



Matricoma onicocítico em hálux: neoplasia ungueal rara em localização incomum

Onychocytic matricoma of the hallux: a rare nail neoplasm at an unusual site

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2026180592>

RESUMO

O matricoma onicocítico (MOC) é uma neoplasia benigna rara da matriz ungueal que se apresenta como paquimelanoníquia longitudinal e com grande capacidade onicogênica. Há poucos casos relatados na literatura, sendo a maioria em unhas das mãos. O tratamento é cirúrgico, com excisão completa da lesão, o que é curativo na maioria dos casos. O presente relato descreve um caso de MOC localizado no hálux, contribuindo para o reconhecimento clínico e histopatológico dessa entidade.

Palavras-chave: Unhas; Doenças Raras; Neoplasias

ABSTRACT

Onychocytic matricoma (OCM) is a rare benign neoplasm of the nail matrix that presents as longitudinal pachymelanonychia with striking onychogenic capacity. Few cases have been reported in the literature, mostly involving the fingernails. Treatment consists of complete surgical excision of the lesion, which is curative in most cases. We report a case of OCM on the great toenail, contributing to the clinical and histopathologic recognition of this entity.

Keywords: Nails; Rare Diseases; Neoplasms

Relato de Caso

Autores:

Heloisa Calegari Borges¹
Isabelle Sousa Medeiros Torres
Ferreira¹
Flauberto de Sousa Marinho¹

¹ Faculdade de Medicina Nova
Esperança, Dermatologia, João
Pessoa (PB), Brasil

Correspondência:

Heloisa Calegari Borges
E-mail: heloisacalegarib@gmail.com

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesses: Nenhum

Data de submissão: 04/06/2026

Decisão final: 06/08/2026

Como citar este artigo:

Borges HC, Ferreira ISMT, Marinho FS. Matricoma onicocítico em hálux: neoplasia ungueal rara em localização incomum. Surg Cosmet Dermatol. 2026;18(3):e20260592.



INTRODUÇÃO

O matricoma onicocítico (MOC) é uma neoplasia benigna, monodáctila, originada da matriz ungueal, descrita por Perrin *et al.* em 2012. Caracteriza-se por notável capacidade onicogênica, manifestando-se por espessamento da lâmina ungueal associado à melanoníquia longitudinal — quadro denominado paquimelanoníquia longitudinal.^{1,2} Desde sua descrição inicial, poucos casos foram relatados na literatura, predominando o acometimento das unhas das mãos.

A maioria dos casos descritos envolve adultos entre a quarta e a sexta décadas de vida, com discreto predomínio masculino.³⁻⁵ O envolvimento de unhas dos pés é incomum, com poucos casos documentados.³⁻⁸ Alvarez *et al.* relataram o primeiro caso em paciente negro, também localizado em hálux, confirmando a possibilidade de apresentações em diferentes fototipos.⁹

Apesar de seu comportamento indolente, o MOC frequentemente simula tumores malignos, como melanoma subungueal e doença de Bowen, gerando preocupação diagnóstica e necessidade de intervenções cirúrgicas.^{4,6,9}

Em revisão recente de 14 casos, Perrin *et al.* destacaram a raridade do acometimento em unhas dos pés, observando apenas quatro ocorrências nessa topografia.³ O presente relato tem como objetivo descrever um caso de MOC localizado no hálux, contribuindo para o reconhecimento clínico e histopatológico dessa entidade.



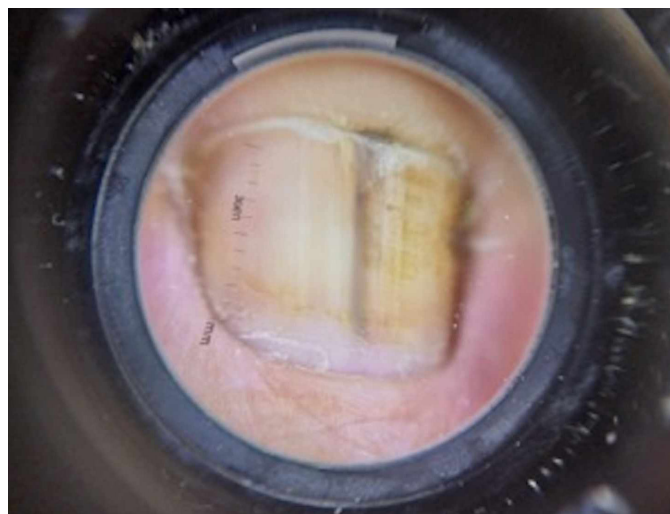
FIGURA 1: Faixa longitudinal de pigmento enegrecido em lâmina ungueal, além de ceratose subungueal pontual do primeiro pododáctilo esquerdo.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 54 anos, fototipo III, procurou atendimento por “linha preta” assintomática em hálux esquerdo com 3 anos de evolução. Referia progressão gradual da pigmentação nos últimos meses.

Ao exame, observou-se faixa longitudinal enegrecida, com cerca de 3 mm de largura, associada a espessamento localizado/pontual da lâmina ungueal, discreta onicólise distal e ausência de sinal de Hutchinson (Figura 1). A dermatoscopia revelou melanoníquia longitudinal homogênea e ceratose subungueal localizada (Figuras 2, 3 e 4).

Diante da suspeita de onicopapiloma pigmentado ou MOC, foi realizada a biópsia excisional. Após assepsia e antisepsia, realizou-se bloqueio digital proximal, seguido de descolamento distal da lâmina ungueal com visualização de lesão pigmentada de distribuição longitudinal, localizada em matriz (Figura 5). Foi então realizado *shaving* da lesão, com envio do material para exame histopatológico.



Figuras 2 e 3. Dermatoscopia da lâmina ungueal mostrando melanoníquia longitudinal e discreta onicólise distal.

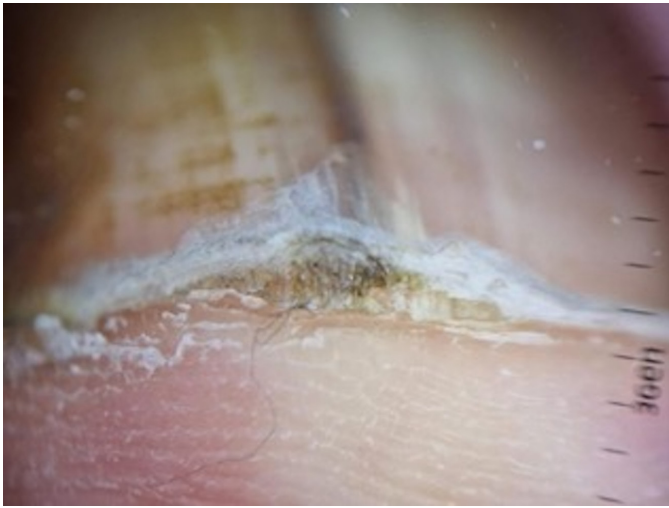


Figura 4. Dermatoscopia da borda livre da unha e ceratose subungueal localizada com áreas de pigmentação.

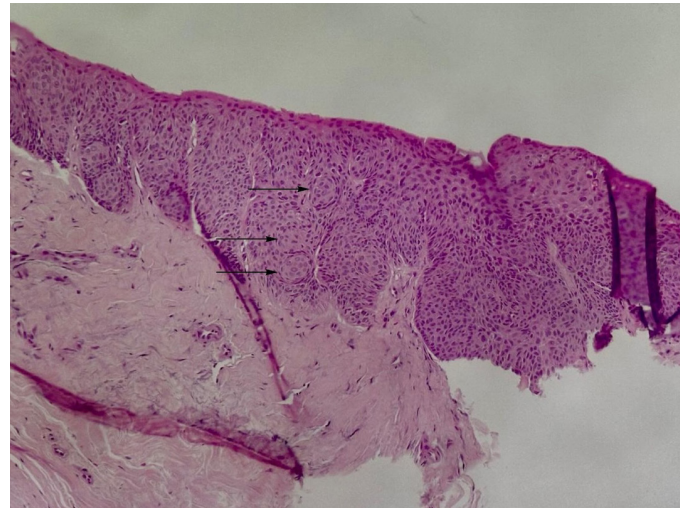


Figura 6. Lâmina ungueal com frequentes pérolas onicocíticas (setas) e hiperqueratose (hematoxilina e eosina, ×40).



Figura 5. Imagem do intraoperatório demonstrando lesão pigmentada disposta de forma longitudinal em topografia de matriz ungueal.

O exame histopatológico mostrou proliferação epitelial intraepidérmica composta por células basaloides, dispostas em ninhos e cordões, com formação de pérolas onicocíticas. Havia escassa pigmentação melânica e ausência de atipias citológicas ou mitoses, mas identificou-se presença de elastose e fibrose dérmica (Figura 6).

Com base nos achados clínicos, dermatoscópicos e histológicos, estabeleceu-se o diagnóstico de MOC subtipo acantótico. O paciente evoluiu com cicatrização completa e ausência de recidiva após 18 meses de seguimento.

DISCUSSÃO

Clinicamente, o MOC se manifesta como uma faixa pigmentada longitudinal, única e monodáctila, podendo associar-se à paquioníquia e à ceratose subungueal distal. A ausência de dor e de história de trauma é comum, e a evolução é lenta e assintomática.^{1,3,5}

Os achados dermatoscópicos, descritos por Perrin *et al.*, incluem pontos e aglomerados brancos arredondados ou ovais, estrias longitudinais regulares, hemorragias filiformes e espessamento da borda livre.³ Tais achados refletem a queratinização anômala e o espessamento localizado da lâmina.

Conforme descrito por Spaccarelli *et al.*, a forma hipopigmentada do MOC pode mimetizar o onicomatricoma, apresentando espessamento da placa sem pigmento visível.⁶ O MOC é considerado a contraparte epitelial do onicomatricoma e pode manifestar-se clinicamente como melanoníquia longitudinal, xantoníquia ou leuconíquia, em geral associadas a espessamento localizado da lâmina ungueal.^{3,5,7} Em contraste, o subtipo pigmentado apresenta melanoníquia devido à deposição de melanina na camada basal da matriz, sem proliferação melanocítica.^{1,4}

O exame histopatológico é determinante para o diagnóstico. O MOC exibe proliferação intraepitelial de células onicocíticas com maturação gradativa, resultando em queratinização abrupta e formação de pérolas onicocíticas.^{1,3,4} Três subtipos principais foram descritos: 1) acantótico – predomínio de epitélio espessado sem papilomatose; 2) acantótico-papilomatoso – papilas epiteliais superficiais com esferas de células pré-ceratógenas e ceratógenas; 3) ceratógeno – zona ceratógena proeminente e maturação tardia.^{3,8}

O caso aqui descrito apresentou padrão acantótico, sendo o acantótico-papilomatoso o subtipo mais frequentemente observado nas revisões de Perrin *et al.*³

É importante diferenciá-lo do melanoma subungueal. Ao contrário do melanoma, o MOC se caracteriza pela ausência de atipias, invasão dérmica e proliferação melanocítica.^{4,6} A diferenciação da queratose seborreica (QS) também é importante. Enquanto o MOC se cornifica com esferas de onicocíticos repletos de núcleos eosinofílicos, a QS apresenta cistos pseudo-córneos. Áreas semelhantes a cistos pseudocórneos em MOC apresentam duas camadas distintas, as zonas pré-ceratogênica e ceratogênica, ausentes na QS.⁹

A imunohistoquímica pode auxiliar na diferenciação entre tumores da matriz ungueal. O MOC demonstra positividade para LEF-1, marcador onicogênico útil para distinguir de carcinoma onicocítico e ceratose subungueal.^{3,9}

O tratamento é cirúrgico, com excisão completa da lesão, sendo curativo na maioria dos casos.^{3,5} Não há relatos de transformação maligna ou metástase, e a recorrência é rara e está associada a ressecções incompletas. O prognóstico é bom, com manutenção estética da unha após reparo cirúrgico adequado.

CONCLUSÃO

O MOC é uma neoplasia benigna rara da matriz ungueal que pode clinicamente imitar tumores malignos, sobretudo o melanoma subungueal. O reconhecimento de seus padrões clínicos, dermatoscópicos e histopatológicos é fundamental para evitar diagnósticos equivocados. Este caso reforça a importância de incluir o MOC no diagnóstico diferencial das melanoníquias longitudinais e paquioníquias subungueais, especialmente em casos envolvendo unhas dos pés. ●

REFERÊNCIAS:

1. Perrin C, Cannata GE, Bossard C, Grill JM, Ambrossetti D, Michiels JF. Onychocytic matricoma presenting as pachymelanonychia longitudinal: a new entity (report of five cases). *Am J Dermatopathol*. 2012;34(1):54–9.
2. Perrin C, Cannata GE, Langbein L. Acquired localized longitudinal pachyonychia and onychomatric tumors: a comparative study of onychomatricomas and onychocytic matricomas. *Am J Dermatopathol*. 2016;38(6):1–8.
3. Perrin C, Coutts M, Boukari F, Ambrossetti D. Onychocytic matricoma: a clinical, dermoscopic, and pathological analysis of 14 cases. *Am J Dermatopathol*. 2024;46(5):259–70.
4. Kusutani N. Onychocytic matricoma as an underrecognized benign mimicker of subungual malignant melanoma and Bowen's disease. *J Dermatol*. 2016;43(7):1–2.
5. Vieira LFD, Jeunon T, Leverone AP, Nakamura R. Matricoma onicocítico. *An Bras Dermatol*. 2019;94(4):214–7.
6. Spaccarelli N, Wanat KA, Miller CJ, Rubin AI. Hypopigmented onychocytic matricoma as a clinical mimic of onychomatricoma. *J Cutan Pathol*. 2013;40(6):591–4.
7. Perrin C, Ambrossetti D. A new, important nail-unit tumor mistaken for a foreign body. *JAMA Dermatol*. 2014;150(3):1–3.
8. Song H, Qu F, Dang N, Sun X. Onychocytic matricoma: report of an Asian case. *Ann Dermatol*. 2017;29(3):355–6.
9. Alvarez G, Kha C, Selim MA, Fresco A. Onychocytic matricoma presenting as longitudinal melanonychia in a skin of color patient. *Skin App Dis*. 2023;9(3):1–6.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Heloisa Calegari Borges 0000-0002-8026-262X

Aprovação da versão final do manuscrito, Elaboração e redação do manuscrito, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica da literatura

Isabelle Sousa Medeiros Torres Ferreira 0000-0002-9597-3272

Obtenção, análise e interpretação dos dados

Flauberto de Sousa Marinho 0000-0002-9337-9931

Aprovação da versão final do manuscrito, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito