

Dermatoscopia intraoperatória como ferramenta no diagnóstico de melanoníquia

Intraoperative dermoscopy as a tool in the diagnosis of melanonychia

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201574721>

RESUMO

O termo melanoníquia se refere à pigmentação marrom-acastanhada produzida pelos melanócitos da matriz, que se estende da região proximal até a margem distal da placa ungueal. Essa condição ocorre por ativação ou hiperplasia de melanócitos, que representam lesões benignas como o nevo e lentigo ou lesão maligna como o melanoma do aparelho ungueal. A análise dermatoscópica intraoperatória da matriz ungueal aumenta a acurácia diagnóstica e orienta quanto ao melhor método de biópsia da melanoníquia. Uma técnica adequada de biópsia visa obter uma boa qualidade de amostra para o diagnóstico histopatológico, padrão ouro, associado a menor risco de distrofia permanente.

Palavras-chave: unhas; lentigo; dermatoscopia

ABSTRACT

The term melanonychia refers to a brownish pigmentation produced by melanocytes in matrix, which extends from the proximal region up until the distal margin of the nail plate. This condition occurs due to the activation or hyperplasia of melanocytes, which presents benign lesions, such as nevi and lentigo or malignant lesions, such as melanoma of the nail unit. The intraoperative dermoscopic analysis of the nail matrix improves the diagnostic accuracy and guides on the best biopsy method for melanonychia. A proper biopsy technique is aimed at obtaining a good quality sample for the histological diagnosis – the gold standard – associated with a lower risk of permanent dystrophy.

Keywords: nails; lentigo; dermoscopy

INTRODUÇÃO

Melanoníquia longitudinal é expressão utilizada para descrever faixa marrom que se estende da região proximal até a distal de uma placa ungueal. Está presente com maior frequência na população não caucasiana, na faixa etária de 50 a 70 anos, com maior incidência em polegar, seguido do hálux e dedo indicador, sendo vista em apenas 1,4% da população.¹ Pode ser incluída em duas condições: ativação de melanócitos (melanoníquia racial, doenças inflamatórias, fármacos) ou hiperplasia melanocítica (benigna como nevus e lentigo ou maligna como melanoma ungueal). Devido à possibilidade do diagnóstico de melanoma há necessidade de biópsia da melanoníquia, visto que melanoma na região acral tem prognóstico reservado por maior possibilidade de invasão. A dermatoscopia intraoperatória da matriz, onde estão os melanócitos responsáveis pela pigmentação da placa un-

Diagnóstico por imagem

Autores:

Diogo Vieira Barroso¹
Robertha Nakamura²

¹ Médico residente de dermatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Coordenadora do Centro de Estudos da Unha (CEU) do Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência:

Diogo Vieira Barroso
Rua Jorge Rudge, 25 – Vila Isabel
20550-220 – Rio de Janeiro – RJ
E-mail: r3d_field@yahoo.com.br

Recebido: 25/10/2015

Aprovado: 30/12/2015

Trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (HuPE/UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

gueal, é vista como um dos principais métodos na abordagem dessas lesões. Linhas regulares de padrão uniforme conferem a benignidade da lesão, enquanto linhas irregulares com variação na cor sugerem malignidade.² Através das características dermatoscópicas o cirurgião poderá decidir com maior segurança qual a melhor técnica de biópsia a ser adotada.³ Ao se realizar uma biópsia na matriz ungueal a técnica adequada visa obter uma boa qualidade de amostra, com informações necessárias à análise histopatológica, associada a menor risco de distrofia permanente. As principais alternativas cirúrgicas de biópsia da melanoníquia longitudinal são:⁴

1. excisão tangencial da matriz (*shaving* da matriz) que visa obter amostra da região superior da matriz quando as características dermatoscópicas sugerem lesão benigna;
2. uso de *punch* de 3mm, indicado em caso de lesão com menos de 3mm;
3. excisão longitudinal da matriz, indicada na melanoníquia longitudinal de localização medial para retirada de toda a lesão;
4. excisão longitudinal lateral quando a melanoníquia está localizada na lateral da unha.

O importante é obter uma amostra com informações necessárias ao diagnóstico correto da melanoníquia. Apresentamos um caso de lentigo simples ungueal benigno, sua abordagem, achados clínico dermatoscópicos, decisão da técnica cirúrgica de biópsia e aspecto histopatológico encontrado.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, com 31 anos, apresentando surgimento de faixa longitudinal marrom, assintomática, no segundo quirodáctilo esquerdo há dois anos. Referia aumento progressivo da largura da faixa. Não havia história de uso de medicações prévias ou trauma. Não referiu história familiar (Figura 1A). A dermatoscopia do dorso da placa ungueal demonstrava características de benignidade (Figuras 1B e 1C). Na dermatoscopia intraoperatória da matriz ungueal observou-se um padrão de faixas regulares marrons com ausência de estruturas globulares. Devido às características dermatoscópicas benignas, a opção cirúrgica de biópsia foi o *shaving* da matriz ungueal. O objetivo foi obter uma amostra de boa qualidade para o diagnóstico com preservação funcional da matriz ungueal (Figura 2). A análise histopatológica caracterizou um quadro de lentigo benigno ungueal (Figura 3). O pós-cirúrgico decorreu sem cicatriz

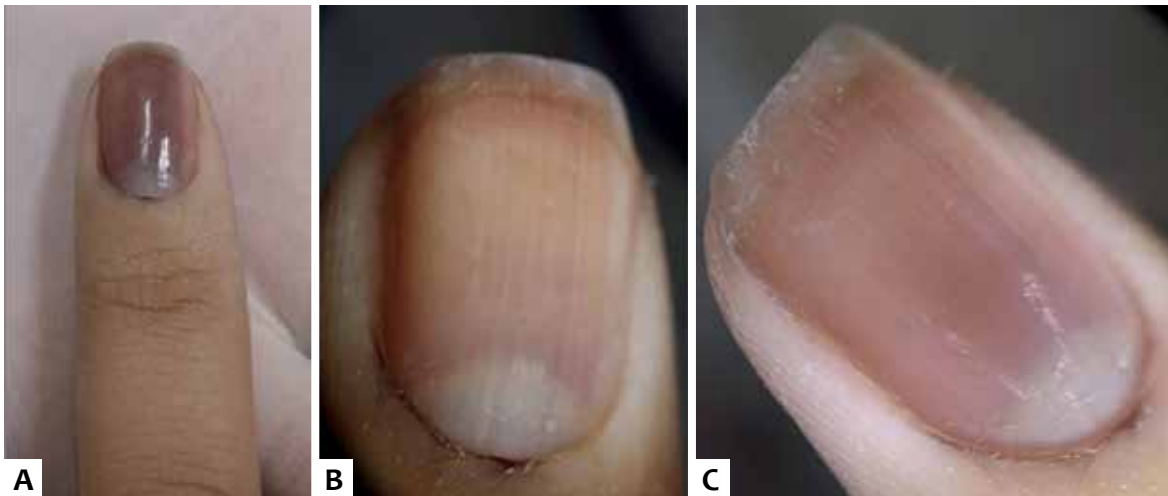


FIGURA 1:

A. Clínica: Melanoníquia longitudinal ocupando 70% do dorso da placa ungueal, acometimento da cutícula em dobra proximal. **B e C.** Dermatoscopia do dorso da placa ungueal: Microcrossinal de Hutchinson, linhas marrons homogêneas regulares e paralelismo preservado

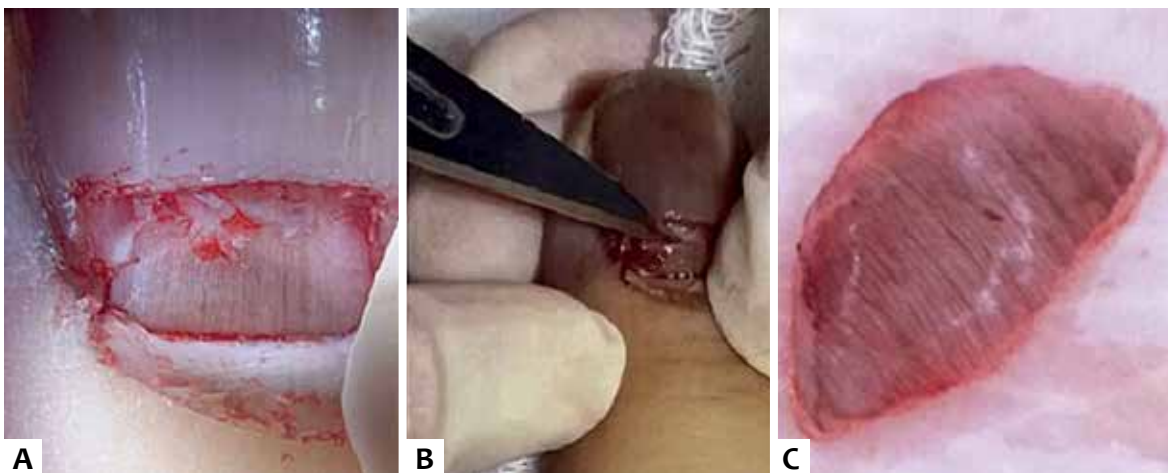


FIGURA 2:

A. Dermatoscopia da matriz ungueal no momento cirúrgico com características de benignidade: **A.** linhas marrons homogêneas, regulares, paralelismo preservado e ausência de estruturas globulares. **B.** biópsia pelo método de *shaving*. **C.** amostra de boa qualidade para a análise histopatológica

permanente como pterígio ou onicoatrofia, retornando a placa ungueal ao seu crescimento fisiológico no acompanhamento de 30 e 60 dias (Figura 4).

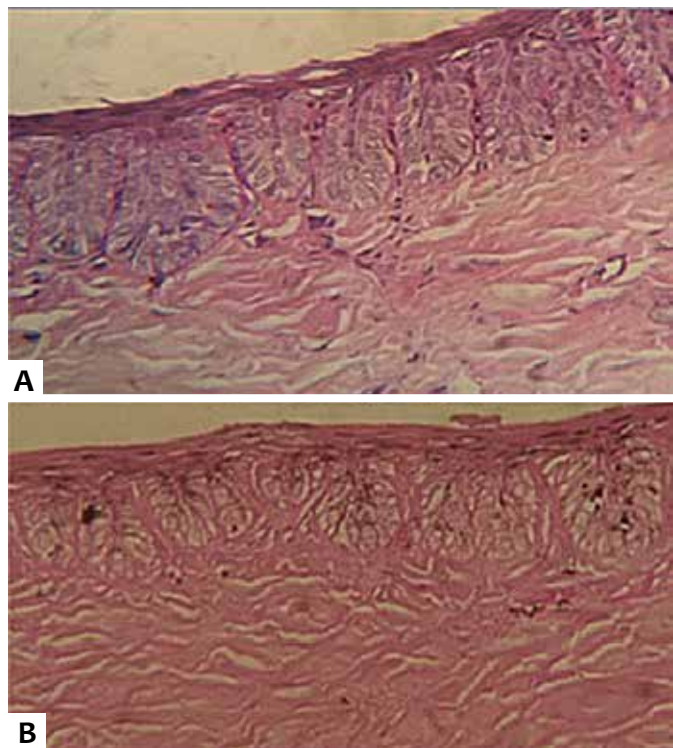


FIGURA 3: Análise histopatológica pela microscopia óptica. **A.** A100X HE: melanócitos dispostos isoladamente entre os onicócitos da matriz ungueal caracterizando quadro de lentigo benigno. **B.** A 100X Fontana Masson: Pelo mesmo fragmento observam-se melanócitos dentríticos dispostos esparsamente entre os onicócitos, de forma mais evidente

DISCUSSÃO

Nesse caso, a paciente teve indicação de biópsia considerando tratar-se de lesão adquirida, do dedo indicador, com progressão em largura no período de dois anos.⁵ A análise clínica e dermatoscópica da placa ungueal é um método amplamente utilizado de baixo custo, de simples execução e possibilita melhor acurácia diagnóstica da melanoníquia longitudinal. Por esse método verificaram-se, no presente caso, o padrão benigno da melanoníquia, regularidade das linhas marrons, paralelismo e coloração homogênea. A dermatoscopia intraoperatória da matriz permite o exame direto da origem da pigmentação e, de acordo com as características encontradas, orienta a melhor técnica de biópsia a ser adotada. Nesse caso clínico a análise intraoperatória da matriz com características de benignidade nos orientou a adotar a técnica de biópsia por *shaving*. A boa qualidade da amostra permitiu o diagnóstico histopatológico de hiperplasia melanocítica tipo lentigo simples. A escolha da técnica de biópsia depende de alguns fatores como local, origem (matriz proximal ou distal) e largura da faixa melanocítica, bem como presença de pigmentação periungueal (sinal de Hutchinson).⁶⁻⁹ A excisão tangencial da matriz captura uma amostra de menos de 1mm¹⁰ em profundidade com extensão de boa qualidade. Essa técnica foi a escolhida devido à localização da pigmentação (matriz distal) e à ausência de características malignas. É importante ressaltar que o *shaving* da matriz está indicado para lesões com mais de 3mm, especialmente as localizadas na matriz distal. Uma desvantagem aplicada a esse método é a de que pode haver perda da leitura da camada dérmica.



FIGURA 4:

Acompanhamento pós-cirúrgico.

A. Pós-cirúrgico imediato. **B.** Pós-cirúrgico após 30 dias: deslocamento da ferida cirúrgica com hematoma proximal.

C. Pós-cirúrgico após 60 dias: deslocamento da ferida cirúrgica e do hematoma, clareamento da placa ungueal em sua porção mais proximal

CONCLUSÃO

O presente caso ilustra a importância da utilização de variadas e relevantes ferramentas disponíveis na abordagem da melanoníquia. É importante rastrear casos sugestivos de malignidade. A escolha da adequada técnica de biópsia visa obter amostra de boa qualidade para estudo histopatológico, manutenção da função da matriz, com menor possibilidade de onicodistrofia.

Esse caso demonstra o uso da dermatoscopia da matriz ungueal no momento cirúrgico, auxiliando na semiótica e no manejo da melanoníquia. Apesar de os aspectos clínico e dermatoscópico serem de grande ajuda propedêutica em um grande número de casos, o exame anatomopatológico é decisivo para se firmar o diagnóstico. ●

REFERÊNCIAS

1. Hiroshi K, Toshiaki S, Hisashi U. Key point in dermoscopic differentiation between early nail apparatus melanoma and benign longitudinal melanonychia. *J Dermatol*. 2011;38(1):45-52.
2. Di Chiacchio N, Cadore de Farias D, Piraccini BM, Hirata SH, Richert B, Zaiac M, et al. Consenso sobre dermatoscopia da placa ungueal em melanoníquias. *An Bras Dermatol*. 2013;88(2):309-13.
3. Hirata SH, Yamada S, Enokihara MY, Di Chiacchio N, de Almeida FA, Enokihara MM, et al. Patterns of nail matrix and bed of longitudinal melanonychia by intraoperative dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(2):297-303
4. Collins SC, Cordova KB, Jellinek, NJ. Midline/paramedian longitudinal matrix excision with flap reconstruction: Alternative surgical techniques for evaluation of longitudinal melanonychia. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62(4):627-36.
5. Braun RP, Baran R, Le Gal FA, Dalle S, Ronger S. Diagnosis and management of nail pigmentations. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(5):835-47.
6. Baran R, Dawber RPR, De Berker DAR, Haneke E, Tosti A. *Diseases of the nail and their management*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 2001.
7. Baran R, Perrin C, Braun RP, Thomas L. *The melanocyte system of the nails and its disorders*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005.
8. Baran R, Haneke E. Diagnose und Behandlung von longitudinalen Nagel pigmentierungen. *Hautarzt*. 1984;35:359-65.
9. Baran R, Kechijian P. Longitudinal melanonychia (melanonychia striata): diagnosis and management. *J Am Acad Dermatol*. 1989;21(6):1165-7.