

RELATO DE CASO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARONÍQUIA CRÔNICA
SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PARONYCHIC

Ellen Carolina Sidorak Eineck¹, Nathália Macêdo Ferreira¹, Andressa de Oliveira Matos¹, Layanne Camargo Rodrigues¹, Carla Turine Von Glehn².

RESUMO

A paroníquia é uma afecção da prega ungueal proximal (PUP) de um ou mais dedos das mãos e/ou dos pés, que pode comprometer parte das dobras laterais, sendo caracterizada por inflamação, infecção e/ou distrofia ungueal. Isto ocorre devido ao traumatismo mecânico ou químico, que lesa a cutícula, facilitando a penetração de agentes irritantes ou alergênicos e leva a uma inflamação local com consequente invasão ocasional de agentes infecciosos. Deste modo, é considerada dermatite ocupacional por ser frequentemente encontrada em profissionais que lidam com irritantes. A paroníquia é dividida em aguda ou crônica, sendo esta uma inflamação das dobras ungueais com duração superior a 6 semanas. Dependendo da duração e gravidade do caso, o tratamento será clínico ou cirúrgico, contudo o clínico é muitas vezes insatisfatório. O objetivo deste trabalho é demonstrar por meio do relato de caso em questão, a evolução da doença frente a tratamentos específicos, incluindo medidas gerais, terapia clínica e cirúrgica, a fim de sugerir condutas mais satisfatórias à regressão deste tipo de quadro. Neste relato, os autores descrevem um caso de paroníquia crônica, tendo em base anamnese, informações do prontuário, registro fotográfico, além do uso de literatura pertinente. O paciente passou por tratamento clínico e devido a resultados não satisfatórios foi realizada cirurgia, que após acompanhamento e recuperação culminou com a regressão do quadro, havendo então a regeneração da unha. Deste modo, foi concluído que em casos refratários, crônicos, que não respondem à medicamentos e medidas gerais, a melhor opção é cirúrgica.

Palavras-chave: paroníquia; dermatite ocupacional; cirurgia.

 **ACESSO LIVRE**

Citação: Eineck ECS, Ferreira NM, Matos AO, Rodrigues LC, Glehn CTV (2018) Tratamento cirúrgico de paroníquia crônica. Revista de Patologia do Tocantins, 5(4): 32-35.

Instituição: ¹Graduandas em Medicina pelo Centro Universitário UnirG – Gurupi.

²Prof. Esp. Professora Assistente da disciplina de Dermatologia do Curso de Medicina do Centro Universitário UnirG – Gurupi.

Autor correspondente: Ellen Carolina Sidorak Eineck ;
ellenCarolinasidorak@gmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 09 de dezembro de 2018.

Direitos Autorais: © 2018 Eineck et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

ABSTRACT

The paronychia is a disease of the proximal nail fold (PNF) of one or more fingers and/or toes, which can compromise part of the lateral folds, being characterized by inflammation, infection and/or nail dystrophy. This occurs due to mechanical or chemical trauma that damages the cuticle, facilitating the penetration of irritants or allergens and leads to local inflammation with consequent occasional invasion of infectious agents. Thus, it is considered occupational dermatitis because it is often found in professionals who deal with irritants. Paronychia is divided into acute or chronic, which is an inflammation of the nail folds lasting more than 6 weeks. Depending on the duration and severity of the case, the treatment will be clinical or surgical, however the clinician is often unsatisfactory. The aim of this work is to demonstrate through the reported case in question, the evolution of the disease front of specific treatments, including general measures, clinical and surgical therapy in order to suggest more satisfactory way to reach the regression of this kind of condition. In this report, the authors describe a case of chronic paronychia, having based on anamnesis, chart info, photographic record and the use of relevant literature. The patient passed by clinical treatment and due to unsatisfactory results was realized surgery, which after follow-up and recovery culminated with the regression of the condition, and then the nail regeneration. Thus, was conclusive that in refractory and chronic cases, which do not respond to medications and general measures, the best option is surgical.

Keywords: paronychia; occupational dermatitis; surgery.

INTRODUÇÃO

A paroníquia, chamada popularmente de panarício, que resulta na afecção da prega ungueal proximal (PUP) de um ou mais dedos das mãos e ou dos pés e pode comprometer parte das dobras laterais, é caracterizada por inflamação e/ou infecção.¹

Mais frequente no sexo feminino, devido ao costume de se remover as cutículas para fins estéticos, pode também ser causada por pequenos traumas (diretos ou indiretos) ou por contato com produtos químicos como detergentes e água sanitária. Devido à exposição a produtos irritantes e até mesmo micro-organismos entre a unha e a pele próxima à cutícula, pode-se ocorrer uma flogose (dor, eritema, edema e calor) na região, com a presença de pus em boa parte das vezes, e a distrofia da placa ungueal é frequente.^{1,2}

Divide-se a paroníquia em aguda ou crônica. Sendo a paroníquia aguda uma inflamação com infecção por patógenos, e a crônica, uma reação inflamatória multifatorial que pode ter infecção por bactérias ou fungos também. A idade de incidência varia entre pacientes com 30 a 60 anos, ou em crianças que têm o hábito de sucionar o polegar. Pode ocorrer paroníquia aguda decorrente de uma complicação da paroníquia crônica.¹

Para se promover um tratamento clínico efetivo, é necessário afastar o paciente do contato com as substâncias patogênicas, controlar a infecção secundária e administrar corticoides tópicos, ou dependendo do caso, injetar corticoides no local da lesão.³ Uma drenagem para alívio da dor pode ser necessária em alguns casos.⁴ Nos casos crônicos e refratários ao tratamento clínico, está indicada uma cirurgia para retirada da PUP, pois, há na maioria dos casos, melhora expressiva das lesões culminando para um resultado muito satisfatório.⁵

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 67 anos, pardo, casado, aposentado, natural de Nova Roma procedente de Gurupi-TO. Há três anos, foi admitido no Ambulatório de Gurupi pela primeira vez em outubro de 2014, com queixa de lesões na pele, relatando que há quinze anos apresentava unha doente. Ao exame dermatológico constatou-se paroníquia crônica, no quarto dedo da mão direita. Foi instituído tratamento com ciprofloxacino 500mg, duas vezes ao dia por quinze dias e retorno dentro de trinta dias.

Em novembro de 2014, o paciente retorna ao Ambulatório, apresentando melhora parcial da unha, eritema de borda proximal e sem crescimento unha nova, foi então agendado um retorno dentro de três meses.

Em fevereiro de 2015 ao retornar ao Ambulatório, paciente persiste com paroníquia no 4º dedo da mão direita, apresentando edema e eritema, foi então instituído tratamento com itraconazol pulso, tendo como conduta a realização de três pulsos e retorno em quatro meses.

Em junho de 2015 em novo retorno ao Ambulatório, após tomar os três pulsos de itraconazol, o paciente apresentou significante mudanças, porém após lavar louças apresentou nova inflamação. Foi instituído tratamento com

terbinafina 250mg durante quatorze dias sim e quatorze dias não, o retorno foi agendado dentro de três meses

Três meses após o paciente retorna, não apresentando melhora da unha, foi então encaminhado para realização da cirurgia em outubro.

No dia 19/10/2015 paciente realizou a cirurgia da borda proximal do quarto dedo da mão direita. Foi instituído tratamento com diclofenaco, dipirona sódica e curativo compressivo, o retorno foi agendado dentro de sete dias.

No dia 26/10/15 paciente procurou o Ambulatório, relatando que há três dias apresentava piora no dedo. Ao exame dermatológico apresentou infecção, apresentando pseudomonas, eritema e dor. Foi instituído tratamento com kollagenase pomada, cefalexina de seis em seis horas, por sete dias e ciprofloxacino de doze em doze horas por sete dias, o retorno foi agendado dentro de quatorze dias no ambulatório.

Em 09/11/15 paciente retornou apresentando boa evolução, ao exame dermatológico apresentou crosta e edema. Foi instituído tratamento com fluxonazol 150mg, dez capsulas, uma vez na semana, o retorno foi agendado dentro de três meses

Em fevereiro de 2016, paciente retorna apresentando total cicatrização e crescimento da unha, o retorno foi então agendado para três meses.

Em agosto de 2016, paciente retornou para controle, ao exame dermatológico apresentou resultados positivos, o retorno foi agendado dentro de um ano para realizar revisão.

Em março de 2017, apresentou-se no ambulatório para revisão não apresentou resultados positivos e não apresentava sinais de paroníquia crônica.



Imagens 1 e 2: Edema e eritema das bordas laterais e proximais da unha; ausência de cutícula e onicodistrofia.

DISCUSSÃO

A anatomia da unha é composta por cinco estruturas principais: matriz, leito, lâmina, eponíquio e dobras (Imagem 5).⁵ O leito de unha é responsável pela produção, migração e manutenção ungueal. A porção proximal contém células ativas responsáveis pela geração de novas unhas. O dano à matriz germinal gera alterações estruturais na unha; e a porção distal adiciona espessura, volume e força.⁵ A unha

surge de uma depressão proximal leve denominada prega proximal. A cutícula é resultado da dobra proximal das unhas (PNF) e está situada entre a pele e a lâmina ungueal, fundindo essas estruturas juntas. Esta configuração anatômica é responsável pela impermeabilidade da unha à agentes externos. Na paroníquia crônica, esta anatomia apresenta-se alterada e por isso, irritantes, patógenos, alérgenos entram em contato com maior facilidade.^{6,7}



Imagem 3: Realizado anestesia do dedo; garrote com gaze; shaving das bordas ungueais acometidas. Após: curativo compressivo.



Imagem 4: Estado atual do 4º dedo da mão direita, após tratamento.

A paroníquia crônica consiste em um processo inflamatório das dobras ungueais com duração superior a 6 semanas e que envolve um ou mais das três dobras da unha.⁵

“É considerada dermatose ocupacional por ser frequentemente encontrada em domésticas, enfermeiras, garçons, pescadores, mecânicos e outros profissionais que imergem frequentemente as mãos na água e lidam com irritantes.” (AZULAY, 2014)

A patogênese ainda não está bem elucidada, porém sabe-se que episódios recorrentes de inflamação, edema persistente, endurecimento e fibrose das dobras ungueais alteram a formação estrutural, gerando unhas arredondas e retraídas, com maior exposição dos sulcos. Este comprometimento das estruturas que conferem

impermeabilidade à unha resulta em maior retenção de umidade, microrganismos e irritantes, exacerbando as crises de agudização. Além disso esse ciclo compromete a regeneração cuticular, um dos fatores protetores da unha.^{5, 6}

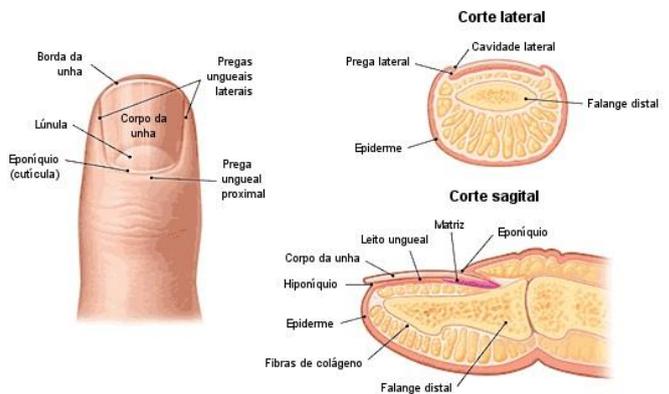


Imagem 5: Anatomia ungueal

Tratamentos falhos e continuidade do processo podem comprometer a capacidade de regeneração da cutícula bem como a vascularização da unha.⁵

Relhan et al. (2014) ressalta que, fármacos tópicos não conseguem penetrar a pele cronicamente inflamada e medicamentos sistêmicos não podem ser levados pela circulação em áreas de menor oferta vascular.

Clinicamente, a afecção é caracterizada por presença de edema, eritema e ausência de cutícula.⁷ Em grande parte dos casos, observa-se infecção local por bactérias e fungos, sendo os mais comuns, respectivamente, *Pseudomonas aeruginosa* e *Candida sp.*⁷ A contaminação local por *P. aeruginosa* confere à unha uma coloração esverdeada.^{5,9}

Várias são as causas etiológicas. Dentre elas: traumas mecânicos, doenças dermatológicas (Psoríase, Pênfigo, Eczema de contato, Onicomadese), medicamentos e tumores.

O tratamento inicial consiste no afastamento do agente irritante, uso de corticoides tópicos, imidazólicos tópicos e antissépticos tópicos.^{7,10}

A cirurgia é indicada apenas em casos refratários, crônicos, que não respondem à medicamentos e medidas gerais. Nesses casos, o objetivo terapêutico é remover o tecido inflamado, a fim de que tenha maior resposta ao uso tópico de medicamentos.^{5,8}

A técnica adotada no caso reportado foi a excisão da dobra proximal. Baran et (2006) sugeriram o método era mais simples, curativo e cosmeticamente e funcionalmente mais satisfatório do que a marsupialização epidêmica.^{2,5}

CONCLUSÃO

A paroníquia crônica é uma patologia que afeta o desempenho do indivíduo acometido nas diversas tarefas realizadas. Nesse contexto, vale ressaltar que essa condição pode ser prevenida com uso de hidratantes após higienização das mãos, evitar contato prolongado com irritantes, evitar hábito de sucção de dedos, manter unhas cortadas e usar luvas para exercício de atividades laborais de risco para desenvolvimento de paroníquia.

É importante que no processo diagnóstico e terapêutico, o paciente entenda que o tratamento é prolongado e depende da modificação de hábitos de vida ou de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEBER, M.C. et al. Alteração crônica periungueal. *Rev Epidemiol Control Infect.* v. 2, n. 2. p. 70-72, 2012.
2. CHIACCHIO, N.; DEBS, E.A.F.; TASSARA, G. tratamento cirúrgico da paroníquia crônica. Estudo comparativo de 138 cirurgias utilizando duas técnicas diferentes. *Surgical & Cosmetic Dermatology.* v.1,n.1.p. 21-24, 2009.
3. DI CHIACHIO, N. et al. PO91 - Excisão em "meia lua" para tratamento da paroníquia crônica. *An Bras Dermatol.* v. 80, supl.2. p.77-188, 2005.
4. CHARLIN, R. et al. Tratamento cirúrgico da paroníquia crônica. *An Bras Dermatol.* v. 80, supl.2. p.77-188, 2005.
5. RELHAN, V. et al. Management of chronic paronychia. *Indian J Dermatol.* v.59. p. 15-20, 2014.
6. AZULAY, R.D.; AZULAY, L. *Dermatologia.* 5. ed. São Paulo: Guanabara-Koogan, 2011.
7. BOLOGNA, J. L.; JORIZZO, J. L.; RAPINI, R. P. *Dermatology.* 3 ed. Elsevier, 2012.
8. *La Presse Médicale.* v.43, n.11. p.1216-1218, nov 2014.
9. Baran R, Bureau H. Tratamento cirúrgico da paroníquia crônica recalcitrante dos dedos. *J Dermatol Surg Oncol* 1981; 7: 106-7.
10. FITZPATRICK, T. B. et al. *Tratado de Dermatologia.* 7 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010 DUHARD, E. Les paronychies.