

Caso para Diagnóstico*

Case for Diagnosis*

Hélio Amante Miot¹
João Paulo Vasconcelos Poli³

Juliana Hammoud Gumieiro²
Rosângela Maria Pires de Camargo⁴

HISTÓRIA DA DOENÇA

Paciente do sexo masculino, 25 anos, branco, estudante, notou escurecimento da unha do terceiro pododáctilo direito há um ano, sem acometimento de pregas ungueais. Inicialmente, referiu pigmentação



FIGURA 1: Melanoníquia no terceiro pododáctilo direito e fraturas transversais incompletas nas unhas dos pés

distal, que progrediu para toda a lâmina (Figura 1).

No mesmo período, refere infecções virais das vias aéreas e três verrugas vulgares no dorso das mãos.

Previamente saudável, tem hábito de usar sapatos fechados e utilizava equipamento de combate (saco de pancadas), onde desferia golpes com punhos e pés.

Ao exame físico apresentava melanoníquia na porção central e distal do terceiro pododáctilo direito sem envolvimento da lúnula, discretas proliferações centrífugas ragadiformes, distribuição irregular da pigmentação castanha e enegrecida com esmaecimento central branco. Observava-se ainda fina descamação furfurácea, sem paquioníquia ou onicólise. Ao exame axial da porção distal da unha, notava-se que a pigmentação acometia apenas a camada dorsal da lâmina. Todas as unhas dos pés apresentavam fraturas transversais incompletas (Figura 1).

O exame dermatoscópico ratificou todos os achados, sem acrescentar elementos que configurassem lesão melanocítica ou hematoma.

Hemograma, FAN, HIV, HBsAg, Anti-HCV e proteínas séricas normais.

Após a coleta do exame micológico direto da superfície da unha, houve remoção imediata do aspecto pigmentado da lesão (Figura 2).

Recebido em 15.10.2006.

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 01.03.2007.

*Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Professor assistente doutor do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista (Unesp) - Botucatu (SP), Brasil.

² Estudante de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista (Unesp) - Botucatu (SP), Brasil.

³ Estudante de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista (Unesp) - Botucatu, (SP), Brasil.

⁴ Bióloga e micologista do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil.



FIGURA 2 : Aspecto da unha imediatamente após coleta do exame micológico direto

O exame direto (KOH 20%) evidenciou hifas largas, demáceas, septadas e ramificadas (Figura 3A). A cultura em ágar Sabouraud demonstrou, na macromorfologia, crescimento de padrão algodinoso, aéreo e marrom-acinzentado na primeira semana (Figura 3B); e na micromorfologia (lactofenol azul de algodão), hifas ramificadas pigmentadas, de paredes grossas e Arthroconídios uni ou bicelulares, compatíveis com *Scytalidium dimidiatum* (Figura 3C).

Tratado com isoconazol tópico e lixamento da lâmina com resolução completa após quatro meses, com oito meses de seguimento clínico posterior.

COMENTÁRIOS

Formas superficiais de melanoníquia fúngica são raras, porém, de diagnóstico simples. A observação de fungos demáceos ao exame direto e a melhora do aspecto da lâmina ungueal após o raspado são elementos diagnósticos conclusivos.¹

As onicomicoses por fungos filamentosos não-dermatófitos podem apresentar-se de diversas formas clínicas, entre elas a infecção superficial, assim como têm sido descritas infecções coexistentes com dermatófitos.^{1,2}

Os agentes mais relacionados às melanoníquias fúngicas são: *S. dimidiatum*, *Fusarium sp.*, *Wangiella dermatitidis*, *Exophiala dermatitidis*, *Scopulariopsis brevicaulis*, *Aspergillus niger*, *Alternaria sp.*, *Penicillium sp.*, *Acremonium sp.*; porém, já foi descrita como causada por dermatófitos (*T. rubrum*) e leveduras (*Candida sp.*).³

A pigmentação melânica desse caso tem origem na estrutura celular fúngica, causando confusão com melanoníquias neoplásicas (melanoma, nevo, doença de Bowen, carcinoma espinocelular), medica-

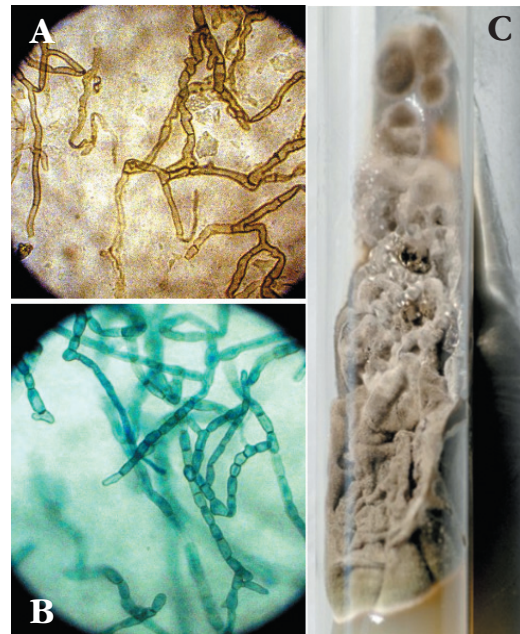


FIGURA 3: (A) Exame micológico direto (KOH 20%): Hifas largas, ramificadas, demáceas e septadas (200x). (B) Macromorfologia do crescimento à 20°C: colônia algodonosa, aérea e marrom-acinzentada, de crescimento rápido. (C) Micromorfologia (lactofenol azul de algodão): hifas ramificadas pigmentadas, com paredes grossas e arthroconídios unicelulares (200x)

mentos, traumáticas (hematoma), bacterianas, virais (HPV), hormonais (doença de Addison) ou constitucionais (lentigo, pigmentação racial, síndrome de Laugier-Hunziker).¹

Scytalidium dimidiatum, antes denominado *S. lignicola* e *Hendersonula toluoidea*, é fungo demáceo que causa infecção vegetal em árvores de clima tropical, descrito como patógeno humano em onicomicoses, dermatomicoses e feo-hifomicoses, principalmente acometendo imunossuprimidos, migrantes e esportistas. Alguns autores admitem duas formas para o *S. lignicola*, a pigmentada (*S. dimidiatum*) e a não pigmentada (*S. bialinum*).^{3,4}

O traumatismo repetido pode ter favorecido o desenvolvimento da afecção no pé dominante, destacando a presença de fraturas transversais nas unhas.⁴

O tratamento das formas superficiais é mais efetivo que as formas distais-laterais, paroníquias ou onicomatricoma. O emprego de antifúngicos tópicos e abrasão da superfície da unha resultou em cura clínica no seguimento de oito meses.⁵

Lesões melanocíticas representam a principal preocupação na avaliação das melanoníquias, mas a etiologia fúngica deve ser considerada em seu diagnóstico diferencial. □

Resumo: Descreve-se caso clínico de paciente do sexo masculino, jovem, imunocompetente, portador de melanoníquia fúngica no terceiro pododáctilo causado por *Scytalidium dimidiatum*. Discutem-se a semiotécnica diagnóstica, seus diferenciais e a terapêutica adequada. Os autores destacam que a etiologia fúngica deva ser considerada no diagnóstico das melanoníquias.

Palavras-chave: Doenças da unha; Micoses; Onicomicose

Abstract: *The authors report the case of a young, immunocompetent male, affected by fungal melanonychia in the third toe, caused by Scytalidium dimidiatum. The Diagnostic procedures, the differential diagnosis and adequate treatment are also discussed. The authors remark that a fungal etiology should be considered in the diagnosis of melanonychia.*

Keywords: Mycosis; Nail diseases; Onychomycosis

REFERÊNCIAS

1. Lee SW, Kim YC, Kim DK, Yoon TY, Park HJ, Cinn YW. Fungal melanonychia. *J Dermatol.* 2004;31:904-9.
2. Summerbell RC, Kane J, Kraiden S. Onychomycosis, tinea pedis and tinea manuum caused by non-dermatophytic filamentous fungi. *Mycoses.* 1989;32:609-19.
3. Lacaz CS, Pereira AD, Heins-Vaccari EM, Cuce LC, Benatti C, Nunes RS, et al. Onychomycosis caused by *Scytalidium dimidiatum*. Report of two cases. Review of the taxonomy of the synanamorph and anamorph forms of this coelomycete. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 1999;41:318-23.
4. Álvarez P, Enríquez AM, Toro C. Dermatomicosis de importación por *Scytalidium dimidiatum*: a propósito de tres casos. *Rev Iberoam Micol.* 2000;17:102-6.
5. Oyeka CA, Gugnani HC. Isoconazole nitrate versus clotrimazole in foot and nail infections due to *Hendersonula toruloidea*, *Scytalidium hyalinum* and dermatophytes. *Mycoses.* 1992;35:357-61.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Hélio Amante Miot

Departamento de Dermatologia e Radioterapia
da FMB-Unesp

18618 000 - Botucatu - SP

Tels./Fax: (14) 3882-4922

E-mail: beliomiot@fmb.unesp.br

Como citar este artigo / How to cite this article: Miot HA, Gumieiro JH, Poli JPV, Camargo RMP. Caso para diagnóstico. Melanoníquia fúngica. *An Bras Dermatol.* 2007;82(5):480-2.