasoconstritor. Um torniquete foi aplicado ao redor da base do dedo. Toda a lâmina ungueal, juntamente com a estria longitudinal, foi separada do leito ungueal e removida (Figura 3). Foram realizadas duas incisões longitudinais em cada lado da dobra ungueal proximal e criados retalhos para exposição da matriz germinativa (Figura 4).

A extensão da cratera no leito ungueal e da matriz germinativa responsável pela deformidade em “quilha” (Figura 5) foi excisado. A ferida no leito ungueal foi suturada com Vicryl Rapide 4-0 (Figura 6). A cicatrização pós-operatória foi satisfatória. O crescimento ungueal estava completo em poucas semanas, com a forte aproximação das duas partes separadas (Figura 7), e o alívio da dor para o paciente foi total.

DISCUSSÃO

Unhas são apêndices ectodérmicos que cobrem a face dorsal dos dedos. Elas fornecem proteção e integridade à polpa digital, além de facilitar a motricidade fina da mão. Anormali-



FIGURA 1: Fotografia clínica na apresentação mostrando a estria e a deformidade subjacente em forma de quilha

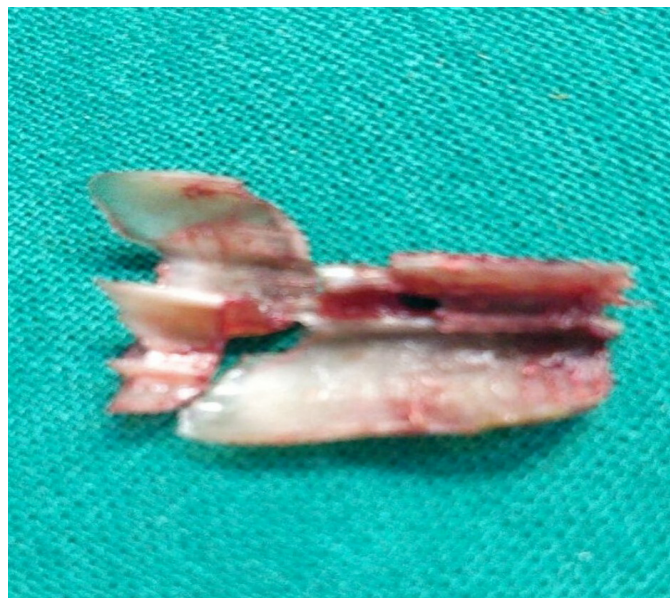


FIGURA 3: Excisão completa da lâmina ungueal mostrando a unha excisada com a quilha

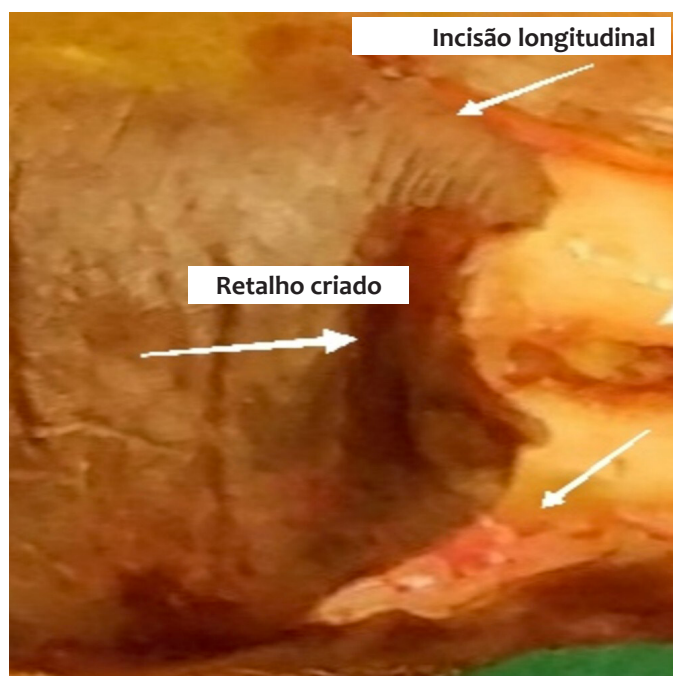


FIGURA 4: Incisões longitudinais sobre a dobra ungueal proximal e retalhos de eponíquio



FIGURA 6: Leito ungueal e retalho eponíquio suturados com Vicryl Rapide 4-0

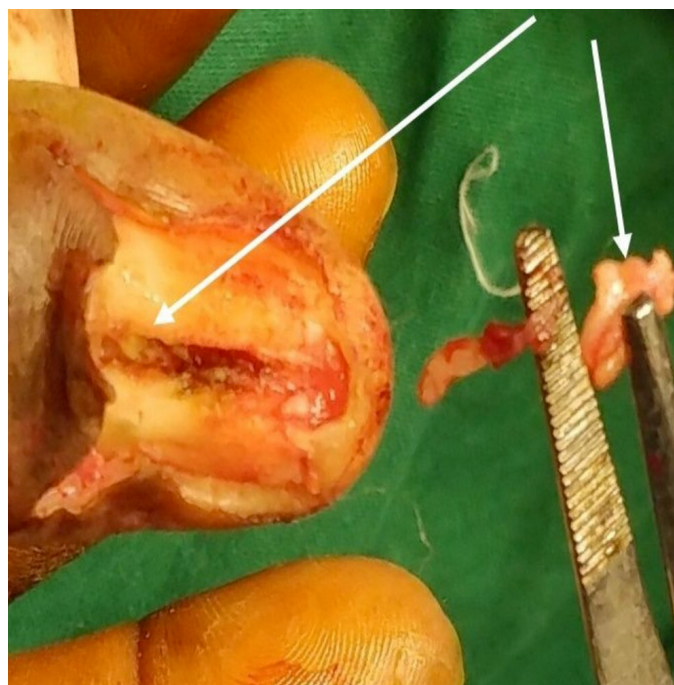


FIGURA 5: Matriz germinativa responsável pela formação da quilha excisada

dades anatômicas da unidade ungueal podem interferir nessas funções.³ Lesões ungueais são comuns em ambientes industriais e domésticos e podem resultar em deformidades agudas ou crônicas.⁴ O conhecimento adequado sobre anatomia ungueal (Figura 8) é essencial para o tratamento dessas lesões.



FIGURA 7: Nova unha cicatrizada no pós-operatório após 3 meses

Anatomia e crescimento ungueal

As unhas começam a se desenvolver por volta da 10ª semana de vida intrauterina, a partir de uma placa queratinizada no dorso do dedo. O perioníquio inclui a unha e suas estruturas adjacentes: hiponíquio, leito ungueal e dobras ungueais. O

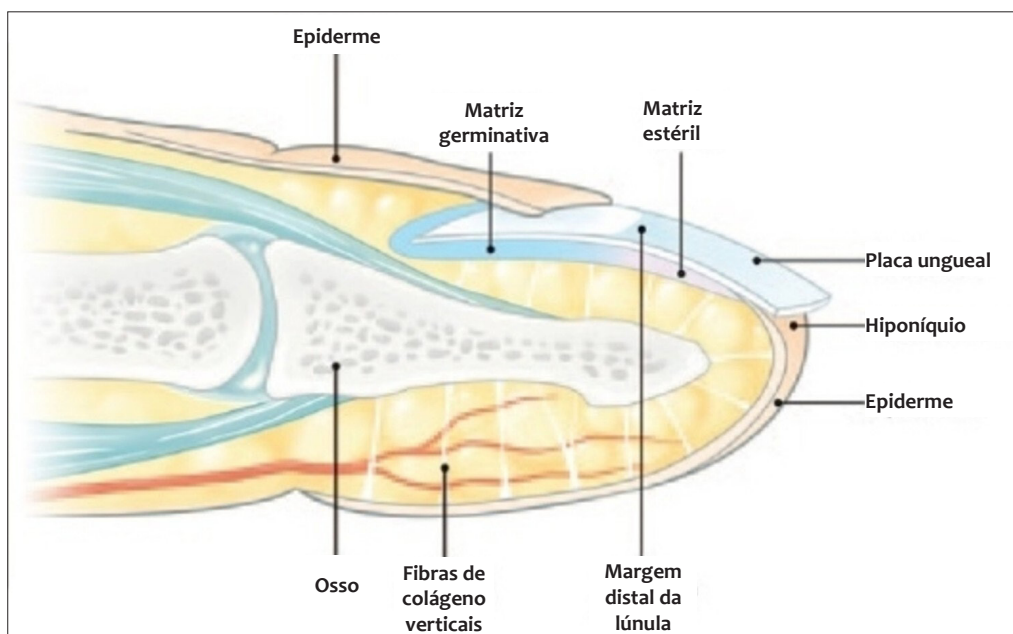


FIGURA 8: Partes da unha mostrando a matriz germinativa responsável pela formação da quilha

eponíquio é o tecido mole proximal, na face dorsal da unha, contínuo com a pele do dorso do dedo. O arco esbranquiçado imediatamente distal ao eponíquio é chamado de lúnula. Abaixo da lâmina ungueal encontra-se o leito ungueal. A região do leito ungueal distal à lúnula é chamada matriz estéril; a região proximal a ela é a matriz germinativa. A fixação distal da unha ocorre no hiponíquio, uma polpa de material queratinizado rica em leucócitos polimorfonucleares e linfócitos. As dobras ungueais laterais são denominadas paroníquio.

Aproximadamente 90% do crescimento ungueal se origina da matriz germinativa, enquanto a matriz estéril contribui com cerca de 10% e é responsável pela aderência da lâmina ungueal ao leito. As unhas das mãos crescem a uma taxa de cerca de 0,1 mm por dia, mais rapidamente que as dos pés.

Lesões ungueais e regeneração

Após um trauma, o crescimento da unha é interrompido por aproximadamente 21 dias. Há um aumento da taxa de crescimento nos 50 dias seguintes, e então uma redução nos 30 dias subsequentes. O crescimento normal costuma ser retomado após cerca de 100 dias do trauma. A perda ou deformidade permanente pode ocorrer quando há dano ou perda da matriz germinativa, responsável pela produção da lâmina ungueal.² A regeneração completa de uma unha avulsionada demora 4-5 meses para as unhas das mãos e 10-12 meses para as unhas dos pés.³

As lesões ungueais incluem esmagamento por máquinas, acidentes de trânsito, lesões esportivas, causas iatrogênicas, lesões autoinduzidas (como onicofagia), colocação de unhas artificiais, manicure inadequada e danos diretos à matriz ungueal ou ao leito ungueal, como esmagamento, corte ou avulsão.

A fisiopatologia das unhas estriadas por trauma envolve a perturbação do crescimento ungueal normal. O evento traumá-

tico lesiona diretamente a matriz germinativa e o leito ungueal, levando à diminuição temporária ou interrupção do crescimento da unha. Isso pode resultar em formação de tecido cicatricial, alterando a taxa de crescimento da unha e produzindo estrias e irregularidades, podendo também causar perda completa da unha ou separação do leito ungueal. O dano à matriz ungueal e à dobra ungueal pode gerar defeitos pós-traumáticos característicos, como unhas bipartidas, unhas não aderentes ou estrias opacas.⁵

No presente caso, um trauma antigo pode ter deslocado a matriz germinativa para o tecido subungueal. Essa matriz ectópica, juntamente com a matriz normal, pode ter continuado a crescer. A matriz ectópica teria então formado uma estrutura de placa ungueal sob a unha, causando dor. Havia uma estria longitudinal percorrendo todo o comprimento da unha, proveniente de sua porção profunda, semelhante à quilha de um navio (Figura 2).

As lesões traumáticas do leito ungueal podem ser classificadas em dois tipos: fechadas e abertas. Dependendo da natureza e da localização anatômica, elas podem ser divididas em lacerações simples ou complexas, avulsões, amputações, lesões envolvendo o paroníquio ou fraturas.

As avulsões geralmente resultam de mecanismos de esmagamento ou trituração. As lacerações por objetos perfurantes ocorrem quando há penetração da lâmina ungueal com força suficiente. Lesões por esmagamento leves na falange distal ou polpa digital podem produzir hematoma subungueal. As lesões abertas podem ocorrer com ou sem perda do leito ungueal.²

Se não forem tratadas, essas lesões podem resultar em diversas deformidades, incluindo perda do eponíquio, onicólise, unhas estriadas, unhas bipartidas, unhas em pinça e irregularidades ósseas.² Também podem causar anormalidades funcionais e estéticas.¹ Fraturas falangeanas estão presentes em 50% das lesões ungueais.

Estrias longitudinais também podem ter causas não trau-

máticas, incluindo doença vascular periférica, cisto mixoide, distrofia ungueal mediana, deformidade de tique de hábito, doença de Darier, líquen plano, ou podem até ser observadas em unhas normais. A distrofia canaliforme mediana afeta principalmente as unhas dos polegares, produzindo uma depressão longitudinal com estrias transversais, criando um padrão em “tábua de lavar” ou “abeto”.⁶ Estrias longitudinais com entalhes em V na borda livre são características da doença de Darier.

A traquioníquia, que produz uma superfície rugosa que envolve toda a lâmina ungueal, frequentemente está associada a estriação longitudinal. Pode ser idiopática ou estar relacionada a alopecia areata, psoríase, líquen plano e ictiose vulgar.⁷

No manejo cirúrgico das lesões ungueais, lesões fechadas com hematoma subungueal podem ser tratadas com trepanação. Nas lesões abertas, a lâmina ungueal é parcial ou completamente avulsionada para avaliar o leito ungueal em relação a lacerações ou fraturas. Se presentes, lacerações do leito ungueal são reparadas com catgut cromado 6-0/7-0. A substituição da lâmina ungueal é indicada nos casos de lacerações do leito ungueal ou da

dobra eponíquia para evitar formação de sinéquias. Perdas adicionais do leito ungueal podem ser tratadas com enxertos de espessura parcial colhidos de leito ungueal adjacente ou do hálux, ou com retalho de avanço V-Y local. Nos casos de perda total do leito ungueal com cicatrização, podem ser utilizados enxertos vascularizados de leito ungueal. Fraturas falangeanas requerem imobilização protetora com tala volar ou órtese digital por três semanas, enquanto fraturas distais podem exigir fixação com fio de Kirschner associada à imobilização da lâmina ungueal.²

CONCLUSÃO

No caso apresentado, a lesão ungueal inicial pode não ter sido tratada de forma adequada, resultando em uma unha estriada dolorosa com deformidade em forma de “quilha”. Esse tipo de deformidade não havia sido descrito previamente na literatura. O manejo cirúrgico proporcionou alívio da dor. Entretanto, como a matriz na área deformada foi excisada, a placa ungueal regenerada se dividiu em duas metades justapostas. Um enxerto parcial de matriz germinativa poderia ter proporcionado um desfecho superior. ●

REFERÊNCIAS:

1. Tos P, Titolo P, Chirila NL, Catalano F, Artiaco S. Surgical treatment of acute fingernail injuries. *J Orthop Traumatol*. 2012;13(2):57-62.
2. Bharathi RR, Bajantri B. Nail bed injuries and deformities of nail. *Indian J Plast Surg*. 2011;44(2):197-202.
3. Pandhi D, Verma P. Nail avulsion: indications and methods (surgical nail avulsion). *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2012;78:299-308.
4. Karthi Sundar V. Surgical management of fingertip injuries. *Int J Res Orthop*. 2017;3(1):19-22.
5. Khodae M, Kelley N, Newman S. Median nail dystrophy. *CMAJ*. 2020;192(50):E1810.
6. Pradhan S; Debopriya P; Shahid R. Trachyonychia in children: a comprehensive review with recent updates. *Ind J Paed Dermatol*. 2024;25(2):88-93.
7. Keel. *Encyclopædia Britannica*. Chicago: Encyclopædia Britannica. 1911.
8. Acuña Pinzon C, Nieves Condoy J, Rivera Marquez D A. Nail Cancer: Review of the two main types of an underestimated disease. *Cureus*. 2022;14(4):e23856.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Monika Sekar  ORCID 0009-0004-1909-5166

Aprovação da versão final do manuscrito, 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.

Sankararaman Balasubramanian  ORCID 0000-0002-1990-964X

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, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.

Strivenkateswaran Kothandapany  ORCID 0000-0002-3855-1858

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, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.

Vinitha Kumari  ORCID 0009-0009-5179-7535

Aprovação da versão final do manuscrito, 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.

Jayamaliga Vijayananth  ORCID 0009-0008-8683-6779

Aprovação da versão final do manuscrito, 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.