

Índice

Resumo.....	2
Abstract.....	2
Introdução.....	3
Métodos.....	3
Anatomia da unha.....	4
Alterações fisiopatológicas ungueais no idoso.....	5
Alterações ungueais associadas a doenças dermatológicas.....	7
Alterações ungueais associadas a doença sistémica.....	10
Alterações adquiridas das unhas.....	17
Infeções das unhas.....	24
Tumores do aparelho ungueal.....	31
Abordagem terapêutica.....	36
Discussão e conclusão.....	44
Bibliografia.....	48

1 - Resumo

As alterações e distrofias das unhas, que constituem um fenómeno frequente na população geriátrica, justificam uma atenção particular por parte do médico de família, nomeadamente através de uma avaliação da patologia ungueal do idoso, sobretudo no que toca às implicações no âmbito da atividade da Medicina Geral e Familiar.

O objetivo deste trabalho consiste em realizar uma revisão sistemática acerca do diagnóstico e do tratamento da patologia ungueal mais prevalente nos doentes idosos.

Quanto à metodologia, baseei-me na síntese de artigos constantes das bases de dados “Clinical key, Pubmed e Scielo”, bem como de textos extraídos de livros de Dermatologia.

2 - Abstract

Nail changes and dystrophy, frequent phenomena in elderly people, justify particular attention from general practitioners, namely through diagnosis of possible nail disorders.

The purpose of this work is to conduct a systematic review of the diagnosis of nail diseases and respective treatment in elderly people.

Key data for this paper was taken from articles found in the Clinical key, Pubmed and Scielo databases, as well as books and papers on dermatology.

Palavras-chave

“Nails disease”, “Elderly”

3 - Introdução

A população com mais de 65 anos tem vindo a aumentar, graças à evolução das estratégias de tratamento e dos cuidados gerais de saúde.

Até 10 % dos processos dermatológicos que se apresentam nos cuidados primários correspondem a lesões ungueais e a sua frequência aumenta com a idade, havendo também uma grande percentagem de doenças sistémicas que cursam com alterações ungueais.¹¹

Na prática diária, o médico de família é confrontado com diversas alterações da pele. As anormalidades do aparelho ungueal e tecidos envolventes podem levantar dúvidas diagnósticas e terapêuticas. Incluem estados fisiológicos, manifestações de doenças sistémicas e uma ampla extensão de infeções, situações inflamatórias, malformações e neoplasias.

Para o médico de família é de extrema importância o conhecimento das alterações ungueais e causas subjacentes, com vista a permitir um diagnóstico correto, proporcionando, assim, melhores cuidados a este grupo populacional cada vez maior. O médico de família também deve ser capaz de reconhecer os problemas ungueais menos frequentes e mais raros, que exigem tratamento imediato.

4 – Métodos

Realizou-se uma revisão sistemática sobre as patologias ungueais mais frequentes nos idosos e as causas subjacentes, com base na análise de artigos escolhidos que constam das bases de dados “Clinical key, Pubmed e Scielo” sobretudo em português e inglês, entre o período de 2000 a 2014, bem como na síntese de textos extraídos de livros de Dermatologia e outra literatura médica. Escolheram-se as palavras-chave: “nails disease”, “elderly”.

5 – Anatomia da unha

Um conhecimento adequado da anatomia e da função do aparelho ungueal é essencial para uma execução correta do exame objetivo da unha.

As unhas são consideradas um apêndice cutâneo, que consiste numa placa semitransparente com uma estrutura de células escamosas queratinizadas, revestindo a extremidade dorsal da última falange dos dedos. Protegem a falange distal contra traumas mecânicos e químicos e contribuem para a manutenção da biomecânica da marcha e da postura corporal. Além disso, têm função de pinça, participam na função discriminativa e são usadas para arranhar.^{10, 17}

A unha consiste nas seguintes partes:

- a matriz ungueal, pele profunda, na área proximal, zona que assegura o crescimento da unha, produz uma variedade de queratina que origina progressivamente a placa da unha, assegurando-lhe, desse modo, um crescimento contínuo. A parte visível da matriz, pequena porção esbranquiçada semicircular, é denominada lúnula;
- o leito ungueal, epitélio escamoso queratinizado, sobre o qual repousa a placa ungueal, é formado pela derme e epiderme e adere fortemente à placa;
- a placa ungueal, produto da queratinização da matriz, parte visível da unha, é uma estrutura firme, retangular e geralmente encurvada, que termina no bordo livre; a cor rósea da placa ungueal deriva do leito ungueal vascularizado, ao qual a placa se encontra firmemente ligada; cerca de um quarto da placa ungueal (a raiz ungueal) é recoberto pela prega ungueal proximal;⁹
- a cutícula ou eponíquio, que é um espessamento cutâneo, formado por queratinócitos da prega ungueal proximal, parte dorsal da matriz e atua como selagem entre a unha e a

pele, protegendo o espaço entre a prega e a placa da humidade externa, de fragmentos e microrganismos, fechando hermeticamente as regiões profundas;⁶

- o hiponíquio, prega ungueal distal que fixa a parte distal da unha, localizado abaixo da margem livre da placa ungueal, corresponde à camada de epiderme espessada que se encontra na junção entre o leito ungueal e a pele;
- as pregas ungueais laterais recobrem e protegem os lados da placa ungueal.⁹

6 – Alterações fisiopatológicas ungueais no idoso

As alterações ungueais podem ser devidas a um processo patológico local, a uma manifestação de uma doença cutânea ou a uma alteração sistémica. As alterações de origem hereditária também podem afetar as unhas.

Durante a vida, a morfologia das unhas varia, verificando-se grandes diferenças entre as unhas de um lactente e as de um ancião. A taxa de crescimento, a cor, o contorno, a superfície, a espessura, a composição química e histológica da unha modificam-se. Por exemplo, o teor de gordura, que já é baixo em condições normais, sofre uma queda com a idade, que é independente da dieta ou de doenças como a hipercolesterolemia. Essa diminuição leva também as unhas a perderem água com mais facilidade. A lâmina ungueal contém aproximadamente 10% de água, sendo pobre em lípidos. Assim, a sua capacidade de reter líquido é pequena, o que a torna mais suscetível à desidratação e aos danos mecânicos.

Na terceira idade, principalmente no dedo grande do pé, as unhas adquirem uma tonalidade esbranquiçada, com aspeto pálido, opaco, sem brilho e crescem menos.

Tais mudanças são devidas aos efeitos da radiação ultravioleta e a um envelhecimento do tecido elástico vascular, dificultando o fluxo sanguíneo nas extremidades distais. ⁵

As taxas de crescimento do prato ungueal das unhas dos dedos das mãos e dos pés são normalmente e em média de 3,0 e 1,0 mm/ mês respectivamente. O crescimento da unha, originado pela proliferação contínua das células da matriz, é contínuo ao longo da vida, sendo de 0,1 mm/ dia nas mãos e duas vezes menor nos pés.

Observa-se ainda um aumento do conteúdo de cálcio da unha e uma diminuição do conteúdo em ferro.

As alterações senis, na população idosa, foram classificadas em quatro categorias num estudo levado a cabo por Rao S, et al.: alteração da cor; alteração do contorno da unha; mudança na superfície e fragilidade das unhas; alteração significativa na espessura da unha, estando presente onicocauxis.²

À medida que a idade aumenta, a visibilidade lunular diminui, ocorrem alterações na superfície da unha, observando-se o aumento dos sulcos longitudinais de largura variável quando múltiplos (onicorrexis). Na forma única pode ser familiar, por distrofia canalicular média e tumores no bordo posterior (quisto mucoide, verruga). Além disso, as unhas podem ser anormalmente convexas (hipocratismo) ou côncavas, em forma de colher (coiloníquia), descolar-se do seu leito (onicólise), descorarem-se (leuconíquias), apresentarem cristas devidas ao envelhecimento ou a certas doenças dermatológicas, associadas a artrite reumatoide, líquen plano e doença de Darier. Os sulcos transversais podem associar-se a um traumatismo da matriz e a pequenas depressões do tamanho de uma cabeça de alfinete, características de psoríase, eczema ou líquen.

Relativamente às alterações do contorno, pode ocorrer uma diminuição da curvatura longitudinal e um aumento da convexidade transversal.

A causa mais comum de unhas frágeis é a desidratação da placa ungueal, que pode ser causada ou exacerbada por fatores externos, entre os quais a exposição a climas secos.

As modificações da cor das unhas são mais frequentemente devidas a uma infecção por um fungo microscópico, a uma má circulação sanguínea e à toma de certos medicamentos. As pequenas manchas brancas que observamos, por vezes, sob a unha, devem-se a um trauma pequeno da queratinização, a pequenas bolhas de ar presas sob a unha ou a uma micose superficial. Nos indivíduos de raça negra ocorre pigmentação longitudinal nas unhas em cerca de 96% das pessoas acima de 50 anos.

7 – Alterações ungueais associadas a doenças dermatológicas

Algumas doenças dermatológicas provocam alterações características das unhas, mesmo quando o tecido periungueal não está envolvido. Podem produzir fragilidade da unha diretamente, ocasionando lesão do prato ungueal ou indiretamente, ao afetar a matriz da unha, tais como: psoríase, líquen plano, líquen estriado, alopecia areata, doença de Darier e dermatite.

A psoríase, uma das dermatoses mais frequentes, que afeta 1 a 3 % da população mundial, pode apresentar com frequência mudanças nas unhas. A psoríase da unha incide em 40% a 50% dos pacientes que sofrem de psoríase, incidência que sobe até 90% em pacientes que sofrem de artrite psoriática. O atingimento da unha pode indicar o envolvimento sistémico, nomeadamente articular.^{22, 23}

As unhas, que são afetadas, por vezes, no decurso de uma psoríase comum, podem constituir a única localização da doença em certas pessoas. Apresentam frequentemente ligeiras depressões puntiformes, semelhantes a um dedal, ou descolam-se do dedo.

Essas depressões puntiformes irregulares são um sinal precoce, mas não específico da doença, podendo ocorrer na alopecia areata, eczema, desidrose, líquen plano e pitiríase rosada. Geralmente são afetadas várias unhas, sobretudo as da mão.²

Na psoríase, caso a parte proximal da matriz ungueal esteja envolvida, o resultado são marcas profundas no prato ungueal.

Outras situações incluem uma coloração amarelada circunscrita da superfície, conhecida como lesão “em mancha de óleo”, sinal quase patognomónico da unha psoriásica. Também pode ser encontrada descoloração amarela, hiperqueratose, onicólise, com levantamento da parte distal da unha, traquioníquia, paroníquia crónica, hemorragias subungueais e depressões transversais (linhas de Beau) da placa ungueal.^{22, 23}

Em certos casos, é difícil distinguir clinicamente uma psoríase ungueal de uma onicomiose podendo as unhas com psoríase estar sobreinfetadas por fungos; é, por isso, adequado solicitar uma cultura em unhas suspeitas.^{18, 32}

O pitting (corrosão), encontrado na psoríase e na alopecia areata pode ser útil na confirmação destes diagnósticos, quando outros elementos não são característicos.^{9, 14}

A acropustulose, variante agressiva da psoríase, pode produzir lesões ósseas subjacentes com perda de tecido. São pústulas estéreis, com base eritematosa no leito ungueal e na matriz, intensamente dolorosas, podendo conduzir a uma anoníquia permanente.

Outras doenças papuloescamosas, como a doença de Reiter, a pitiríase rubra pilar, a síndrome de Sézary, e a acroqueratose paraneoplásica, provocam em geral unhas hipertróficas, com hiperqueratose subungueal.

A psoríase que atinge as vinte unhas com distrofia tem grande impacto no envolvimento social, revertendo ao fim de quatro meses de tratamento com agentes biológicos.

O eczema ungueal ocorre no leito ungueal, quando a pele fica irritada e exposta a humidade durante períodos prolongados.

Podem encontrar-se alterações ungueais tanto em eczemas endógenos (atópicos) como em exógenos (irritativos). Pode ocorrer com o verniz das unhas, por sensibilização à resina metilfenólica. A afeção no eczema periungueal manifesta-se geralmente de forma distrófica, como onicólise ou como depressões transversais de Beau, estando também descrita hiperqueratose subungueal. O eczema das pontas dos dedos pode afetar a matriz ungueal, resultando em fragilidade das unhas e esfoliação lamelar.

O líquen plano, doença inflamatória da pele e das membranas mucosas, afeta habitualmente a matriz ungueal proximal, mas pode afetar também primariamente o leito ungueal distal. Embora possa ocorrer em qualquer idade, começa mais comumente na quinta ou sexta década de vida. Geralmente, o envolvimento ungueal é ligeiro e apresenta-se sob a forma de estriação longitudinal, que eventualmente desaparece. Um efeito mediano resulta em estreitamento, enquanto um efeito mais grave causa um pterígio (crescimento da cutícula para o prato ungueal) e pode condicionar perda total do prato ungueal, ocorrendo fusão do eponíquio com o leito ungueal.^{9, 24} A cor violácea e leuco/melanoníquia, ou mesmo eritroníquia (estrias vermelhas), pode surgir e, em casos de inflamação importante, é inclusivamente possível que ocorra queda das unhas. A melanoníquia que envolva todas as unhas não é grave e pode ser devida à toma de amiodarona ou de origem rásica, como na raça indiana e negra.

Na dermatomiotose podem surgir problemas de unhas, tais como telangiectasia periungueal e hipertrofia cuticular. As unhas adquirem um aspeto inchado e toda a pele em redor apresenta uma cor avermelhada.

O tratamento consiste em corticosteroides, metotrexato, imunossuppressores sem esteroides e inibidores TNF-alfa.

Os pacientes com doença de Darier quase sempre mostram alterações da queratinização nas unhas. As alterações mais típicas são uma estriação longitudinal branca ou vermelha, com uns encaixes em «V» na borda livre da placa ungueal. De forma menos frequente, também se pode encontrar uma leuconíquia total ou um espessamento da placa ungueal. Todas estas alterações são menos pronunciadas nas unhas dos pés.

Os retinoides orais representam, atualmente, a melhor opção de tratamento sistémico para as formas mais extensas da doença, atuando através das suas ações antiproliferativas, com normalização da diferenciação epidérmica. De acordo com os estudos clínicos, ocorre resposta terapêutica satisfatória com o uso da acitretina em até 90% dos pacientes.

8 – Alterações ungueais associadas a doença sistémica

As unhas podem apresentar manifestação de transtornos de saúde geral e revelar vários sinais gerais, que nos podem auxiliar no diagnóstico de doenças sistémicas.³

Em geral, as doenças sistémicas acometem mais de uma unha e as unhas dos dedos das mãos fornecem melhores informações que as unhas dos pés, em virtude de os sinais clínicos serem modificados por traumas.

Das afeções do tecido conjuntivo resultam, frequentemente, alterações nos leitos ungueais, sendo as mais comuns os distúrbios do sistema pulmonar, cardiovascular e intestinal.^{9, 15, 16}

A produção de um prato ungueal fino pode dever-se às doenças vasculares ou doenças que afetam a oxigenação, tais como a doença arterial periférica, a arteriosclerose, a microangiopatia, a doença de Raynaud, a policitemia vera, a anemia diseritropoiética e as infeções crónicas (tuberculose pulmonar, empiema, bronquiectasias e sarcoidose).

Um certo número de alterações endócrinas e metabólicas, incluindo hipo e hipertiroidismo, hipopituitarismo, caquexia, gota, osteoporose, diabetes, má nutrição, osteomalacia e

acromegália podem resultar em formação ungueal patológica das unhas frágeis e unhas com crescimento lento, fendas longitudinais ou presença de fissuras.

No hipertiroidismo pode observar-se: onicólise, isto é, separação da unha do leito ungueal, descolamento do leito ungueal, que se observa mais frequentemente no 4º dedo das mãos (unhas de Plummer) e hipocratismo digital, também designado, neste caso específico, por acropatia tiroideia.

As causas de hipocratismo digital são muitas e incluem hipóxia crónica derivada de doença cardíaca ou cancro pulmonar e cirrose hepática. O hipocratismo digital pode ser hereditário e congénito (sem significado diagnóstico) e pode tornar-se mais marcado com a idade. No entanto, mais frequentemente, aparece no seguimento de uma doença crónica pulmonar (dilatação dos brônquios, tuberculose, fibrose, cancro) ou cardíaca (endocardite). Qualquer aparecimento recente de hipocratismo digital é altamente significativo, uma vez que as causas incluem carcinoma do pulmão, outros tumores intratorácicos, doença pulmonar crónica supurativa (bronquiectasias), cardiopatia congénita cianótica, endocardite bacteriana, alveolite fibrosante, má absorção crónica, cirrose e doença inflamatória intestinal. A bronquite crónica ou enfisema raramente, ou mesmo nunca, causa hipocratismo digital.²⁷

A osteoartropatia pulmonar hipertrófica, com espessamento dos ossos da mão e do pé, para além do aumento dos ossos da última falange, encontra-se frequentemente em associação com o hipocratismo digital e é geralmente causada por um carcinoma do pulmão subjacente. Existe dor espontânea e à palpação em redor do punho.

Não há tratamento para o hipocratismo não hereditário, existindo apenas tratamento para a doença que lhe deu causa.

A amiloidose sistémica pode causar onicólise, com aumento da fragilidade, fragmentação e presença de sulcos longitudinais do prato ungueal.

A onicólise pode ainda resultar de diversas doenças sistémicas, tais como o lúpus eritematoso sistémico, a anemia ferropénica, a diabetes mellitus, a hiperidrose, o hiper ou hipotiroidismo, a circulação arterial periférica deficiente, a porfíria eritropoiética, a sarcoidose, a pelagra, a lepra, a síndrome de Reiter, a esclerodermia e a síndrome das unhas amarelas.¹³

Na coiloníquia, as unhas tornam-se planas ou côncavas, finas e frágeis, em forma de colher. A coiloníquia é herdada como traço autossômico dominante ou está associada com outras síndromes. Com efeito, a coiloníquia adquirida pode estar associada a uma anemia por deficiência de ferro ou doença hormonal (doença da hipófise, da tiroide). Acontece ainda dever-se a uma carência em vitamina B ou a uma anomalia do metabolismo do ferro (hemocromatose). Esta alteração ocorre com menor frequência na doença coronária. Nesta patologia verifica-se uma deformação de uma ou várias unhas em pequena fossa, uma linha ou uma fissura mediana longitudinal que separa a unha em duas metades.¹⁴ O único tratamento é procurar tratar a causa.

A leuconíquia é uma mancha branca que tem origem na matriz, inteira ou isolada, linhas longitudinais ou transversais. A verdadeira surge na psoríase, dermatite esfoliativa, traumatismos físicos ou químicos da unha (leuconíquia estriada por manipulação agressivas de manicura ou contactos com produtos salgados dos talhantes e em funcionários de charcutaria, por exemplo).^{13, 15} A aparente (cor branca espúria por alterações nas placas subungueais) ocorre na anemia, onicólise, hipoalbuminemia (bandas de Muehrcke), doença renal (síndrome unhas metade-metade), cirrose biliar (unhas de Terry).¹⁴

Aspetos e causas clínicas das leuconíquias mais comuns nos idosos

Leuconíquias mais comuns nos idosos	Aspetos clínicos	Causas
Unhas napolitanas	Cromoníquia com cores de tipo “gelado napolitano”: branca proximal, rosa central e opaca, ausência de lúnula	Acomete 20 % dos idosos – cromoníquia senil
Unhas de Terry	Cromoníquia branca proximal e rosa distal (largura – 0,5 – 3 mm)	Cirrose hepática, insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus e má nutrição
Unhas meio-a-meio de Lindsay	Cromoníquia branca proximal castanha distal (20 % - 60 %)	Pacientes urémicos (insuficiência renal/crônica)
Unhas de Muehrcke	Faixas paralelas de leuconíquia transversal entre a cor rósea do leito normal	Condições que levem a hipoalbuminemia – 2,2 g/100 ml. (exemplo: síndrome nefrótica, glomerulonefrite)

12

Na pseudoleuconíquia a matriz não está afetada; pode acontecer na onicomicose e com o uso de verniz.

A leuconíquia tem numerosas causas: doenças orgânicas (cirrose, insuficiência renal, enfarte do miocárdio, gota, infeções, cancros), carências em zinco ou em vitamina PP, intoxicações (arsénio, sulfamidas, tálio). Pode afetar todos os dedos. A palidez do leito ungueal é um sinal de anemia, edema ou problemas vasculares. Tal coloração pode ser total (numa forma rara hereditária autossómica dominante ou ocasionada por doenças sistêmicas, como a febre tifoide, colite ulcerativa, cirrose e hanseníase); transversal (linhas de Mees), quando é devida a intoxicação ou a fármacos (quimioterápicos).⁵

O tratamento da leuconíquia consiste no diagnóstico e tratamento das doenças que lhe deram origem.

Associadas à hipoalbuminemia encontram-se as bandas de Muehrcke, bandas rosadas entre duas brancas, paralelas à lúnula. Surgem aos pares, atravessando por toda a unha e representam anormalidade vascular do leito ungueal e, assim, não se movimentam com o

crescimento da unha.^{5, 9, 15} Essas características diferenciam-nas das linhas de Mees. Desaparecem quando as proteínas se normalizam. Também podem estar presentes em pacientes com síndrome nefrótica, doenças hepáticas, má nutrição, uso de drogas quimioterápicas, síndrome de Peutz-Jeghers, bem como nos transplantados renais.

As linhas de Mees correspondem a linhas esbranquiçadas, em vez de manchas transversas, que podem ser únicas ou múltiplas; as suas curvas são mais semelhantes às da lúnula do que às da cutícula. Surgem nas pregas ungueais proximais e sobem até às bordas das unhas. Essas linhas raras podem acompanhar doença aguda ou grave, pode significar intoxicação por arsénio, septicemia, aneurisma dissecante da aorta, várias infecções parasitárias, insuficiência renal, bem como o resultado de alguns medicamentos (quimioterápicos).^{17, 25}

A síndrome das unhas amarelas manifesta-se sob a forma de unhas espessadas de cor amarelada, lisas, com perda de cutícula e aumento da curvatura longitudinal e transversal, cujo crescimento se tornou mais lento. As unhas revelam-se, frequentemente, afetadas por onicólise, a placa ungueal apresenta-se opaca e perdem as cutículas e a lúnula. A síndrome das unhas amarelas pode associar-se a doenças tão diversas como o linfedema, a doenças pulmonares (DPOC), pleurais (derrame pleural) e bem assim, menos comumente, a doenças dos seios paranasais (sinusite), a processos malignos, síndrome nefrótico, hipotireoidismo ou SIDA.^{13, 17}

Embora não exista um tratamento definitivo, obtiveram-se resultados com a administração de D-alfa-tocoferol e vitamina E tópica associada a itraconazol e suplementos orais de zinco. Somente o tratamento da afeção responsável da síndrome pode levar a uma regressão dos sintomas.

Os sulcos longitudinais podem ser fisiológicos e estar acentuados pela idade, artrite, vasculopatias periféricas, doença de Darier e líquen plano. Uma forma típica, geralmente

associada a hábitos compulsivos ou tiques de atrito, é a «distrofia canaliforme média de Heller», na qual aparece uma deformidade central em forma de «abeto». Por outro lado, os tumores benignos ou malignos que assentam na matriz ungueal, podem produzir também um sulco longitudinal correspondente à zona que comprimem.

Os sulcos transversais ou linhas de Beau são depressões transversais esbranquiçadas das unhas, associadas a doenças agudas graves. Uma desaceleração transitória da produção da unha, durante doença grave, pode produzir estruturas como as linhas de Beau. Iniciam-se na matriz e vão avançando distalmente, conforme cresce a unha. Uma vez cessada a doença de base, a unha volta a crescer e a posição do sulco vai ficando cada vez mais distal em relação ao leito ungueal. As linhas de Beau aparecem em caso de doença febril pregressa grave, enfarte do miocárdio, hipersensibilidade a drogas, psoríase, doença de Raynaud, trauma local ou exposição a frio intenso.^{14, 15, 17}

Quando os sulcos estão isolados, denotam uma causa traumática, inflamatória ou neurológica. Pelo contrário, quando são múltiplos, há que descartar doenças sistêmicas, como viroses (sarampo ou parotidite), infecções bacterianas (como pneumonias) ou doenças coronárias.

As unhas de Terry são, em grande parte, esbranquiçadas com uma faixa distal de coloração castanho-avermelhada. As lúnulas das unhas podem não ser visíveis. São unhas brancas na região proximal e rosadas na sua extremidade distal; observam-se, com o envelhecimento, em pessoas com doenças crônicas, como cirrose hepática, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes mellitus de tipo 2 não dependente de insulina.^{14, 17}

O sistema renal também pode determinar alterações ungueais. Pacientes em hemodiálise apresentam “unhas meio a meio”, ausência de lúnula e hemorragia em estrias, em que as unhas ficam de cor metade branca e metade vermelha. Na síndrome das unhas metade-metade, as unhas denotam uma cor branca proximal, separada bruscamente por uma

cor parda.^{9, 14, 15} Tal ocorre após quimioterapia, na insuficiência renal crônica, e em indivíduos que utilizam 5-fluorouracil.

As doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), tais como enfisema pulmonar e fibrose quística, provocam abaulamento das unhas, semelhante a “um vidro de relógio”, produzindo uma cor azulada (cianose) causada pela baixa oxigenação do tecido conjuntivo. A descoloração azulada do leito ungueal, pode ser uma situação causada pelo aumento da quantidade de hemoglobina reduzida (> 4 g/ dl) nos vasos sanguíneos capilares.

A semiologia das unhas na anemia ferropénica pode ser muito rica. Assim, podem observar-se as seguintes alterações: platoníquia - unha plana, perdendo a sua convexidade normal; coiloníquia; onicorrexis; onicosquise - estratificação da unha, com descolamento destes estratos em finas lamelas; onicoatrofia - diminuição da espessura da unha; onicólise e pseudoleuconíquia - palidez da unha.

A terapêutica de longa duração com alguns fármacos pode afetar as unhas. A zidovudina (AZT), em especial, pode causar unhas extremamente brancas e a cloroquina pode dar-lhes um aspeto azulado.

Os transtornos mucocutâneos são frequentes em doentes infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e observam-se alterações das unhas em 32-67% destes indivíduos. A melanoníquia, uma das alterações mais frequentes das unhas, observa-se em 14% das pessoas infetadas por HIV.

Também se considerou a quimioterapia como causa do desenvolvimento de muitos casos de pigmentação ungueal. De facto, na sua maioria, os casos de hiperpigmentação das unhas na população de doentes infetados por HIV ocorrem durante o tratamento com zidovudina, tendo sido também relatados casos de melanoníquia idiopática.

A hiperpigmentação nas vinte unhas de modo simultâneo, com hiperpigmentação mucocutânea, pode estar associada ao tratamento com hidroxiureia.

Com a suspensão do tratamento com hidroxiureia, as franjas de hiperpigmentação podem desaparecer completamente, seis meses mais tarde, ou ficarem localizadas mais distalmente.

As manifestações da EIH (doença do enxerto contra o hospedeiro) crónica nas unhas são raras e inespecíficas e são caracterizadas por atrofia, distrofia, espessamento, fragilidade, onicólise, eritema periungueal, edema e onicomiose branca superficial.

Na doença liquenoide do enxerto contra o hospedeiro pode observar-se uma afeção considerável da unha, com uma crista na linha média, com formação de pterígio. Como manifestação da EIH crónica, as unhas das mãos começam a crescer de forma anormal e gradualmente tornam-se distróficas e dolorosas, após a receção de profilaxia de EIH com ciclosporina.

Esta manifestação aumenta o espectro da EIH. Em geral, as alterações das unhas não são preocupantes para o paciente mas, como podem ser uma manifestação precoce da EIH, deve incluir-se a exploração clínica detalhada das unhas na valorização desta doença.

9 – Alterações adquiridas das unhas

As distrofias ungueais parciais vão desde unhas frágeis, quebradiças, com fendas longitudinais ou transversais, chegando até à alteração completa na lâmina ungueal. As causas das alterações leves são várias, desde um simples processo relacionado com a idade, exposição exagerada a detergentes, uso de vernizes, removedores e outras substâncias que ressecam as unhas. As formas graves, com distrofias quase totais, estão em geral associadas a outras doenças e/ou infeções.

Quaisquer que sejam as causas que danificam os dois componentes principais da unha, a matriz e o leito ungueal, é na placa superficial que se evidenciam as modificações que testemunham a presença de uma patologia.

Podem surgir alterações superficiais da placa, tais como: “pittings” ou picotado – pequenas depressões na superfície da unha que podem ter como etiologia o traumatismo ocupacional; taquioniquia – unha rugosa, com uma superfície de lixa, que pode surgir nas lesões químicas das unhas ou na forma idiopática (distrofia das 20 unhas); unhas estriadas com estrias ou sulcos longitudinais de largura variável, quando múltiplas (onicorrexis).^{7, 15}

A perturbação das unhas denominadas “frágeis” pode dever-se à exposição exagerada a detergentes, ciclos repetidos de hidratação e desidratação durante o trabalho doméstico efetuado em ambiente húmido, cuidados de manicura agressivos ou muito frequentes, deficiências metabólicas (sobretudo anemia ferropénica e disfunção da tiroide), infeções micóticas ou isquémia.⁴

Acredita-se que a síndrome tenha origem tanto vascular quanto física ou traumática. Muitos pacientes com síndrome de unhas frágeis (SUF) apresentam queixas de incómodo cosmético, dores, além de dificuldades nas atividades quotidianas e laborais.²⁶

Os casos de unhas frágeis secundárias podem ser causados por doenças sistémicas, deficiências nutricionais e distúrbios alimentares, bem como surgir na sequência da toma de medicação (inibidor metabólico, penicilamina, retinoides e antiretrovíricos).

Tal patologia caracteriza-se por perda da organização adquirida na rede intercelular responsável pela aderência dos corneócitos do prato ungueal e/ou alterações na composição química, como a desidratação ou alterações nas concentrações de lípidos.²⁶

Os pacientes podem apresentar-se com uma variedade de fendas longitudinais, fendas transversas, divisão lamelar horizontal e fissuras do prato ungueal distal.

Qualquer fator intrínseco do organismo ou doença que impeça corretamente a formação das unhas pode desencadear a SUF. A intoxicação por arsênico reduz o crescimento ungueal, podendo originar a síndrome. As patologias que reduzem a oxigenação das unhas, como alterações da tiroide, gravidez, diabetes, deficiências circulatórias, perturbações alimentares, anemia, infeções crónicas e fenómeno de Raynaud, devem ser investigadas como possível causa em pacientes com unhas frágeis.²⁶

A rutura em forma de lágrimas, originada pela fragilidade, sob a forma de rachas ou espigões, espessamento longitudinal ou fragmentação múltipla, levando a fragmentos triangulares no bordo livre, constitui uma das consultas mais frequentes.

A onicólise é uma situação muito comum, mais prevalente na mulher. Caracteriza-se pela separação da unha do seu leito nos bordos laterais e distal, criando um espaço subungueal onde se acumulam germes, sujidade, queratina e outros detritos. À medida que ocorre a separação gradual, a onicólise é usualmente dolorosa. A onicólise crónica pode levar a queratinização do leito ungueal, com subsequente desaparecimento deste.

As causas são inúmeras, sendo as mais frequentes o excesso de manicura e a psoríase com exsudado seroso rosado. Alguns medicamentos podem causar onicólise, por um processo inflamatório: β -bloqueantes, contraceptivos orais, tetraciclina, psoralenos, fluoroquinolonas, após fototerapia com psoraleno, paclitaxel e esparfloxacina.^{9, 14}

Quanto às deformidades da unha, uma das formas encontradas é a paquioníquia, que consiste num espessamento das unhas, que pode ser real (afeta a matriz) ou aparente (afeta o hiponíquio). A forma aparente surge na hiperqueratose subungueal adquirida com acumulação de detritos córneos sob a unha. Ocorre por hiperplasia epitelial dos tecidos subungueais em razão de doença cutânea exsudativa ou por doenças crónicas inflamatórias que envolvem a região, incluindo as infeções fúngicas. A forma real pode dever-se a psoríase, síndrome de Reiter, traumatismo, onicomucose, eczema de contacto, líquen plano e alopecia areata.⁹

Sob as margens do prato ungueal (sobretudo no dedo grande do pé), outro processo hiperqueratósico pode ser observado frequentemente em idosos – onicoclavus.⁴ Está habitualmente localizado, apresentando-se como uma zona escura dolorosa, podendo ser facilmente confundido com lesões melanocíticas benignas ou malignas. Os traumatismos mínimos e crónicos são causas subjacentes, assim como a pressão localizada persistente secundária a alterações dos ossos, tais como incompatibilidade pé-sapato, flexão dos dedos, do dedo grande do pé ou hallux valgus (rotação do dedo grande do pé em direção ao segundo dedo). A remoção cirúrgica do tecido hiperqueratósico é aconselhada no tratamento do onicoclavus, assim como a correção de qualquer anomalia óssea subjacente.

A onicomadese é a perda completa da unha com afeção da matriz. O desprendimento periódico da unha, que se inicia no extremo proximal, pode ser devida a paroníquia aguda, traumatismo local, dermatose bulhosa, síndrome de Stevens Johnson, alergia à penicilina, líquen plano, transtornos neurológicos, diálise peritoneal ou micose fúngica.

Inicialmente, na atrofia da unha e na presença de pterígio, a cutícula cresce por cima da unha, dividindo-a; pode ocorrer a perda completa, deixando livre o bordo proximal. As doenças que a podem originar na presença de pterígio são: líquen plano, acrosclerose, onicotilomania, penfigoide.

A acropaquia, também chamada hipocratismo digital (unha em vidro de relógio) ou baqueteamento digital, consiste na convexidade das unhas com uma curvatura crescente das mesmas, longitudinal e transversal, observada nos dedos cujas falanges distais apresentam um aumento, sendo arredondadas e bulbosas.⁵

Ocorre desaparecimento da normal angulação da unha, com um aumento para 180°, ou mais, do ângulo constituído pela placa ungueal e a prega ungueal proximal. Se for muito acentuado,

existe edema dos tecidos moles da polpa do dedo, por vezes doloroso, dando um aspeto de baqueta de tambor.

A prega ungueal proximal tem, à palpação, um aspeto esponjoso ou flutuante. Geralmente, todos os dedos são mais ou menos afetados pelo hipocratismo digital, embora os aneurismas da artéria subclávia tenham a reputação de causar um quadro unilateral. Podem associar-se a uma periostite com formação de novo osso perióstico, produzindo uma acropaquia dolorosa e podem ser causadas por bronquiectasias, fibrose pulmonar, enfisema, cardiopatia congénita, cirrose hepática, tumores, policitemia com hipoxia.

As unhas em pinça, transtorno frequente nos bordos laterais da unha, que se aproximam entre si, comprimindo o leito ungueal e a derme, podem ser devidas a sapatos mal ajustados e a exostose subungueal. O tratamento consiste em utilizar ureia a 40% ou anel de plástico. As unhas em raquete podem dever-se a artropatia psoriásica e hipoparatiroidismo. As unhas em garra surgem por uso de sapatos com tacões altos e fratura da falange distal.

A anoníquia, ausência de unhas, pode ser adquirida após infeção, na presença de doença de Raynaud comacroesclerose, líquen plano, Stevens-Johnson ou dermatose bulhosa.¹⁴

A melanoníquia é uma alteração da cor das unhas, manifestando-se sob a forma de uma mancha castanha ou negra, pigmentação que se observa, de forma fisiológica, nos doentes com fotótipo alto ou na sequência de traumatismo, inflamação, exposição a fármacos e doenças sistémicas.^{5;28} Pode surgir na presença de melanoma, nevos e hematoma subungueal.²⁹

O hematoma subungueal manifesta-se como consequência de um choque direto ou, indiretamente, por traumatismo do calçado. Este último caso verifica-se quando se usa um calçado apertado no que respeita ao tamanho em comprimento, se as unhas são muito compridas. Tal hematoma ocorre frequentemente em doentes idosos e nos desportistas que

sofrem traumatismos repetidos (atletismo, salto, etc). Inicialmente apresenta-se com descolorações subungueais avermelhadas e dolorosas, dirigidas para a ponta dos dedos; com o tempo, as unhas tendem a ficar mais azuladas e menos dolorosas. Pode diferenciar-se esta lesão das lesões melanocíticas, como nevos e melanomas, pelo movimento para a frente e distal desta descoloração sob o prato ungueal. Muitas vezes os traumatismos levam à laceração do leito ungueal, seguindo-se a acumulação de sangue no prato ungueal, entre a unha e a matriz ungueal. As fraturas da falange distal estão frequentemente associadas a grandes hematomas subungueais e devem ser excluídas com radiografia. É importante verificar a possível laceração do leito ungueal, porque, a longo prazo, pode conduzir à deformidade da unha, sendo difícil o tratamento numa fase avançada.⁴ Outras causas, menos frequentes, incluem diabetes mellitus, amiloidose, ou terapêutica anticoagulante.³¹

Existem outras causas de melanoníquia: idiopáticas, raciais, doença de Addison, fármacos, gravidez, onicomicose, infecção bacteriana e líquen plano.^{29;31}

Em relação à cromoníquia, as exógenas descoram a zona proximal e as endógenas coram a lúnula. A cor branco-amarelada ocorre na onicomicose e na psoríase; a amarela pode estar relacionada com carotenos, icterícia, síndrome das unhas amarelas; a alaranjado-castanha surge na psoríase; a azul ocorre na presença de toma de minociclina, fenotiazidas ou na presença de doença de Wilson e argiria; a presença de pigmento verde no prato ungueal está relacionada com infecção por pseudomonas; a cor vermelha está relacionada com angioma, glomus, lupus eritematoso, doença de Darier e hematoma subungueal agudo com queixas álgicas.

As hemorragias da unha, com hemorragias em lasca de 2-3 mm longitudinais, podem ser causadas por traumatismo, eczema, psoríase (com presença de irregularidades das unhas), onicomicose, idiopática, doença de Raynaud, colagenose e escorbuto. O ponteados mais

escuro, junto à parte distal da unha, das hemorragias subungueais, pode ocorrer por lesão dos vasos dilatados no lupus e dermatomiosite e ainda por traumatismos ou medicamentos.

A chave para o diagnóstico da causa subjacente é a localização dos fragmentos hemorrágicos subungueais sob o prato ungueal, na medida em que os localizados no terço médio ou distal, mais frequentemente observados nos idosos, são tipicamente induzidos por traumatismo, desaparecendo normalmente de forma espontânea.

Entre as alterações nos tecidos moles circundantes das unhas, pode citar-se a paroníquia ou perionixis, que é o eritema e edema dos tecidos periungueais que provocam dor. Ocorre nas infeções: agudas (estafilocócicas, herpéticas), crónicas (candidiásica, que costumam ser secundárias a diabetes, humidade das mãos). As formas não infecciosas podem evoluir para as infecciosas e devem-se a causas traumáticas (sapatos apertados, manicura agressiva, onicofagia, presença de humidade) e dermatoses (eczemas).⁴

A onicocriptose ou unha encravada, onicopatía mecânica, muito frequente no primeiro dedo do pé, surge quando os bordos laterais do prato ungueal penetram no tecido mole das pregas ungueais laterais adjacentes. Pode provocar dor, inflamação crónica e a formação de tecido de granulação, muitas vezes bastante extenso, ocorrendo ainda dificuldade na marcha e incapacidade.⁴ Trata-se de uma patologia multifatorial, ou seja, devida a vários fatores, quer constitucionais, quer ambientais.³⁰

Causas:

- Corte incorreto da unha
- Traumas desportivos
- Uso de calçados demasiado apertados ou demasiado largos
- Uso de sapatos com saltos excessivamente altos
- Excesso de peso
- Unha em “pinça”

- Hiperidrose (o excesso de transpiração provoca maceração dos tecidos moles e a placa ungueal penetra neles com facilidade)
- Pregas ungueais proeminentes
- Anomalias ósseas
- Neoplasias subungueais

As tumefações periungueais são neoformações em tecido periungueal, como as verrugas, quisto mucoide, fibromas e fibroqueratomas.

As tumefações subungueais são neoformações subungueais (hiponíquio) que ocorrem com dor e podem ser devidas a verrugas (cor normal, cinzenta ou castanha), tumor glômico (cor rosa violácea, dor com pressão e alterações da temperatura) e exostose subungueal. O pterígio, fibrose do tecido periungueal, é uma banda fibrótica central que divide a unha em duas metades longitudinais. É típica do líquen, ainda que também se observe na onicotilomania, lepra, sarcoidose e doença de enxerto contra o hospedeiro.

10 – Infecções das unhas

O prato ungueal pode ser infetado por vários agentes patogénicos (fungos, bactérias, vírus ou mesmo parasitas). Com efeito, os referidos agentes patogénicos podem infetar o prato ungueal, quer primariamente, quer através do envolvimento de estruturas, como as pregas ungueais, com extensão secundária ao prato ungueal atingido. Em razão da diminuição da resposta imune celular e das alterações metabólicas e degenerativas que acontecem com o envelhecimento, as pessoas idosas são mais suscetíveis de contrair infeções.

O risco de onicomicose é maior nas pessoas mais velhas, com maior dificuldade no tratamento com antifúngicos sistémicos, por vascularização mais deficiente.³³ É importante reconhecer os fatores de risco para onicomicose, tais como o trauma ungueal frequente, má higiene, doença vascular periférica, diabetes mellitus, tabagismo, tinea pedis e a história familiar de onicomicose, de modo a minimizar a sua ocorrência.^{37, 41, 42} Na presença de tinea

pedis podem surgir fissuras nas pregas interdigitais, com eritema, descamação e maior ou menor grau de inflamação, sendo porta de entrada para outras infecções, podendo a unha infectar-se a partir da pele do pé. A elevada taxa de prevalência é influenciada por vários fatores, como andar descalço em balneários públicos, usar calçado oclusivo e/ou húmido, sem o ventilar, não secar bem os pés e sofrer traumas frequentes. A síndrome de Cushing ou a doença de Raynaud, assim como a presença frequente de humidade das mãos nas atividades domésticas, podem predispor a infeção por fungos das espécies *Scopularopsis*, *Aspergillus*, *Fusarium*, *Acremonium* ou *Candida*.

Uma vez que as onicomicoses abrangem cerca de 50 % da patologia ungueal e tendo em conta a presença de inúmeras alterações nas unhas que se podem assemelhar a uma onicomicose, impõe-se conhecer o diagnóstico diferencial desta doença, a fim de evitar que o paciente se submeta a tratamentos desnecessários ou mesmo tóxicos.^{40, 45}

As onicomicoses estão associadas a desconforto físico e psicológico e podem interferir de modo significativo no bem-estar e na qualidade de vida do paciente.

Os fungos vivem geralmente na camada de queratina, produzindo enzimas que destroem esta substância. Os dermatófitos utilizam a queratina como fonte de sobrevivência e as lesões decorrem da ação do próprio fungo ou de reações de sensibilidade ao agente ou aos seus produtos (mícides ou dermatofitide). Existem três géneros de fungos que originam as tinhas (*Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*), que são designados por dermatófitos, filamentosos, multicelulares, com forma de hifas septadas à microscopia e multiplicação por esporos.⁴¹ As manifestações clínicas das diferentes espécies são semelhantes, havendo necessidade de cultura, para diagnóstico micológico específico.

A tinha das unhas (*tinea unguium* ou onicomicose), do grupo das dermatofitoses, é a infeção por fungos mais frequente das unhas; limita-se à infeção da estrutura queratinizada e afeta

10% a 20 % dos adultos, em especial os idosos.³⁸ É mais prevalente entre pacientes do sexo masculino e é 2,5 vezes mais acentuada em doentes diabéticos. A prevalência na Europa ronda os 26.9%.³⁵ É provocada, menos frequentemente, por leveduras (género *Candida*) ou bolores tipos não dermatófitos das unhas dos dedos dos pés ou das mãos. Em relação à localização anatómica, são mais frequentes as onicomicoses dos pés do que as das mãos.^{18, 39}

O *T. rubrum* é o agente mais frequentemente detetado, sendo seguido nas unhas dos pés pelo *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*.⁴²

Os fungos não dermatófitos (*Aspergillus terreus*, *Fusarium oxysporum*, entre outros), geralmente associados a leveduras e dermatófitos, são responsáveis por 1-10% das onicomicoses. Estes dois últimos são geralmente invasores secundários a doenças prévias da unha ou traumatismos, enquanto os dermatófitos podem causar infeções primárias. O contágio é mais frequente em ambientes húmidos, sobretudo piscinas, balneários e duchas.

Algumas infeções fúngicas podem constituir porta de entrada para infeções mais graves, tal como a erisipela, que pode ter morbidade significativa e, por vezes, mortalidade na população idosa. A onicomicose não constitui porta de entrada para o desenvolvimento da erisipela, mas, facilmente progride para uma *tinea pedis*, que eventualmente conduz ao aparecimento de erisipela. Assim sendo, a eliminação dos reservatórios de dermatófitos nas unhas e o tratamento antifúngico tópico ou sistémico assumem particular importância, uma vez que a sua erradicação pode tornar possível evitar cerca de 60% das erisipelas.

A perda de brilho, a hiperqueratose subungueal/ espessamento ungueal, a onicolise, a fragilidade e a alteração da cor/ discromia, com escurecimento acastanhado ou descoloração amarelada, são as alterações mais comuns na onicomicose.⁴⁰ Para além da hiperqueratose subungueal, o envolvimento do prato ungueal pode originar deformação desta estrutura, mas não atinge o leito ungueal.

Numa forma inicial, a onicomicose geralmente envolve apenas uma ou duas unhas, podendo estar confinada a uma mão ou um pé. É pouco provável tratar-se de onicomicose quando se verifica distrofia de todas as unhas. Apenas 50% das distrofias ungueais com doença da matriz são devidas a onicomicose. A tinea unguium inicia-se muitas vezes na extremidade distal e pode haver progressão proximal das alterações que se observam na placa ungueal, tais como alteração da cor, hiperqueratose e espessamento subungueal. A alteração de uma ou várias unhas envolvidas é uma causa frequente de recidiva de tinea pedis.

Clinicamente, a maior parte das infeções das unhas é assintomática, não originando muitas queixas, sendo, porém, a questão estética um problema a ter em conta. A classificação é feita consoante a região da unha que afeta e de acordo com a cor que é visível. Os aspetos clínicos podem incluir manchas amarelas ou acastanhadas, o esfarelamento da unha e onicodistrofia. A onicomicose subungueal distal e lateral, causada por invasão por *T. rubrum* é a variante clínica mais frequente em pessoas imunocompetentes.⁴⁴

A invasão fúngica do leito ungueal proximal, com extensão secundária ao prato ungueal, resulta em onicomicose subungueal proximal, subtipo menos frequente na população em geral. Importa reconhecer o subtipo em causa, uma vez que afeta geralmente indivíduos com imunodepressão, sendo também uma pista para o diagnóstico de infeção pelo HIV.⁴¹ Manifesta-se clinicamente por uma zona esbranquiçada por baixo da lúnula, que progride distalmente.

As onicomicoses por *Candida* caracterizam-se pela apresentação de edema e eritema na região proximal e lateral das unhas, além de perda de pele entre as unhas e a pele dos dedos. O aspeto de diferenciação principal é que a infeção por *Candida* causa áreas crónicas de paroníquia, ao passo que na onicomicose a prega periungueal tem geralmente um aspeto

normal.³³ É mais frequente nas unhas das mãos, sendo própria de pessoas que lidam com água, diabéticos e imunodeprimidos.

A onicomicose distrófica total é outro subtipo de onicomicose e pode observar-se em indivíduos imunodeficientes, incluindo doentes com infeção HIV e nos que têm candidíase mucocutânea crónica. É uma forma avançada, caracterizada por afeção da matriz ungueal, uma destruição gradual do prato ungueal, podendo ser bastante aguda ou progressiva, com risco de disseminação e dermatofítia generalizada.⁴¹ Qualquer das outras formas anteriores e, em particular, a onicomicose distal lateral podem progredir até à destruição total da placa ungueal.

O diagnóstico da onicomicose é clínico, epidemiológico e micológico. Os diagnósticos diferenciais que devem ser considerados são, principalmente: onicólise, hiperqueratose subungueal, alterações de cor das unhas, como a leuconíquia e melanoníquia, distrofias ungueais, psoríase, líquen plano, traumatismo, síndrome das unhas amarelas, neoplasia, dermatite de contacto, paroníquia bacteriana, doença de Darier e melanoma acral.^{40, 41}

Para o diagnóstico etiológico é importante classificar o quadro clínico da micose e proceder-se ao exame micológico direto e à cultura do raspado da lesão, validando-se o diagnóstico pela demonstração laboratorial do agente, a fim de assegurar o sucesso terapêutico (cura clínica e cura micológica) e atender à importância epidemiológica de saúde pública.^{34, 37}

O aspeto epidemiológico é importante. Antecedentes de outras infeções relacionadas como tinea pedis, antecedente de traumatismos ungueais e a profissão, por exemplo, podem ser orientadores do agente causal.

Com o aparecimento de antifúngicos, como a griseofulvina ou a terbinafina, que são ativos contra a maioria dos dermatófitos superficiais, a cultura não se realiza de forma usual na

prática clínica. O tratamento depende do tipo clínico, o número de unhas afetadas e envolvimento. As terapias incluem agentes antifúngicos (tópicos ou por via oral), tratamentos mecânicos ou químicos, ou ainda associações destes.³⁷

A paroníquia ocorre predominantemente em pessoas que têm as mãos frequentemente molhadas, atingindo mais as mulheres do que os homens. A causa subjacente é a lesão e quebra da cutícula devido à fissuração. Com efeito, o microrganismo pode aceder ao interior da prega ungueal posterior, ocorrendo inflamação do tecido à volta das unhas, com dor e abscesso local suscetível de ser drenado.

O traumatismo direto ou indireto da cutícula ou prega ungueal permite que os patógenos invadam a unha e causem infeção. O hábito de retirar a cutícula aumenta o risco de infeção por *Candida*. A medida mais importante é manter as mãos tão secas quanto possível, a fim de prevenir o crescimento do microrganismo e permitir a cura da prega ungueal.⁴⁶

Em relação à prevenção, podem ser tomadas medidas gerais, como o uso de luvas de borracha com forro de algodão durante os trabalhos manuais nas profissões de risco, abster-se de roer as unhas e cortar ou arrancar as cutículas e evitar as unhas artificiais. Às vezes, a limpeza com antisséptico pode ser suficiente.

A paroníquia crónica caracteriza-se por ter mais de 6 semanas de evolução com episódios de recorrência. Manifesta-se por pregas ungueais eritematosas e com tumefação acompanhada de perda de cutícula e alterações secundárias no prato ungueal, sob a forma de múltiplas estrias transversais.^{2, 18, 46} Pode resultar de um tratamento impróprio da paroníquia aguda ou de uma reação inflamatória multifatorial a irritantes e/ou alérgenos. Os patógenos habituais da colonização secundária podem ser as espécies de *Candida* e bactérias *gram-negativas*. A paroníquia crónica é observada, mais frequentemente, em pacientes com diabetes mellitus, sendo causada sobretudo por espécies de *Candida*. O prato ungueal pode apresentar-se com

descoloração cinzento-esverdeada e um odor característico, como resultado da colonização da *Pseudomonas aeruginosa*. Neste caso devem fazer-se lavagens com ácido acético a 1-2% durante 10 minutos, bem como tratamento com ciprofloxacina.

Em relação às medidas gerais, procede-se ao arejamento das pregas com melhores medidas de higiene. Os conselhos de uso regular e agressivo de limpeza e desbridamento é primordial para a resolução eficaz da infeção. Além disso, a revisão cuidadosa de medidas preventivas e o uso de antibióticos é essencial para tratar os agentes patogénicos responsáveis, prevenir o desenvolvimento de doença mais invasiva e limitar a recolonização.⁴⁶

A paroníquia crónica simples também pode ser induzida por medicamentos, como o etretinato e/ou isotretinoína, e inibidores da protease, incluindo a lamivudina e o indinavir, que é a causa mais comum de paroníquia crónica em pacientes infetados com o vírus da imunodeficiência humana. O cetuximab pode também causar paroníquia das unhas dos dedos das mãos e/ou dos pés.

As situações de unha encravada do dedo grande do pé ou dedo da mão, psoríase ou eczema crónico que afeta distalmente os dedos, síndrome de Reiter, carcinoma de células escamosas e melanoma maligno podem ser consideradas no diagnóstico diferencial.

A primoinfeção herpética pode apresentar-se num dedo, com formação de vesículas dolorosas periungueais.

O vírus pode produzir um eritema doloroso, geralmente na junção do leito ungueal com a pele (panarício herpético por auto-inoculação), que progride para uma lesão vesiculopustulosa. As lesões contêm inicialmente um líquido claro, que logo fica turvo, para posteriormente romper-se e formar crostas. É mais frequente nos funcionários de limpeza das unidades de cuidados intensivos e neurocirurgia. Em ambas as fases da infeção pode assemelhar-se a uma infeção bacteriana (paroníquia). Quando mais que um dedo está envolvido, a infeção por

herpes é muito mais provável. É importante fazer a distinção entre as infecções herpéticas e bacterianas, pois a incisão e drenagem de um panarício herpético são contraindicados.

A punção da secreção purulenta de uma paroníquia e coloração de Gram do exsudato permite o diagnóstico rápido e preciso. No caso de panarício herpético, não há presença de bactérias, a menos que a lesão já tenha sido drenada, ocorrendo, eventualmente, sobreinfecção. Podem acontecer recorrências, mas geralmente são menos graves do que a infecção primária.

As verrugas causadas pelo papilomavírus humano, contagiosas, que surgem na pele à volta das unhas, apresentam-se como uma área de pele espessa e rugosa na prega ungueal. No caso de verrugas periungueais e subungueais, se não desaparecerem por si sós, podem administrar-se fórmulas com ácido salicílico durante alguns meses ou realizar cauterização. A crioterapia também pode ser utilizada.⁵¹

A infecção com *Sarcoptes scabiei* (vulgo sarna), agente que habita e persiste nos restos hiperqueratóticos subungueais, provoca infestações prolongadas, que podem dar origem a epidemias em lares de idosos, alastrando-se aos profissionais que lhes prestam cuidados. O tratamento inclui a utilização de fármacos escabicidas, conjuntamente com corte da unha e escovagem das pontas das unhas com escabicida.

11 – Tumores do aparelho ungueal

A incidência de neoplasias do aparelho ungueal, como a doença de Bowen e o melanoma, tende a aumentar com a idade, sendo, geralmente, mais pronunciada nos idosos e mais frequente em homens.^{4, 47}

Além de se tratar de um processo pouco frequente, o seu aspeto clínico é muito variável, o que dificulta o diagnóstico precoce, podendo confundir-se com outros processos benignos, tais como verrugas, micose, paroníquia, botriomicomas ou exostose.

As radiografias podem revelar alterações líticas na falange distal do dedo afetado, sendo raras as metástases a distância.

A doença de Bowen da unidade ungueal é um carcinoma epidermoide *in situ* que pode afetar simultaneamente mais do que um dedo. Começa geralmente no epitélio da prega ungueal. Há múltiplos fatores implicados na sua patogénese, incluindo os traumatismos, o arsénio, a exposição a raios X, a paroníquia crónica e a infeção pelo vírus do papiloma humano (especialmente os vírus papiloma 16, 34 e 35). A invasão local, com envolvimento do osso subjacente, surge em menos de 20% dos doentes, sendo a taxa de metastização à distância geralmente muito inferior. O tratamento é cirúrgico e o mais indicado nesta situação é a cirurgia micrográfica de Mohs. O prognóstico pode ser bom.

O melanoma do aparelho ungueal (MAU) afeta geralmente afroamericanos e japoneses e apresenta-se habitualmente com melanoníquia solitária, numa só unha, e longitudinal do dedo grande do pé, do polegar ou do indicador.^{4, 46}

Pode igualmente verificar-se a presença do sinal de Hutchinson, que se caracteriza pela extensão do pigmento irregular de cor parda escura, desde o leito ungueal e da matriz até aos tecidos envolventes, e que é responsável pelo crescimento radial deste melanoma.^{28, 47}

Um atraso no diagnóstico do MAU pode levar ao seu relativamente mau prognóstico, em comparação com o seu congénere cutâneo. Infelizmente, o diagnóstico costuma ser tardio, pois simula inicialmente uma hemorragia subungueal, verrugas, paroníquia crónica, hiperqueratose subungueal, tumores glómicos, sarcoma de Kaposi ou onicomiose. Além disso, se o melanoma é amelanótico, pode confundir-se com um granuloma piogénico. O polegar, tanto dos pés como das mãos, é o dedo afetado com maior frequência. Depois de confirmação histológica do MAU, o tratamento é feito consoante o estágio do melanoma, consistindo em cirurgia agressiva, com amputação do dedo afetado.

Uma espécie de melanoma típica das sedes palmoplantares e subungueais é o melanoma lentiginoso acral.⁴⁸ O melanoma ungueal representa uma subclasse menos frequente, sendo encontrado sobretudo em pacientes com 50 a 70 anos.

O melanoma lentiginoso acral pode localizar-se por baixo da unha (subungueal), ou na sua proximidade (periungueal). Clinicamente pode manifestar-se num único dedo com uma coloração longitudinal ou uma discromia difusa da unha e/ou das regiões periungueais. Noutros casos mais raros, apresenta-se como uma distrofia da unha ou uma lesão róseo-vermelha sanguinolenta.

Além do diagnóstico clínico, muitas vezes auxiliado pela dermatoscopia, a análise histopatológica é de fundamental importância para o diagnóstico. O tratamento depende do estadiamento, sendo a cirurgia a opção mais indicada. O prognóstico é reservado, devido ao seu comportamento agressivo e, sobretudo, pelo diagnóstico tardio na maioria dos casos.⁴⁸

O diagnóstico presuntivo de melanoma subungueal na presença do sinal de Hutchinson é a regra, sendo certo, porém, que Baran e col. salientam três exceções: doenças benignas, tumores não melanomas e condição ilusória (pseudo sinal de Hutchinson). Deste modo, poderá estar presente nas síndromes de Peutz-Jeghers, Laugier-Hunziker, hematoma subungueal, pigmentação étnica, SIDA, uso de drogas (minociclina e zidovudina), assim como na doença de Bowen.¹⁸

Quanto ao carcinoma epidermoide, para além de se tratar de um processo pouco frequente, o seu aspeto clínico é muito variável, o que dificulta o diagnóstico precoce, podendo confundir-se com outros processos benignos, tais como verrugas, micoses, paroníquia, botriomicomas ou exostose. As metástases à distância são raras. O tratamento de eleição é a cirurgia de Mohs e o prognóstico costuma ser bom.

A apresentação clínica do carcinoma espinocelular subungueal pode mimetizar outras condições, como verruga vulgar, onicomicose, distrofia ungueal induzida por trauma ou exostose. O diagnóstico preciso só pode ser feito realizando uma biópsia cirúrgica adequada.⁴⁹ Embora seja considerado um tumor de baixo grau de malignidade, é possível a ocorrência de invasão óssea e metástases linfonodais.

Apesar de o carcinoma espinocelular (CEC) do leito ungueal ser uma doença rara, é considerado o tumor maligno subungueal mais comum. O diagnóstico pode ser difícil e tardio, uma vez que a apresentação clínica não é específica e pode imitar condições inflamatórias benignas. O diagnóstico pode ser feito por realização de biópsia adequada e o tratamento depende da extensão do tumor.^{49, 50}

As alterações ungueais sem um diagnóstico clínico preciso ou ainda os casos de verrugas virais refratárias ao tratamento são lesões que devem ser biopsiadas. A biópsia do aparelho ungueal é um recurso de fácil execução, possibilitando um diagnóstico precoce e tratamento eficaz. Os pacientes imunossuprimidos, diabéticos ou portadores de enfermidade vascular periférica apresentam um risco mais elevado de desenvolverem complicações após a realização de uma cirurgia ungueal e, por isso mesmo, para esses grupos, é necessária uma atitude mais conservadora no momento de optar por efetuar uma biópsia na zona afetada.

Os fibromas periungueais aparecem como lesões digitiformes de coloração rosada e consistência fibrosa a nível periungueal. O tratamento cirúrgico é de eleição.

O granuloma piogénico é uma lesão vascular benigna excrescente, rodeada por um pequeno colar, com tendência à hemorragia profusa espontânea ou na sequência de traumatismos mínimos. Pode aparecer por traumatismos ou na sequência da toma de fármacos (isotretinoína ou indinavir).³¹ Quando se localiza perto da unha, pode produzir depressões transversais. O

tratamento de eleição é a cirurgia com estudo histológico, dado que pode confundir-se com um melanoma amelanótico.

O nevo melanocítico subungueal aparece como uma banda castanha homogénea longitudinal na placa ungueal, que deve distinguir-se das bandas pigmentadas que aparecem por características da raça em pessoas com fotótipos altos, sem significado clínico. Em dermatoscopia observa-se uma coloração castanha de fundo e linhas grossas longitudinais pigmentadas, regularmente espaçadas. Recomenda-se proceder à biópsia de qualquer lesão pigmentada longitudinal solitária que apareça na unha de um adulto, tendo em vista excluir a hipótese de melanoma.

Em relação ao queratoacantoma, quando assenta na unha, produz uma lise do osso subjacente que, após a extirpação do tumor, costuma preencher-se. Clinicamente, observa-se uma inflamação dolorosa na parte mole, com formação posterior de um nódulo, que separa o bordo livre do leito ungueal. O tratamento consiste na extirpação ampla da lesão, sem que seja necessária a amputação digital.⁵⁰

Os quistos mucoides, são falsos quistos que contêm um líquido viscoso transparente, procedente da articulação interfalângica adjacente. Aparecem preferencialmente no sulco proximal e, secundariamente à pressão que exercem, produz-se uma depressão na placa ungueal. Nalgumas ocasiões, dão lugar a uma hemorragia intraquística, adquirindo uma cor violácea. O tratamento cirúrgico definitivo passa por detetar e solucionar o problema articular que o produz.

O tumor glómico é um tumor vascular que tipicamente produz uma dor peculiar à pressão ou às alterações de temperatura. Trata-se cirurgicamente.⁵⁰

A verruga é o tumor benigno que afeta com maior frequência a unha. Trata-se de uma lesão queratósica de cor cinzenta, com um ponteadado fino, que costuma aparecer nos sulcos laterais e/ou na borda livre da unha, podendo progredir até ao leito, com formação de sulcos longitudinais ou onicólise.^{9, 51} O tratamento efetua-se com nitrogénio líquido, ácido salicílico, cantaridina, bleomicina, laser de CO₂ ou interferão.

12 – Abordagem terapêutica

A abordagem terapêutica pode estar direcionada, em primeiro lugar, para explorar os fatores que têm de ser eliminados, centrando-se, em segundo lugar, nos princípios gerais dos cuidados e prevenção das unhas e, por último, em terapias mais específicas que podem ser aplicadas.

Após o tratamento das causas básicas das alterações ungueais, o risco de recaída pode ser reduzido mediante a aplicação de medidas preventivas. Reduzir consideravelmente o contacto com água, químicos e detergentes pode ser eficaz. O uso de removedores de verniz com acetona também deve ser minimizado o mais possível. O cuidado das unhas com medidas higiénicas preventivas e protetoras é importante, a fim de evitar a desidratação do prato ungueal. Deve aconselhar-se o uso de luvas de algodão sob luvas de borracha durante as atividades domésticas e evitar as imersões repetidas em água morna. Manter as unhas curtas diminui a área disponível para desidratação e evitar remover muita cutícula previne as infeções. Assim, impõe-se informar o paciente sobre a higiene das unhas (corte reto) e calçado adequado (largo e arejado) e nas unhas grossas, propor limar o dorso da placa ungueal três vezes por semana. Os pacientes devem assegurar que hidratam as suas unhas com hidratantes tópicos. A aplicação de petrolato hidrofílico em unhas molhadas reforça a retenção do hidratante no prato ungueal. Finalmente, não é aconselhável usar unhas artificiais e fazer manicura das cutículas.

No traumatismo agudo químico pode ser feita limpeza profunda da substância química e no traumatismo crônico (onicofagia) pode valorizar-se o uso de ligaduras, vernizes com mau sabor ou unhas sobrepostas de material plástico.

O tratamento depende do diagnóstico clínico prévio, do tempo de evolução, da extensão do processo patológico e da sua localização, impondo-se uma decisão individualizada.

Os tratamentos para as unhas requerem paciência, disciplina e uma grande motivação por parte do paciente, já que qualquer deles necessitará de, pelo menos, seis a dez meses para evidenciar a sua eficácia, dado que o crescimento das unhas é lento, de 1 a 2 mm por mês. Para assegurar o cumprimento, é essencial instruir o paciente cuidadosamente sobre a aplicação apropriada e a duração do tratamento.^{8, 52}

Relativamente ao tratamento da psoríase, é sempre recomendável evitar os traumatismos e manter as unhas hidratadas mediante emolientes. O tratamento de primeira linha são os retinoides, com taxa de eficácia de 40%. Alguns respondem bem à ciclosporina e os corticoides não revertem a doença. Como terapia específica podem ser utilizados os corticoides tópicos em solução para as unhas, em cura oclusiva, se afeta a matriz, ainda que a sua eficácia seja limitada, assim como os retinoides orais e os imunossuppressores (ciclosporina A e metotrexato), de acordo com a gravidade do caso.^{22, 52}

Nos últimos anos tem-se desenvolvido uma resposta válida, que se consegue com os agentes biológicos, em pacientes selecionados. O uso de PUVA ou acitretina pode ser eficaz. A aplicação tópica de 5-fluorouracil (5-FU) ao nível da prega ungueal proximal tem mostrado eficácia. O uso de ciclosporina tópica e de gel com tazaroteno 0.1% também pode ser útil. Os vernizes com ureia podem ser aplicados numa fase inicial, se o atingimento for leve, com picotado e destruição ligeiros.

Em caso de sobreinfecção bacteriana, costuma associar-se um anti-infeccioso tópico.

No caso do eczema ungueal, o tratamento é relativamente simples: evitar desencadeantes, bem como o contacto prolongado com líquidos, usar emolientes e aplicar hidrocortisona tópica em períodos breves, para evitar que a unha seja ainda mais danificada por manipulação contínua.

O tratamento do líquen ungueal baseia-se no uso de corticoides tópicos sob tratamento oclusivo com polietileno durante os períodos de atividade da doença. A injeção intralesional de corticosteroides pode ser de grande ajuda em alguns pacientes. A prednisona oral durante três semanas ou retinoides orais, em combinação com esteroides tópicos aplicados aos locais envolvidos, tem tido bons resultados em alguns pacientes. Nos últimos tempos também tem sido utilizado tratamento com agentes biológicos anti-TNF, com bons resultados.²⁴

A terapia, no caso das unhas frágeis, deve ter em vista a determinação e tratamento da causa da fragilidade. A biotina, oligoelementos e aminoácidos podem diminuir a fragilidade e aumentar a força da unha, assim como uma dose diária de 10 mg de silício, na forma de ácido ortossílico estabilizado com colina e suplementos de ferro. Os autores recomendam que a biotina (2,5mg/dia) seja usada nos casos de SUF por períodos que variam entre 6 e 12 meses.^{26, 52} Em todas as formas de SUF, a aplicação de emolientes nas unhas é válida, particularmente aqueles que contenham fosfolipídios e alfa-hidroxiácidos.

Na onicólise, dependendo da causa, é indicado um tratamento apropriado local ou sistémico. A lesão do prato ungueal deve ser evitada para minimizar o risco de desenvolver onicólise. O leito ungueal deve estar o mais seco possível, uma vez que a exposição crónica a ambientes húmidos predispõe à doença. Nesta conformidade, sempre que possível, os utentes devem ser alertados no sentido de evitarem diretamente o contacto com substâncias irritantes, tais como formaldeído, removedor de verniz ou outros detergentes.⁵²

Depois de se excluir um melanoma, os casos crônicos de hematoma subungueal deixam-se sob observação, até que surja resolução espontânea. Pequenos hematomas subungueais com sintomas mínimos não necessitam de intervenção. Os hematomas subungueais sintomáticos podem ser tratados por perfuração ou remoção da unha. O tratamento do hematoma subungueal simples consiste em criar uma pequena perfuração, para permitir drenagem do hematoma com uma agulha, eletrocautério, broca ou clip de papel aquecido.

O tratamento da onicocriptose deve dirigir-se aos sinais e sintomas agudos, assim como à correção dos fatores predisponentes. O tratamento conservador inclui embeber o pé em água morna com sal ou solução de iodo-povidona, limpar regularmente as unhas e colocar mechas de algodão debaixo do bordo encravado do prato ungueal ou gaze empapada em álcool, mantendo o curativo até que a unha cresça. Se existir celulite leve deve valorizar-se a antibioterapia tópica, mupirocina a 2% ou ácido fusídico a 2% (3-4 vezes por dia) e se é mais acentuada convém indicar antibióticos orais (cloxacilina 500mg/6h ou amoxicilina-clavulânico/8 h/ 10 dias).

Uma unha encravada, muitas vezes requer avulsão parcial da unha, juntamente com fenolização. Tal abordagem é mais eficaz e menos traumática que a ressecção em cunha. Os sintomas crônicos da unha encravada não se resolvem com antibióticos, sendo aconselhável a remoção da margem da unha. Nos casos leves, os procedimentos de pedicura podem ser suficientes.³⁰

As infecções do leito ungueal, recorrência, hemorragia ou mau resultado estético são complicações pós-operatórias. A descompressão cirúrgica da unha do dedo grande do pé encravada (através da remoção de um grande volume de tecido mole envolvente do prato ungueal e alívio da inflamação) sem matricectomia foi considerada muito efetiva por Noël. Utilizando este método, pode conseguir-se um excelente resultado terapêutico e cosmético, com preservação completa da anatomia e da função da unha.

A recidiva sintomática depois de 6 meses aparece em 5 % nos pacientes tratados com avulsão ungueal, acompanhada de tratamento da matriz ungueal com fenol, e em 11 % com cirurgia convencional.

O tratamento tópico é útil e suficiente em muitas das micoses superficiais localizadas que encontramos, afigurando-se também útil nas micoses subcutâneas.⁴⁴ No entanto, nem sempre tem êxito, como no caso de onicomicoses extensas, ou quando não se tomaram outras medidas, como a limpeza ou o desbridamento das unhas.³⁶

O tratamento tópico é indicado: em onicomicoses distais com afetação inferior a 50% da placa ungueal, que não atinge a matriz ungueal, nas situações de contra-indicação para antifúngicos sistêmicos, quando uma ou duas unhas estão afetadas, sempre que não seja a primeira unha do pé, e em terapêutica de manutenção após antifúngico oral.

Procede-se à aplicação com amorolfina 5%, ciclopiroxolamina 8%, tioconazol 28%, após raspagem da superfície infetada com uma lima ou bisturi. Os agentes tópicos, na sua maioria, não conseguem penetrar o prato ungueal, e as taxas de cura são inferiores a 10%.⁴³

Nas micoses superficiais, pode ser necessário recorrer a tratamento sistémico com antifúngicos orais. Neste caso dispomos atualmente de três princípios ativos, a saber: o itraconazol, o fluconazol e a terbinafina.⁴²

A terapêutica sistémica é necessária em situações particulares:

- onicomicose com grande área de pele envolvida;
- onicomicose no hospedeiro imunodeprimido;
- infeção recorrente ou crónica;
- infeções por agentes zoofílicos (mais inflamatórias)

O tratamento por via oral atua a nível da matriz, suporte vascular da unha. Assim, a cura da porção proximal torna-se mais acelerada e vai ocorrendo progressivamente a recuperação da parte distal. As onicomicoses respondem bem à griseofulvina (administrada durante 6 meses), à terbinafina (administrada diariamente durante 3-4 meses) e ao fluconazol e itraconazol, ambos com melhores resultados quando o tratamento é feito em pulsos (administrado durante 1 dia por semana durante 14 semanas para o primeiro e 1 semana por mês, cada 3 meses quando é utilizado o segundo). As onicomicoses dos pés não respondem bem à griseofulvina mas obtêm-se taxas de cura elevadas com terbinafina (administrada diariamente durante 3 meses) e itraconazol (administrado durante 1 semana por mês, cada 3 meses). Pode ser realizado tratamento tópico e sistémico simultaneamente e, ao fim de 3 meses, pode ser aplicada só ureia durante um mês.³⁶

Existe maior taxa de sucesso com a terapêutica contínua do que com a intermitente, sendo ainda uma posologia de mais fácil cumprimento para o doente. Assim, pode afirmar-se que a terbinafina é mais económica e apresenta escassas interações farmacológicas, ao contrário do fluconazol e itraconazol em pauta contínua. Com efeito, a terbinafina é o antifúngico sistémico de referência, pelo que se impõe iniciar o tratamento com essa substância.⁵² No caso de a etiologia ser *Candida*, o tratamento será com fluconazol ou itraconazol, no caso de não dermatófitos será com itraconazol e quando se trata de *Microsporum* não se deve utilizar terbinafina.

O prognóstico é pior quando se associa a distrofia da unha.

Os casos que não possam ser tratados sistematicamente (idade avançada, doença hepática) e os que não respondem ao tratamento podem ser tratados mediante avulsão mecânica da unha, cirúrgica ou química com um creme de ureia a 40%, até remover o excesso de queratina, e depois trata-se com terapia oral ou tópica de novo.

Os esporos dos dermatófitos são resistentes ao longo de muito tempo no meio ambiente, solo e piscinas, pelo que a tina das unhas reaparece mesmo após terapêutica eficaz. A recorrência é maior quando a idade é mais avançada.⁴⁴

A percentagem de reincidências ao longo de 1-2 anos depois de finalizar o tratamento é elevada, pelo que a sua prevenção é muito importante.⁴⁴ O correto cuidado com os pés é um dos aspetos em que o utente tem um papel primordial, envolvendo a higiene adequada, a boa secagem após o duche, a não partilha de calçado e o uso de luvas. O uso regular e agressivo de limpeza e desbridamento é essencial para a resolução eficaz da infeção. Por outro lado, a revisão cuidadosa de medidas preventivas e o uso de antibióticos é essencial para tratar os agentes patogénicos responsáveis, prevenir o desenvolvimento de doença mais invasiva e limitar a recolonização.⁴²

Na presença de onicomicose que não responde aos tratamentos, perante a suspeita de líquen plano ou de psoríase, encaminha-se para os cuidados hospitalares para confirmar o diagnóstico. Os pacientes previamente diagnosticados podem ser controlados em cuidados primários, se a lesão não afetar a matriz e estiver localizada numa só unha ou em duas unhas.

Na paroníquia bacteriana o tratamento consiste no uso de antibiótico, numa primeira fase, e de antifúngico numa segunda fase, se estiver presente infeção por *Candida*. O uso de soro fisiológico morno, a drenagem do abscesso ou a aplicação de antibióticos tópicos ou sistémicos constituem medidas para tratar a paroníquia, associando por vezes um corticoide. O tratamento da paroníquia crónica envolve a utilização de antifúngico tópico, derivados do imidazol, em creme, loção ou pó e antissépticos.^{46, 52} Coloca-se a possibilidade de um processo neoplásico, se o tratamento da paroníquia crónica simples não for eficaz, e é importante a realização de biópsia.

A paroníquia causada por patógenos *Candida spp.*, especialmente a *Candida albicans*, acompanhada por sinais inflamatórios intensos, pode ser tratada com terbinafina tópica, associada a um corticoide tópico. No caso de afetar várias unhas, o tratamento pode ser feito com itraconazol ou fluconazol.

A substituição, após cessação do tratamento com indinavir por um agente retroviral alternativo deve fazer-se na paroníquia, em virtude do indinavir. A paroníquia causada por inibidores EGFR deve ser tratada com antibióticos sistêmicos, como a doxiciclina. A amoxicilina / clavulânico ou cloxacilina podem usar-se na paroníquia bacteriana e recomenda-se a clindamicina em caso de alergia a penicilina. Se houver flutuação, a unha deve ser desbridada cirurgicamente e extraída, se a metade proximal estiver afetada. Os casos refratários à maioria das terapias podem ser tratados cirurgicamente, por meio da excisão da prega envolvida.

A paroníquia crónica simples responde lentamente ao tratamento e a resolução com terapia medicamentosa pode levar diversas semanas. Se a patologia permanecer sem tratamento, pode haver dor e episódios recorrentes de inflamação aguda, em consequência da penetração repetida por vários patógenos.

O tratamento utilizado no caso de paroníquia herpética consiste na aplicação de fomentos de sulfato de zinco a 0,1% ou de permanganato de potássio e aciclovir tópico ou oral, embora a resposta seja pobre. O tratamento com aciclovir por via oral, famciclovir ou valaciclovir pode encurtar a duração dos sintomas.

No caso de suspeita de presença de tumores malignos, a atitude mais prudente é remeter o doente para o dermatologista, para confirmar o diagnóstico, assim como em tumores benignos e do tecido periungueal, quando não se pode realizar a cirurgia nos cuidados primários.

Procede-se à referenciação do doente para uma consulta de especialidade no caso de traumatismo químico agudo, se houver lesão da matriz, e numa paroníquia com evolução inadequada. Também se referencia o doente no caso de ser necessária a avulsão química da unha e quando não se puder garantir a correta realização em cuidados primários.

No tratamento da unha distrófica, seja qual for a causa, há que ter em conta dois fatores: que a biologia da unha torna muito lenta a evolução da distrofia e que, pelas suas características anatómicas, a unha dificulta consideravelmente a penetração dos fármacos. Assim sendo, o tratamento deve prolongar-se por vários meses, sendo importante assegurar que haja constância, para que seja possível a obtenção de bons resultados.

13 – Discussão e conclusão

Para além do seu objetivo estético, as unhas têm funções importantes, especialmente as das mãos, pois favorecem e ajudam na função de preensão. A unha protege o dorso dos dedos de traumatismos e é utilizada em muitas atividades. Assim, é necessário ter cuidado com as agressões, designadamente com o abuso de manicura e vernizes, que podem agravar os problemas relacionados com a unha.

A exploração cuidadosa das unhas é muito útil. É importante saber como são as unhas normais e as suas variantes fisiológicas, bem como saber distinguir as diferentes patologias que as podem acometer, que são variadas e nos orientam tanto para processos sistémicos, como alterações fundamentalmente dermatológicas ou alterações específicas da unha. Assim sendo, é útil e importante a determinação da causa, a fim de prevenir futuras lesões e excluir uma possível doença grave subjacente.

Via de regra, se somente uma ou duas unhas apresentam uma anomalia, é provável que o problema seja externo, ao passo que é razoável que se suspeite de uma doença interna, se são todas as unhas que revelam alterações de cor ou de forma.

Na anamnese, há que ter em atenção os antecedentes familiares, pois há patologias com um componente genético-familiar que podem afetar as unhas, como a psoríase, leuconíquia e paquioníquia congénitas. Quanto aos antecedentes pessoais, há que ter em conta a presença de diabetes, DPOC, cardiopatias e imunodeficiências, que podem estar relacionadas com alterações nas unhas.

Os traumatismos físicos, químicos, a humidade e o uso de alguns medicamentos são fatores de risco para doença da unha.

Várias situações devem ser tomadas em consideração quando se avalia um doente idoso com alterações das unhas, incluindo as alterações associadas a perturbações inflamatórias cutâneas (como a psoríase), cosméticos das unhas, doenças sistémicas (como a doença renal), ou medicamentos (como os anticoagulantes ou os bloqueadores beta).

Quando estiverem em causa doenças sistémicas ou por toma de medicamentos, é habitual que, na altura do diagnóstico, estejam envolvidos a maioria dos dedos da mão e, em menor grau, as unhas dos dedos do pé. A principal causa é a taxa de crescimento lenta das unhas dos pés. O envolvimento assimétrico é mais sugestivo de causa local.

Relativamente à história atual, a presença ou ausência de dor, o tempo e forma de evolução, além das manifestações locais e gerais, podem orientar o diagnóstico.

A abordagem inicial começa por um alto índice de suspeita do diagnóstico, especialmente quando se está confrontado com um doente idoso que se apresenta com melanoníquia longitudinal isolada.

A descoberta de uma massa proliferante, eritematosa e destrutiva a nível do leito ungueal deve induzir a uma cuidadosa avaliação na procura de um carcinoma de células escamosas.⁴⁹ A melanoníquia longitudinal (presença de estrias verticais na unha) diferencia-se de um melanoma subungueal.

O diagnóstico diferencial deve ser feito no caso de alterações na morfologia, tais como taquioníquia, unhas estriadas, onicólise e paquioníquia, bem como de alterações na cor, tais como leuconíquia, melanoníquia e cromoníquia.

A onicomicose constitui uma patologia com impacto social e individual significativos. No que respeita às possibilidades de intervenção, cabe referir a identificação de fatores de risco para a doença, o seu correto diagnóstico e tratamento e ainda a exclusão de hipóteses diagnósticas alternativas.⁴⁰

Em certas ocasiões, é difícil distinguir clinicamente uma psoríase ungueal de uma onicomicose, já que as unhas com psoríase podem estar sobreinfetadas por fungos, tornando-se adequado solicitar uma cultura em unhas suspeitas. Na onicomicose o envolvimento das unhas das mãos ou pés é variável, ao contrário da psoríase, em que a distrofia tende a ser uniforme.³² A onicomicose é mais frequente nos idosos do que na população em geral, constituindo a diabetes um fator predisponente importante para a onicomicose na população geriátrica.

Deve ter-se em conta na terapia oral das onicomicoses, a possibilidade de interação com outros produtos metabolizados pela via do citocromo P450. Em pacientes tratados com terbinafina, recomenda-se o controlo do hemograma e da função hepática às 4 semanas na terapia contínua de mais de 1 mês de duração; no caso de itraconazol e fluconazol, deve estudar-se a função hepática ao mês na terapia contínua de mais de 1 mês ou na pulsátil de quatro ou mais ciclos.

A psoríase faz diagnóstico diferencial com alopecia, podendo esta surgir com pitting, estriação ou leuconíquia. Os dermatologistas não hesitam em biopsiar a pele, a fim de confirmar o diagnóstico ou excluir a hipótese de malignidade.

Relativamente ao melanoma subungueal, o diagnóstico diferencial pode ser orientado através dos seguintes dados clínicos: uma só unha afetada, prevalência em pessoas com mais de 50 anos, evolução rápida com bordos imprecisos, escurecimento do bordo longitudinal, localização na matriz ou ao redor. O hematoma, no entanto, pode surgir em qualquer localização.

As unhas frágeis estão associadas a diversas comorbidades, entre as quais a dor nas unhas, e podem ter uma aparência cosmética indesejável. Geralmente, não se vislumbra a causa aparente para a SUF mas o seu diagnóstico inclui interrogatório sobre os hábitos e outras doenças dos pacientes.²⁶

No que se refere a atividades preventivas, é recomendável evitar a humidade e as agressões das unhas (arrancar peles, morder unhas, etc.), usar calçado cómodo e que não aperte. É aconselhável o uso de luvas de algodão e borracha em capas sucessivas e um correto corte das unhas (curva nas mãos e reta nos pés).

Os idosos podem apresentar alterações frequentes das unhas e distrofias que causam dor, afetam as atividades do dia-a-dia, diminuem a qualidade de vida e interferem na capacidade funcional. Por outro lado, tais alterações são esteticamente desagradáveis, correspondendo, muitas vezes, a situações malignas, abrindo, assim, uma porta aos microrganismos e consequentemente a infeções mais graves, como a erisipela.

Impõe-se o reconhecimento das situações em causa, um diagnóstico correto e uma terapêutica adequada, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes.

14 – Bibliografía

1. Baran R. The nail in the elderly. *Clin Dermatol.* 2011;29(1): p. 54-60.
2. Rao S, et al. Study of nail changes and nail disorders in the elderly. *Indian J Dermatol* (2011).
3. Mainusch OM. Common disorders and diseases of the nails. Anatomy, physiology, disorders, clarification and therapy. *Hautartz* 2004;55: p. 567-579.
4. Abdullah L, et al. Common nail changes and disorders in older people: Diagnosis and management. *Can Fam Physician* (2011).
5. Pérez Suárez B. El lenguaje de las uñas. *Más Dermatol.* 2011;15: p. 4-12.
6. Dawber RPR, Baran R, de Berker D. Enfermedades de las uñas. Madrid: Edimsa; 2000.
7. Amber S. Tully, MD, Cleveland Clinic, Strongsville, Ohio. Evaluation of Nail Abnormalities. *Am Fam Physician.* 2012 15; 85 (8): p. 779-787.
8. Nandedkar M, Scher K. An update on disorders of the nail. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52: p. 877-87.
9. Baran R, Dawber RPR, de Becker D, Haneke E, editors. Baran and Dawber's diseases of the nail and their management. 3rd ed. New York: Blackwell Science; 2001: p. 607-30.
10. Siegfried Borelli, Stephan Lautenschlage. Pathologies des ongles des doigts. *Forum Med Suisse* 2013;13(33): p. 631-635.
11. H. Domingo Herranz y M. Ribera Pibernat. Onicopatías más frecuentes en atención primaria. *La Medicina hoy.* 2005 vol. 69 nº 1568.
12. Baran R, Nakamura R. Doenças da unha: do diagnóstico ao tratamento. Elsevier 2012
13. Fawcett RS, Linford S, Stulberg DL. Nail abnormalities: clues to systemic disease. *Am Fam Physician* 2004; 69(6): p. 1417-24.

14. Gregoriou S, Argyriou G, Larios G, Rigopoulos D. Nail disorders and systemic disease: What the nails tell us. *J Fam Pract* 2008;57: p. 509-514.
15. Mirlena Lopes Barbosa, Eusmar Dias Brito, Ivanilton Alves Teixeira, Priscila Wolf Nassif. Uma lição de clínica médica através das lesões ungueais relacionadas a doenças sistêmicas. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR* v. 4, n. 1: p. 75-78, 2013.
16. Tunc SE, Ertam I, Pirildar T, Turk T, et al. Nail changes in connective tissue diseases: do nail changes provide clues for the diagnosis? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: p. 497-503.
17. Samira Yarak, Tiago Moreno de Almeida Araújo. Nail disorders in systemic disease: What the nail tell us *RBM* v. 66, p 15-19, 2009.
18. Abby Jacobson, MS, PA-C, and Lauren Zajac, MHS, PA-C. Four nail disorders every clinician should know. *Clinical Advisor* 2008.
19. Palencia SI, Rodríguez-Peralta JL, Castaño E, Vanaclocha F, Iglesias L. Lichenoid nail changes as sole external manifestation of grafz vs. host disease. *International Journal of Dermatology* 2002; 41: p. 44-45.
20. Ronaldo Figueredo Machado; Dário Júnior de Freitas Rosa; Christiane Chaves Augusto Leite; Marcelino Pereira Martins Neto; Aloísio Gamonal. Yellow nail syndrome - Case report. *Na. Bras. Dermatol.* Vol 84 no. 6, 2009.
21. Braun RP, Baran R, le Gal FA, Dalle S, Ronger S, Pandolfi R, et al. Diagnosis and management of nail pigmentations. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 56: p. 835-47.
22. Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, Murphy F, Muhn CY. Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation and a review of literature on therapy. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: p. 1-27.

23. Sánchez-Regaña M, Solá-Ortigosa J, Alsina-Gibert M, Vidal-Fernández M, Umberto-Millet P. Nail psoriasis: a retrospective study on the effectiveness of systemic treatments (classical and biological therapy). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010.
24. Irla N, Schneiter E, Haneke E, Yawalkar N. Nail lichen planus: successful treatment with Etanercept. *Case Rep Dermatol*. 2010; 2(3): p. 173-6.
25. Chauhan S, D'Cruz S, Singh R, Sachdev A. Mees' lines. *Lancet* 2008; 372: p. 1410.
26. Izelda Maria Carvalho Costa, Lucas Souza-Carmo Nogueira, Patrícia Santiago Garcia, Síndrome das unhas frágeis. *An. Bras. Dermatol*. Vol 82 no.3. 2007.
27. Spicknall ake, Zirwas Mj, English JCIII. Clubbing: on diagnosis, differential diagnosis, pathophysiology, and clinical relevance. *J AM Acad Dermatol* 2005 52: p. 1020-28.
28. Antonella Tosti, MD, Bianca Maria Piraccini, MD, and Débora Cadore de Farias, MD. Dealing with melanonychia. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery* 2009.
29. Haneke E, Baran R. Longitudinal melanonychia. *Dermatol Surg*. 2001;27: p. 580-4.
30. García Carmona FJ, Padín JM, Fernández D. Onicocriptosis crónica. *Piel*. 2005; 20: p. 53-5.
31. Drug-induced nail abnormalities. Piraccini BM, Iorizzo M, Antonucci A, Tosti A. *Expert Opin Drug Saf* 2004 ; 3 : p. 57-65.
32. Natarajan V, Nath AK, Thappa DM, Singh R, Verma SK. Coexistence of onychomycosis in psoriatic nails: a descriptive study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76(6): p. 723.
33. Gunduz T, et al. Epidemiological profile of onychomycosis in the elderly living in the nursing homes. *Eur Geriatr Med* (2013).

34. Weinberg JM, Koestenblatt EK, Tutrone WD, Tishler HR, Najarian L. Comparison of diagnostic methods in the evaluation of onychomycosis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49 (2): p. 193-7.
35. Hay R. Literature review. Onychomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19 Suppl 1: p. 1-7.
36. Mugge C, Haustein UF, Nenoff P. [Causative agents of onychomycosis – a retrospective study]. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006; 4 (3): p. 218-28.
37. Effendy I, Lecha M, Feuilhade de Chauvin M, Di Chiacchio N, Baran R. Epidemiology and clinical classification of onychomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19 Suppl 1: p. 8-12
38. Faergemann J, Baran R. Epidemiology, clinical presentation and diagnosis of onychomycosis. *Br J Dermatol* 2003; 149 Suppl 65: p. 1-4.
39. Ballesté R, Mousqués N, Gezuele E. Onicomicosis. Revisión del tema. *Revista médica del Uruguay*, Montevideo, v. 19, p. 93-106, 2003.
40. B. Richert, M.-L. Cappelletti et J. André, Diagnostic différentiel des onychomycoses. *Rev med Brux* – 201.
41. Kedma de Magalhães Lima, Rossana Sette de Melo Rêgo, Francisco Montenegro, Diagnósticos Clínicos e laboratoriais das Onicomicoses. *News Lab* edição 83 2007, p. 184-196.
42. Hay RJ, Baran R, Haneke E. Fungal (onychomycosis) and other infections involving the nail apparatus. En: Baran R., Dawber R.P.R., de Berker D.A.R., Haneke E., Tosti A., editors. *Baran and Dawber's Diseases of the nails and their management*. Malden, MA: Blackwell Science; 2001.

43. Baran R, Kaoukhov A. Topical antifungal drugs for the treatment of onychomycosis: an overview of current strategies for monotherapy and combination therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005; 19: p. 21-9.
44. James Q. Del Rosso. The Role of Topical Antifungal Therapy for Onychomycosis and the Emergence of Newer Agents. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2014 Jul; 7(7): p. 10-18.
45. Guibal F, Baran R, Duhart E. Epidémiologie et prise en charge des onychopathies a priori d'origine mycosique en médecine générale. *J Mycol med* 2009; 19: p. 185-90.
46. Tosti, A., Piraccini, B.M., Ghetti, E. et al. Topical steroids versus systemic antifungals in the treatment of chronic paronychia: an open, randomized double-blind and double dummy study. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 47: p. 73-76.
47. Baran R, Trichert B. Common nail tumors. *Dermatol Clin*. 2006; 24: p. 297-311.
48. Haneke E. Ungual melanoma – controversies in diagnosis and treatment. *Dermatol Ther*. 2012; 25: p. 510-24.
49. Baran, R. Bowen's disease and squamous cell carcinoma of the nail unit. *J Egypt wom Dermatol Soc*. 2005: 1-8. Vol 2, No 1. Dalle S, Depape L, Phan A, Balme B, Ronger-Savle S, Thomas, L. Squamous cell carcinoma of the nail apparatus: clinicopathological.
50. Piraccini BM, Bellavista S, Misciali C, Tosti A, de Berker D, Richert B. Periungual and subungual pyogenic granuloma. *Br J Dermatol*. 2010; 163: p. 941-53.
51. Tosti A, Piraccini BM. Warts of the nail unit: surgical and nonsurgical approaches. *Dermatol Surg*. 2001; 27: p. 235-9.
52. Antonella Tosti. Nail Disorders: Practical Tips for Diagnosis and Treatment, *Clinics Review Articles, Dermatologic Clinics* 2015.