

Tratamento de unha em telha pela técnica de Zook: relato de cinco casos*

*Treatment of pincer nail utilizing Zook's technique: report of 5 cases**

Glaysson Tassara¹

Jackson Machado Pinto²

Gustavo Vieira Gualberto³

Bruno Silva Ribeiro⁴

Resumo: O pinçamento do leito ungueal gerado pela hipercurvatura transversa da unha é chamado de unha em pinça e pode provocar dor e constituir problema estético. A unha em pinça pode apresentar três tipos clínicos, mais comuns, sendo a unha em telha um deles. As causas podem ser hereditárias ou adquiridas. Os dedos dos pés são acometidos com maior frequência. Os tratamentos conservadores são os preferidos pelos pacientes, porém, os tratamentos cirúrgicos produzem os melhores resultados. Das técnicas cirúrgicas, a técnica de Zook é opção diferente, pois, preserva a matriz e o tamanho da unha. Os autores apresentam cinco pacientes com unha em telha, tratados com a técnica de Zook.

Palavras-chave: Doenças da unha; Unhas encravadas; Unhas malformadas

Abstract: The pinching of the distal nail bed, caused by transverse overcurvature of the nail is called pincer nail. It frequently causes pain and aesthetic problems. Pincer nail may present in three frequent clinical types, one being the tile-shaped nail. The causes may be hereditary or acquired. The toes are most frequently affected. Conservative treatments are preferred by patients, although surgical treatments produce better, longer-lasting results. Among the surgical techniques, Zook's technique differs from others, because it preserves the matrix and consequently the size of nail. The authors evaluated five patients who presented pincer nails and were treated using Zook's technique.

Keywords: Nail diseases; Nails, ingrown; Nails, malformed

INTRODUÇÃO

A unha em pinça é caracterizada pela hipercurvatura da unha no eixo transversal, provocando o pinçamento do leito ungueal em sua porção distal.¹ O termo foi introduzido por Cornelius e Shelley. A curvatura da unha aumenta da porção proximal para a distal, o que pode gerar a aparência de trompete. À medida que a hipercurvatura progride, ocorre o surgimento de dor, além de desconforto com o uso de cal-

çados fechados. Com o tempo, os tecidos moles poderão desaparecer, seguindo-se reabsorção óssea.

Os dedos dos pés são frequentemente afetados, e é raro o acometimento dos dedos das mãos.^{2,3}

Existem três tipos clínicos morfológicos: a unha em pinça, em que a hipercurvatura aumenta ao longo do eixo, no sentido proximal para o distal (mais comum); a unha em telha, em que há a hipercurvatu-

Recebido em 11.12.2006.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 09.09.2007.

* Trabalho realizado na Clínica Dermatológica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Médico especialista em dermatologia. Assistente efetivo da Clínica Dermatológica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Professor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Especialista e mestre em dermatologia. Doutor em Medicina. Chefe da Clínica Dermatológica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Professor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Médico especializando da Clínica Dermatológica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴ Médico especializando da Clínica Dermatológica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

ra transversa, porém com as margens laterais permanecendo paralelas; e a unha plicata, que mostra convexidade moderada de um ou de ambos os lados das margens laterais, que alteram abruptamente a angulação, penetrando, de forma cortante, nas porções laterais do leito ungueal.^{2,3}

As principais indicações para o tratamento são a dor e a inflamação. Outras indicações consistem no impedimento do uso de calçados fechados e no constrangimento estético, especialmente no Brasil, onde as mulheres, habitualmente, calçam sandálias. Pacientes submetidos a tratamentos conservadores, sem sucesso, são candidatas, também, ao tratamento cirúrgico.⁴

RELATOS DOS CASOS

Cinco pacientes foram tratados pela técnica descrita abaixo, durante 2005, sendo três mulheres e dois homens, todos com queixa de dor. Quatro pacientes apresentavam o problema na unha do hálux, e o outro paciente, no polegar. As idades variavam de 20 a 68 anos. A média de idade foi de 44 anos. Nenhum deles havia sido submetido a tratamentos anteriores.

O objetivo do tratamento consistiu em colocar enxertos dérmicos sob o leito ungueal, em suas porções laterais, onde ocorria o pinçamento, buscando, assim, a elevação e a retificação dessas regiões, a fim de que a nova unha pudesse crescer menos curvada.

Dessa forma, inicialmente, procedeu-se à obtenção do enxerto dérmico. A área doadora escolhida correspondeu à região lombar. Para a extração da derme, utilizaram-se duas diferentes técnicas: a exérese em fusão ou o *punch* dérmico. Na técnica do fusão, realizou-se a exérese da epiderme, isoladamente, e, em seguida, da derme (Figura 1). No *punch* dérmico,

foi realizado um orifício de entrada e saída, com lâmina de bisturi 11, para introdução do *punch* e coleta da derme. Para qualquer das formas empregadas, foi realizada a sutura da área doadora, mas, nos casos em que houve emprego dos *punchs*, apenas um ponto mostrou-se necessário para suturar os orifícios de entrada e saída.

Para introdução dos enxertos (Figura 2), após o bloqueio digital, foi realizada a avulsão da unha. Em seguida, procedeu-se a pequena incisão, em cada lado do hiponíquio, no nível da porção mais lateral do leito ungueal, local do pinçamento do leito. Através desses orifícios, iniciou-se o descolamento do leito em relação ao periósteo, até o nível da matriz (Figura 3). Criou-se, assim, um túnel, pelo qual foram introduzidos os enxertos dérmicos, elevando o leito ungueal, buscando sua retificação (Figura 4). Por fim, os dois orifícios de entrada foram suturados, para impedir a expulsão dos enxertos. Após a cirurgia, foi realizado curativo e recomendado repouso. Os pacientes foram reavaliados em 48 horas, seguindo-se cuidados diários, até a remoção dos pontos. Houve desaparecimento da dor em todos os casos, e o resultado estético foi considerado satisfatório pelos pacientes (Figuras 5 e 6). Os pacientes encontram-se em seguimento (15 a 22 meses), e, até o momento, não foi observada recidiva.

DISCUSSÃO

A unha em pinça apresenta, pelo menos, quatro variantes.²

1- Hereditária. Apresenta simetria, história familiar, sendo o hálux mais comumente afetado, apesar de os demais dedos poderem ser atingidos;

2- Adquirida. Geralmente assimétrica, podendo ser dividida em três grupos:



FIGURA 1: Área doadora, após a exérese do enxerto dérmico



FIGURA 2: Enxerto dérmico, dividido em dois fragmentos



FIGURA 3: Descolamento do leito, sobre o perióstio



FIGURA 4: Introdução do enxerto dérmico através do túnel criado

a- Secundária a defeito ortopédico. Frequentemente, é causada pelo desvio das falanges, que são subseqüentes ao uso de sapatos apertados e inadequados;

b- Secundária à dermatose crônica. Psoríase, a mais comum; exostose subungueal; cisto epidérmico e mixóide; tinha da unha; implantação de fistulas artério-venosas nos antebraços (hemodiálise); medicamentos (beta-bloqueadores); associação com metástase de adenocarcinoma de colo sigmóide (marcador); doença de Kawasaki; além da associação com epider-

mólise bolhosa simples.

c- Secundária à osteoartrite degenerativa da articulação interfalangeana distal dos dedos das mãos;

A paquioníquia congênita pode mimetizar a unha em pinça, porém, normalmente, não provoca dor e acomete os dedos das mãos e dos pés.³

A hipercurvatura da unha em pinça, provavelmente, é devida ao alargamento da base da falange distal, a qual está firmemente aderida à matriz ungueal por ligamentos de fibras colágenas. A matriz, portanto, diminui sua curvatura, e, conseqüentemen-



FIGURA 5: Aspecto do pré-operatório



FIGURA 6: Aspecto do pós-operatório; seis meses

te, a porção proximal da lâmina ungueal também o faz. Como os dedos dos pés são, caracteristicamente, muito curvados, essa diminuição da curvatura da porção proximal da lâmina ungueal provoca aumento da curvatura de sua porção distal. Essa hipercurvatura distal exerce tração no leito, que se encontra justaposto e fortemente ligado à falange distal por fibras, ligamento-símile. Isso, eventualmente, resulta na tração do osteófito, que é com frequência visto nas radiografias.³

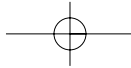
Como tratamento, a maioria dos pacientes opta pelos métodos conservadores, antes de procurar o dermatologista. Muitos tentam obter alívio através do corte dos cantos laterais encurvados; frequentemente, procuram podólogos, que utilizam órteses ou realizam o lixamento da porção central da lâmina, na tentativa de diminuir a curvatura das unhas. Apesar de os tratamentos conservadores corresponderem à primeira opção dos pacientes, com frequência, observa-se a recorrência do problema após alguns meses.⁵

Existem várias técnicas cirúrgicas descritas para o tratamento da unha em pinça.^{4,6} As opções mais importantes para o tratamento cirúrgico são: a fenolização dos cornos laterais hipercurvados, que traz alívio imediato, pois elimina a dor provocada pelo pinçamento do leito; a técnica descrita por Haneke, que combina a fenolização com incisão mediana do leito ungueal; descolamento, diminuindo a tração do perióstio sobre o mesmo; remoção de osteófitos, se

necessário; e sutura reversa, buscando a retificação do leito. Essas técnicas de tratamento visam tratar a causa da hipercurvatura, através da redução da largura da matriz e da lâmina ungueal proximal.

Diferente dessas técnicas, a técnica de Zook e suas variações apresentam-se como opção que, além de solucionar a dor, preservam a matriz, mantendo, assim, a largura normal da lâmina ungueal, o que é importante do ponto de vista funcional e estético. Modificações dessa técnica foram introduzidas, pelo próprio Zook,¹ e, no último Congresso Brasileiro de Cirurgia Dermatológica, por Di Chiacchio, que reportou série de casos em que usou, em lugar do enxerto dérmico, o fio vycril trançado, para elevar o leito ungueal.

O paciente com unha em pinça procura o dermatologista, frequentemente, por apresentar dor e desconforto com o uso de calçados, mas, também, devido ao constrangimento estético apresentado. Esse é fator de grande importância no Brasil, já que a exposição dos dedos dos pés é comum, seja nos clubes, nas praias, seja pelo fato de as sandálias constituírem importante item do vestuário feminino. Dessa forma, uma técnica que, além de propiciar o alívio da dor, promove melhora estética torna-se boa opção para casos bem selecionados. Não resta dúvida de que maior tempo de acompanhamento é necessário para a avaliação do bom resultado, especificamente, com relação à durabilidade e recidiva.⁶ □

**REFERÊNCIAS**

1. 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;30:400-3.
2. Krull EA, Baran R, Zook E, Haneke E. *Nail Surgery: text and Atlas*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
3. Baran R, Haneke E, Richert B. Pincer nails: definition and surgical treatment. *Dermatol Surg*. 2001;27:261-6.
4. Plusje LGJM. Pincer Nails: a new surgical treatment. *Dermatol Surg*. 2001;27:41-3.
5. Kim KD, Sim WY. Surgical pearl: Nail plate separation and splint fixation - a new noninvasive treatment for pincer nails. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:791-2.
6. Aksakal AB, Akar A, Erbil A, Onder M. A new surgical therapeutic approach to pincer nail deformity. *Dermatol Surg*. 2001;27:55-57.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Glaysson Tassara

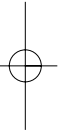
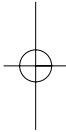
Avenida do Contorno, 9636, salas 1206 e 1208.

Bairro Prado

30110 080 - Belo Horizonte - MG.

Tel./Fax: (21) 3295 5892 / (31) 32924266

E-mail: gtassara@uai.com.br



Como citar este artigo / How to cite this article: Tassara G, Machado-Pinto J, Gualberto GV, Ribeiro BS. Tratamento de unha em telha pela técnica de Zook: relato de cinco casos. *An Bras Dermatol*. 2007;83(3):237-41.

An Bras Dermatol. 2008;83(3):237-41.

