



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

[ANA CAROLINA MARQUES DE SEIÇA CARVALHO]

[SINAIS UNGUEAIS DE DOENÇAS SISTÉMICAS]

[ARTIGO DE REVISÃO]

ÁREA CIENTÍFICA DE DERMATOLOGIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

[PROF. DOUTOR OSCAR TELLECHEA]

[FEVEREIRO/2011]

ÍNDICE

RESUMO	2
INTRODUÇÃO	5
A UNHA	
Funções	5
Anatomia e fisiologia	6
Composição	9
Crescimento	9
AS UNHAS E DOENÇAS SISTÊMICAS	10
ALTERAÇÕES DA FORMA DAS UNHAS	
Dedos em baqueta de tambor	11
Coiloníquia	14
Unha em pinça	16
Unha em bico de papagaio	17
ALTERAÇÕES DA COR DAS UNHAS	
Leuconíquia	18
Melanoníquia	22
Cromoníquia amarela	23
Lúnula vermelha	25
Cromoníquia azul	25
ALTERAÇÕES DO TAMANHO DAS UNHAS	
Macroníquia e microníquia	27
Braquioníquia	27
Doliconíquia	29
ALTERAÇÕES DA SUPERFÍCIE DAS UNHAS	
Sulcos longitudinais	29
Sulcos transversais	31
Picotado ungueal	33
Unhas em lágrima	34
Onicosquizia	34
Unhas frágeis	34
Hemorragias filiformes	35
ALTERAÇÕES DA ADERÊNCIA DAS UNHAS	
Onicólise	37
Onicomadese	39
Pterígio ungueal	40
OUTRAS ALTERAÇÕES	
Cutículas irregulares	42
CONCLUSÃO	42
BIBLIOGRAFIA	43

Resumo

As unhas são estruturas epiteliais cutâneas especializadas e têm como funções a protecção da extremidade dos dedos e a manipulação fina. São facilmente inspeccionadas num exame objectivo, podendo dar diversas informações ao médico. Alterações na cor, forma ou textura das unhas podem ser sugestivas de uma grande variedade de doenças sistémicas. É, por isso, útil saber identificar essas alterações para que seja possível fazer um diagnóstico célere e acompanhamento adequado do doente.

São exemplos os dedos em baqueta de tambor, que muitas vezes sugerem doença pulmonar ou doença intestinal inflamatória crónica, e a coiloníquia classicamente associada a carência marcial.

O principal objectivo deste trabalho consiste na elaboração de uma revisão das manifestações ungueais que fornecem pistas para o diagnóstico de doenças sistémicas.

Palavras-chave:

Unha • Prato ungueal • Matriz ungueal • Doenças sistémicas • Dedos em baqueta de tambor • Coiloníquia • Cromoníquia • Onicólise • Sulcos • Hemorragias filiformes • Picotado ungueal

Abstract

Nails are specialized keratinous appendages, whose functions are the protection of the tip of the digits and the manipulation of smaller objects with great precision. They are easily inspected in a physical examination, providing a great deal of information that can be useful to the physician. Changes in colour, shape or texture of the nails can suggest a wide range of systemic diseases. Therefore, it is useful to identify those changes so that it is possible to make an early diagnosis, as well as an appropriate monitoring of the patient.

A good example is clubbing, a sign that, in most of the cases, suggests pulmonary disease or inflammatory bowel disease. Another classic example is koilonychias, commonly associated to iron deficiency.

The main goal of this paper is to elaborate a revision of the nail manifestations that supply clues to the diagnosis of systemic diseases.

Keywords:

Nail • Nail plate • Nail matrix • Systemic diseases • Clubbing • Koilonychia • Chromonychia • Onycholysis • Grooves • Splinter hemorrhages • Pitting

Sinais ungueais de doenças sistémicas

Introdução

Existe um vasto leque de doenças sistémicas que provocam o aparecimento de alterações nas unhas que podem ser apreciadas à inspecção ^[1]. Sendo assim, um exame físico metuculoso pode fornecer dados importantes para estabelecer um diagnóstico correcto. Contudo, é de realçar que, numa grande parte dos casos, essas alterações são inespecíficas e sem significado clínico ^[2]. É, por isso, importante conhecer as variantes do normal e mesmo os hábitos do indivíduo examinado, como por exemplo o uso de cosméticos.

Apesar de tudo, as unhas ainda passam muito despercebidas, o que não seria de esperar, visto estarem muito acessíveis, podendo ser observada uma grande variedade de sinais a olho nu ^[3].

A unha

Funções

O aparelho ungueal tem como objectivo principal a protecção da extremidade dorsal dos dedos, através do prato ungueal, sobretudo em casos de traumatismo. Além disso, contribui para um aumento da sensibilidade dos dedos da mão, ao aplicar pressão contra as falanges distais. Deste modo, é possível a manipulação de objectos de reduzidas dimensões com mais destreza ^[4]. De facto, sem a pressão da unha contra o dedo, a sensibilidade da polpa do dedo pode diminuir em 50% e a preensão torna-se difícil ^[5].

Sendo assim, as unhas são importantes na protecção e manipulação fina, mas, além disso, servem para arranhar, como meio instintivo de defesa, e são ainda consideradas, actualmente, um importante alvo de cosmética ^[4; 6]. Contudo, embora as unhas tenham funções

muito importantes, na maior parte das vezes passam despercebidas e, apenas quando são afectadas, é que se repara na sua importância, já que, sem as unhas, os dedos perdem grande parte da sua funcionalidade.

Anatomia e Fisiologia

A unha é uma estrutura epitelial queratinizada que apresenta um crescimento contínuo durante toda a vida ^[7]. É composta pelo prato ungueal, matriz ungueal, leito ungueal, pregas ungueais proximal e laterais e hiponíquio.

O prato ungueal, de forma aproximadamente rectangular, encontra-se na porção distal da face dorsal dos dedos ^[4]. Resulta principalmente da maturação e queratinização do epitélio da matriz ungueal. Esta é responsável pela formação das porções dorsal e intermédia do prato ungueal, enquanto o leito ungueal contribui para a porção ventral ^[7]. O prato ungueal é delimitado por três estruturas cutâneas: duas pregas ungueais laterais e uma prega ungueal proximal ^[1]. Apesar de transparente, o prato ungueal apresenta uma coloração rosada devido à rica rede de capilares do leito ungueal, que se encontra sob o prato ungueal. Na porção proximal do prato ungueal, mais frequentemente nos polegares, existe uma área branca em meia-lua conhecida por lúnula que representa a parte visível da matriz ^[4]. Desconhece-se a razão pela qual a lúnula tem cor branca, mas já foram propostas várias hipóteses, incluindo o facto de o epitélio mais espesso da lúnula obscurecer os capilares do leito ungueal, o prato ungueal não estar tão fortemente anexado na zona da lúnula, e a fraca vascularização da lúnula ^[8; 9].

A matriz ungueal é uma estrutura epitelial que vai desde a prega ungueal proximal até à lúnula e é responsável pela formação do prato ungueal. Pode ser dividida em três regiões: a secção dorsal (matriz proximal) que contribui para a formação das camadas mais superficiais,

a secção intermédia (matriz distal) que forma as camadas mais profundas e, finalmente, a secção ventral, zona de transição entre a matriz intermédia e o leito ungueal ^[4; 8]. Por essa razão, se a matriz intermédia for afectada poderá haver alterações nas camadas profundas, nomeadamente a separação do prato ungueal. Já no caso de haver alterações na matriz dorsal, a afecção será mais superficial, como é o caso do picotado ungueal. Se a perturbação for temporária formam-se linhas transversas no prato ungueal ^[2].

A prega ungueal proximal, situada acima da matriz ungueal, é a continuação do revestimento cutâneo da face dorsal do dedo ^[4]. O prato ungueal divide-a nas suas superfícies ventral e dorsal, entre as quais está o eponíquio, normalmente designado por cutícula, que preenche o espaço existente entre o prato ungueal e a prega ungueal proximal. Desta maneira, a cutícula protege a matriz de eventuais agressões ambientais e de organismos infecciosos. Quanto às pregas laterais, estas são também extensões da superfície da pele lateral do dedo ^[1; 4; 5].

O hiponíquio localiza-se abaixo do bordo livre do prato ungueal. Em termos anatómicos, indica a transição do leito ungueal para a epiderme normal dos dedos. Apresenta uma banda transversa com 0,5 a 1,5 mm de largura, de tonalidade castanha ou rosa, conhecida como banda oncodérmica, que reflecte sobre a superfície ventral do prato ungueal e protege o parênquima do ambiente externo, ao funcionar como uma barreira a agentes químicos e organismos infecciosos ^[4; 6; 10].

O leito ungueal é uma área sob o prato ungueal, entre a lúnula e o hiponíquio, com uma fina camada epidérmica, que representa a face ventral da matriz ungueal. Tem um papel na formação das camadas mais profundas do prato ungueal ^[4]. Porém, a sua principal função é manter o prato ungueal anexado ao aparelho ungueal ^[1]. É altamente vascularizado, por duas artérias digitais laterais, e contém numerosos “glomus”, estruturas neurovasculares com

anastomoses arteriovenosas e terminações nervosas, que têm um papel importante na termoregulação, dilatando com temperaturas baixas, quando há vasoconstrição das arteríolas subungueais^[7].

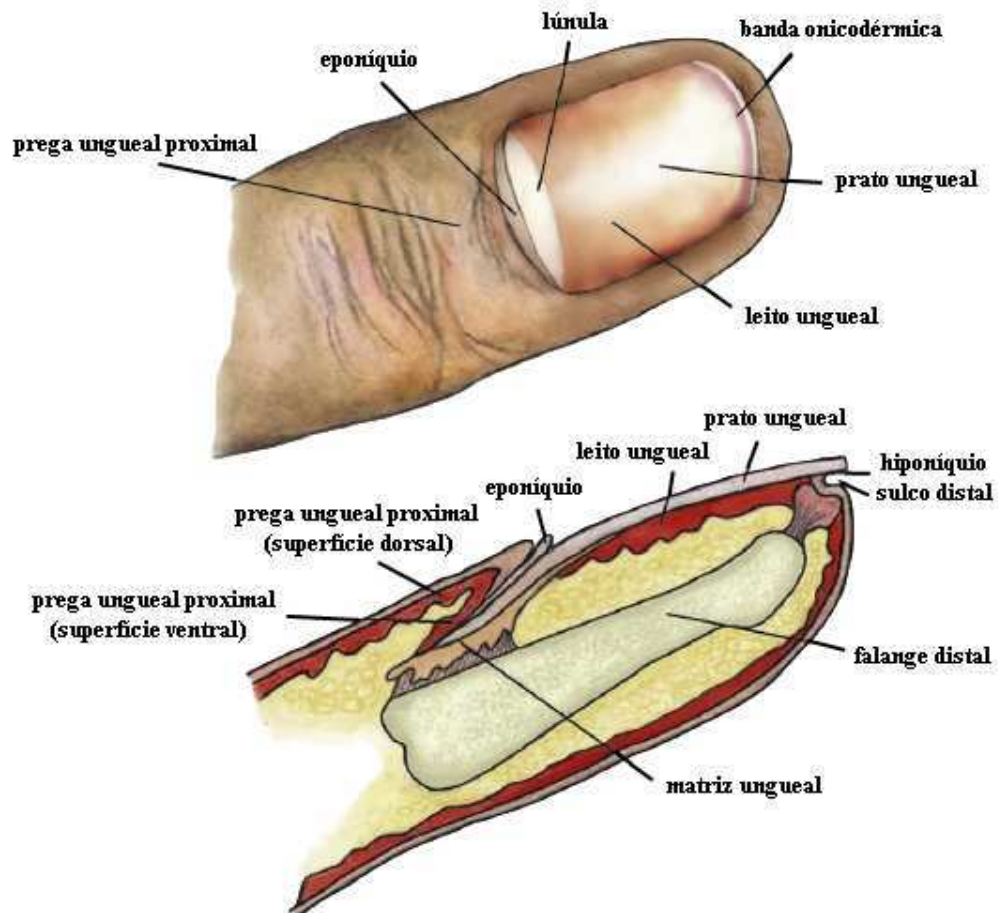


Fig. 1. Imagem esquemática da unha e corte longitudinal

A unha está firmemente ligada ao perióstio da falange distal através de fibras de colagénio orientadas verticalmente^[10]. A convexidade longitudinal da unha pode ser atribuída à orientação da matriz e à presença da prega ungueal proximal, que apenas permite um crescimento próximo-distal^[6].

Composição

O prato ungueal contém diversos minerais, predominantemente, cálcio que, juntamente com o fosfato, forma cristais de hidroxiapatite. Apesar de o cálcio contribuir para a dureza do prato ungueal, o maior contributo é dado pelo enxofre. Além do cálcio, ocorrem ainda ferro, zinco, cobre, manganésio, sódio e magnésio ^[1; 4] Contudo, ainda se desconhece o seu papel ^[4]. No entanto, estes variam consoante o grupo populacional. Altos níveis de cálcio e zinco são mais frequentes no sexo masculino, enquanto o magnésio apresenta níveis mais altos no sexo feminino. Já o nível de ferro é semelhante em ambos. Além disso, os idosos têm níveis superiores de cálcio ao contrário das crianças que têm níveis elevados de magnésio, sódio e ferro ^[1].

Além dos minerais, a unha contém ainda água, cerca de 18%, e, em menor quantidade, lípidos, nomeadamente o colesterol.

Em condições normais, a melanina não está presente na matriz ungueal nem no leito ungueal. Contudo, em caso de trauma da prega ungueal proximal pode haver activação dos melanócitos, resultando no aparecimento de bandas longitudinais hiperpigmentadas, especialmente em indivíduos de raça negra ^[7].

Crescimento

O crescimento da unha depende de vários factores, como a idade do indivíduo, o suprimento vascular e nervoso e a nutrição, mas, regra geral, é cerca de 0,5-1,2 mm por semana, nas unhas dos dedos da mão, e 0,2-0,5 mm, no caso das unhas dos pés. Por este motivo, as lesões na matriz ungueal não são visíveis logo após um determinado insulto, mas apenas passado algum tempo ^[7]. Contudo, deve ser tido em conta o indivíduo que está a ser

examinado, devido aos diversos factores que influenciam o crescimento das unhas. É preciso não esquecer que o crescimento da unha numa criança com menos de três anos é mais lento, acelerando até aos trinta anos e voltando a diminuir, até metade, aos oitenta anos ^[5]. Além disso, a velocidade está aumentada durante a gravidez ^[11]. É, por isso, útil conhecer a velocidade de crescimento das unhas, pois quando há alterações no prato ungueal é possível determinar a altura aproximada em que a agressão ocorreu ^[2].

As unhas e doenças sistémicas

A maioria dos insultos que afecta o leito ungueal de um modo difuso também afecta os tecidos de suporte, tais como os tecidos conjuntivos e a falange terminal à qual o leito ungueal está intimamente associado, resultando então em alterações de cor, forma e tamanho do prato ungueal ^[10].

As alterações das unhas surgem no prato ungueal como resultado de anormalidades, da matriz ungueal ou da vascularização, causadas por doenças sistémicas e outros insultos sistémicos, tais como reacções medicamentosas. Outros achados podem ser encontrados nas estruturas adjacentes à unha, como por exemplo, prega ungueal proximal, cutícula, pregas laterais e hiponíquio. Por essa razão, é imprescindível a realização de um exame cuidadoso das unhas, avaliando todas as unhas bem como as estruturas envolventes. Uma vez identificadas as alterações ungueais, a pele e as mucosas devem ser examinadas para obtenção de pistas adicionais ^[12].

Um estudo, efectuado em doentes infectados com VIH (vírus da imunodeficiência humana), verificou a presença de alterações ungueais em 67,7% desses doentes. Contudo, o

mesmo estudo não confirma se esses sinais se deviam realmente à infecção por VIH ou se eram secundários a outras causas^[13].

Alterações da forma das unhas

Dedos em baqueta de tambor

Este sinal, dedos em baqueta de tambor, inicialmente descrito por Hippocrates, é também conhecido por “dedos hipocráticos” e “unhas em vidro de relógio”^[14]. Caracteriza-se por um aumento da curvatura, transversa e longitudinal, do prato ungueal, hipertrofia dos tecidos moles da polpa digital e hiperplasia do tecido fibrovascular na base da unha^[2; 10].



Fig. 2. Dedo em baqueta de tambor^[15]

A hiperplasia é responsável por um dos primeiros sinais, a mobilidade anormal da base da unha. O início é, habitualmente, gradual e sem dor, excepto em casos de carcinoma do pulmão onde se pode desenvolver de forma abrupta e pode até ser associado a dor severa. Inicialmente, pode envolver apenas uma mão mas, eventualmente, afectará as duas simetricamente, sendo contudo mais evidente nos polegares, indicadores e médios^[15]. Em aproximadamente 60% dos casos há cianose local^[10]. Pode ainda haver eritema periungueal e amolecimento do leito ungueal, dando a sensação de algo esponjoso à palpação^[14].

Ao exame físico, faz-se a inspecção e palpação da cutícula. Contudo, alguns autores descreveram métodos mais precisos para confirmar a presença deste sinal. Lovibond definiu o “sinal de perfil” do polegar, mais conhecido por ângulo de Lovibond, que é o ângulo formado pelo prato ungueal e a prega proximal, observado pelo lado radial^[10]. O valor normal é cerca de 160° e neste caso o ângulo tem mais de 180°.

Há ainda outros métodos para confirmar os dedos em baqueta de tambor, tais como o sinal de Schamroth, o “sinal de perfil” modificado, entre outros. O sinal de Schamroth consiste na perda da janela, em forma de losango, entre os pratos ungueais dos dedos opostos [2; 10].



Fig. 3. Normal (A) e sinal de Schamroth presente (B)^[14]

Há várias hipóteses para explicar a fisiopatologia destes sinais, mas a mais promissora é a que se baseia na produção de plaquetas, mostrando que os megacariócitos são normalmente fragmentados em plaquetas nos pulmões. Sendo assim, quando há uma alteração da normal circulação pulmonar, como no caso de inflamação crónica ou de tumores brônquicos, os megacariócitos entram na circulação sistémica, provocando um impacte na circulação, nos dedos das mãos, devido ao seu grande tamanho. Consequentemente, os megacariócitos e os seus fragmentos são activados, libertando PDGF (factor de crescimento

derivado das plaquetas) que inicia o mecanismo responsável pelo aparecimento dos dedos em baqueta de tambor^[14].

O aparecimento dos dedos em baqueta de tambor pode ser familiar, idiopático ou adquirido. Pode aparecer como um sinal isolado ou como parte da síndrome de osteoartropatia hipertrófica (primário ou secundário). Este síndrome caracteriza-se por periostose dos ossos longos, artralguas e dedos em baqueta de tambor.

As formas adquiridas ou secundárias podem ser unilaterais ou bilaterais. Este sinal, quando unilateral, tem sido associado a doenças vasculares e neurológicas, como por exemplo a hemiplegia e arterite de Takayasu. No caso de ser bilateral, a causa mais comum é a doença pulmonar, mas também pode estar associado a doenças cardíacas, gastrointestinais, endócrinas e infecciosas^[12].

Se familiar, pode estar associado a citrulinémia, doença autossómica recessiva do ciclo da ureia, que leva a uma acumulação de substâncias tóxicas, incluindo citrulina, no sangue.

Se adquirido, pode dever-se a várias substâncias, como fósforo, arsénio e álcool, ou a hipervitaminose A e cretinismo causado por deficiência em iodo^[1].

Num estudo efectuado sobre alterações das unhas em doentes com VIH, verificou-se que em 5,8% dos casos há dedos em baqueta de tambor. Os autores acreditam mesmo que pode ser um sinal precoce de SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em doentes pediátricos^[13].

Perante um doente com dedos em baqueta de tambor e, aparentemente, sem nenhuma doença associada, deve ser feita uma investigação de um eventual carcinoma broncogénico^[2].

Quadro I. Causas de dedos em baqueta de tambor

Causas de dedos em baqueta de tambor	
Sistema pulmonar	Bronquiectasias Abcesso pulmonar Pneumonia Tuberculose pulmonar Sarcoidose Fibrose pulmonar Carcinoma do pulmão primário/metastático Mesotelioma Linfoma de Hodgkin
Sistema cardiovascular	Aneurismas arteriovenosos Mixoma da aurícula Fenómeno de Raynaud
Sistema gastrointestinal	Doença intestinal inflamatória Carcinoma do esófago, estômago ou cólon Cirrose Hepatite crónica activa Parasitose
Outros	Doença de Graves, policitémia primária ou secundária, hipervitaminose A, desnutrição, lúpus eritematoso sistémico. SIDA
Unilateral	Aneurisma da aorta ou da artéria subclávia Lesão do plexo braquial Trauma Sarcoidose

Coiloníquia

A coiloníquia caracteriza-se por uma unha fina e côncava, transversal e longitudinalmente, com os bordos evertidos, em forma de colher, de tal forma que são capazes de reter uma gota de água ^[2; 12]. Afecta vários dedos, particularmente os polegares,

sendo as unhas dos dedos dos pés as menos afectadas ^[10]. Os tecidos subungueais podem ser normais ou afectados pela hiperqueratose na margem lateral e/ou distal ^[15].



Fig. 4. Coiloníquia fisiológica (infância) ^[15]



Fig. 5. Coiloníquia em doente com anemia ferropénica ^[16]

Pode ser idiopática, hereditária ou familiar. Ainda não se compreende a razão do seu aparecimento, mas tem sido associada a várias doenças sistêmicas em que há deficiência em ferro ^[12]. Contudo, esta associação tem sido questionada em vários estudos, uma vez que a coiloníquia já foi descrita em casos de hemocromatose ^[2; 10]. De qualquer das formas, é mais habitualmente vista em simultâneo com anemia ferropénica ou síndrome de Plummer-Vinson ^[12; 15]. Este síndrome é mais frequente em mulheres, caucasianas, com idade entre os 40 e os 70 anos. Caracteriza-se por uma tríade clássica de disfagia, anemia ferropénica e membranas esofágicas, podendo ser acompanhada por glossite, queilite, coiloníquia e esplenomegália. Já foi descrito em associação a certas doenças do tecido conjuntivo, nomeadamente doença celíaca, patologia tiroideia e artrite reumatóide. É muito importante identificar os doentes com este síndrome, pois têm um risco aumentado de desenvolver carcinoma da faringe e do esófago ^[17].

Alguns autores defendem ainda, como causas de coiloníquia, uma dieta deficiente em proteínas, riboflavina, niacina ou vitamina C, acromegália, policitemia e hipertireoidismo, em que o aumento da taxa metabólica promove a exaustão gradual de aminoácidos estruturais. Já no caso de psoríase da unha, pode haver coiloníquia devido à pressão ascendente exercida pela hiperqueratose do leito ungueal [1; 2; 10]. Sendo assim, quando a queratose subungueal acompanha a coiloníquia, deve-se pensar em psoríase. Observam-se situações ocupacionais que também são responsáveis por esses dois sinais, tais como trabalhos que impliquem o manuseamento de cimento ou óleo (mecânicos) [15].

Quadro II. Causas de coiloníquia

Causas de coiloníquia
Idiopática
Fisiológicas: infância e adolescência, altas altitudes
Congénitas: displasia ectodérmica, síndrome unha-patela
Trauma e ocupacional
Hematológica: anemia hipocrômica (síndrome Plummer-Vinson), policitemia vera, anemia falciforme, pós-esplenectomia
Dermatose: psoríase, líquen plano, alopecia areata, doença de Darier, síndrome de Raynaud
Endócrina: tireotoxicose, hipotireoidismo, hemocromatose, acromegália, porfiria, deficiência em vitaminas C e B2
Outras: síndrome do túnel cárpico, escleroderma, onicomicose, sífilis

Unha em pinça

A unha em pinça, descrita por Cornelius e Shelley, é uma distrofia caracterizada por um aumento da curvatura transversa que aumenta ao longo do eixo longitudinal do prato ungueal, da região proximal para a região distal.

Este sinal surge na sequência do aumento da curvatura da matriz ungueal devido a alterações do tecido conjuntivo. As bordas laterais comprimem-se à volta dos tecidos moles, dando a imagem de pinça, sem contudo romper a epiderme^[2; 6].



Fig. 6. Unhas em pinça^[15]

As unhas em pinça podem ser apenas um achado, sem qualquer outro sintoma associado. Porém, ocasionalmente são acompanhadas de dor^[15]. Esta condição, quando adquirida, pode estar presente na psoríase, mas também tem sido encontrada em doentes a tomar bloqueadores β , com adenocarcinoma metastático do cólon, lúpus eritematoso sistémico e após doença de Kawasaki^[2].

Unhas em bico de papagaio

As unhas em bico de papagaio são assim chamadas devido a um aumento da curvatura longitudinal da unha^[10]. É uma situação muito semelhante aos dedos em baqueta de tambor, mas geralmente é num só dedo e sem alteração do ângulo de Lovibond^[14].



Fig. 7. Unhas em bico de papagaio^[15]

Pode ser uma variante fisiológica ou então uma consequência de traumas ou doenças sistêmicas, como a esclerose sistêmica ^[10; 18]. Em alguns casos não é visível, pois habitualmente os doentes aparam as unhas junto à linha de separação do leito ungueal ^[15].



Fig. 8. Unhas em bico de papagaio em doente com esclerose sistêmica ^[18]

Alterações da cor das unhas

Leuconíquia

Leuconíquia define-se como coloração branca, opaca, do prato ungueal. É a alteração de cor mais comum na unha ^[15]. Pode ter vários padrões: punctiforme, estriada, parcial e total. Quando causada por condições sistêmicas é, na maior parte das vezes, parcial ou total ^[2].



Fig. 9. Leuconíquia total ^[15]



Fig. 10. Leuconíquia proximal ^[13]

A leuconíquia total é uma situação rara, mais associada a colite ulcerosa, febre tifóide, cirrose e lepra ^[2; 12; 15]. Já no caso de ser parcial, há um arco rosado com 2 a 4 mm de largura,

distal à área branca ^[15]. Esta tem sido relacionada com tuberculose, nefrite, doença de Hodgkin, carcinoma metastático e lepra ^[2].

A leuconíquia punctiforme é o tipo de leuconíquia mais frequente e caracteriza-se por manchas de 1 a 3 mm de diâmetro, isoladas ou agrupadas, quase exclusivamente nas unhas dos dedos das mãos ^[8]. Pode ser apenas uma variante do normal ou estar associada a trauma ^[12]. Normalmente não está associada a doenças sistêmicas mas pode aparecer na psoríase ou na alopecia areata ^[8].

Por outro lado, a leuconíquia estriada ou transversa caracteriza-se por bandas transversas, opacas e brancas, com 1 ou 2 mm de largura, e que tendem a aparecer em uma ou em várias unhas e no mesmo sítio em unhas diferentes. Parece haver uma relação proporcional entre a largura da banda e a duração da doença ^[12]. As linhas de Mee são bandas transversas de leuconíquia, mas mais discretas, que envolvem toda a largura da unha. Estas bandas são paralelas ao contorno da lúnula e crescem com o prato ungueal ^[1; 8]. Medindo a distância da banda até à prega proximal ungueal é possível ter uma ideia da altura em que o insulto ocorreu ^[1]. Está tipicamente associada a intoxicação por arsénio, mas também já apareceu em casos de septicémia, aneurisma dissecante da aorta, insuficiência renal crónica, insuficiência cardíaca congestiva, doença de Hodgkin e ainda na pelagra (deficiência em niacina), baixos níveis de cálcio e hemocromatose ^[1; 2]. A leuconíquia transversa pode ocorrer após ciclos de quimioterapia e, nesses casos, os espaços entre as bandas correspondem aos intervalos entre os ciclos ^[8].



Fig. 11. Leuconíquia estriada ^[19]

Estes tipos de leuconíquia fazem parte da chamada leuconíquia verdadeira, pois as bandas estão mesmo depositadas no prato ungueal e não desaparecem com a pressão da porção distal do prato, ao contrário do que acontece na leuconíquia aparente ^[1]. Pensa-se que a leuconíquia verdadeira se deva a uma queratinização anormal da matriz ungueal, resultando em células que reflectem a luz e, conseqüentemente, numa unha branca que não permite a visualização do leito ungueal ^[8].

Quadro III. Causas de leuconíquia

Causas de leuconíquia	
Menstruação	Insuficiência cardíaca
Citostáticos, cortisona, sulfonamidas	Insuficiência renal aguda
Lepra	Insuficiência renal crónica
Malária	Doença de Hodgkin
Herpes zoster	Anemia falciforme
Tuberculose	Deficiência em proteínas
Trauma	Deficiência em zinco
Ocupacional	Pelagra
Tumores ungueais	Hipocalcémia
Psoríase	Intoxicação com arsénio
Alopécia areata	Intoxicação por monóxido de carbono
Pneumonia	

Na leuconíquia aparente, já há envolvimento do tecido subungueal e pode ser devida a dois mecanismos, onicólise e hiperqueratose subungueal ou modificação da matriz e/ou leito ungueal ^[15]. Neste quadro podem ser incluídas as linhas de Muehrcke, as unhas de Terry e unhas equisegmentadas.

As linhas de Muehrcke, localizadas no leito ungueal, são duas linhas brancas, paralelas à lúnula, com uma banda cor-de-rosa no meio. Como a lesão se situa no leito ungueal, não acompanha o crescimento da unha. Além disso, desaparece com a digitopressão sobre o prato

ungueal. Estão habitualmente associadas a hipoalbuminemia e tendem a desaparecer se essa situação for corrigida com uma infusão de albumina [2; 12]. Contudo, também têm sido associadas a estados de má nutrição e a síndrome nefrótica [1]. Pensa-se que a coloração branca se deve à hipoalbuminemia, pois esta provoca edema do tecido conectivo, abaixo da epiderme do leito ungueal, alterando a distribuição de colagénio [15].



Fig. 12. Linhas de Muehrcke [15]



Fig. 13. Linhas de Muehrcke por hipoalbuminemia [15]

As unhas de Terry são caracterizadas por uma descoloração branca da parte proximal do leito ungueal, deixando uma descoloração rosa acastanhada, com 0,5 a 3 mm de largura, na porção distal [1]. Essa banda pode ser irregular e normalmente envolve todas as de unhas [15]. Foi encontrada em casos de doentes com cirrose hepática, insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus nos adultos e VIH [2; 12; 20]. É também, em muitos casos, apenas um achado associado ao envelhecimento [21].



Fig. 14. Unhas de Terry [22]



Fig. 15. Unhas de Terry em doente com doença hepática e anemia [15]

Nas unhas equisegmentadas, também conhecidas por unhas de Lindsay, a porção proximal do leito ungueal é branca e a porção distal, que ocupa 20 a 60% do comprimento da unha, é rosa ou castanha avermelhada, existindo um grande contraste entre as duas zonas. É mais frequente em doentes com insuficiência renal crónica, mas já foi encontrado em doentes com doença de Kawasaki, cirrose hepática, deficiência em zinco, doença de Crohn e VIH [2; 15; 20].



Fig. 16. Unhas equisegmentadas [12]



Fig. 17. Unhas equisegmentadas em doente com insuficiência renal crónica [19]

Melanoníquia

Quando a unha contém uma banda, preta ou castanha, chama-se melanoníquia. Esta coloração pode ser localizada, difusa ou num padrão de banda longitudinal. A banda de melanina deve-se a um aumento localizado do número e/ou função de melanócitos na matriz. Estes encontram-se em maior número ($300/\text{mm}^2$) na porção distal da matriz, pelo que a maioria das lesões pigmentadas surge distalmente [15].



Fig. 18. Melanoníquia [2]



Fig. 19. Melanoníquia longitudinal múltipla na doença de Addison [15]

Pode ser um achado normal em pessoas com pele mais pigmentada, tais como os hispânicos, asiáticos e negros, ocorrendo em mais de 77% dos indivíduos de raça negra com mais de 20 anos. Porém, já foi associada a acantose nigricans, doença de Addison, síndrome de Peutz-Jeghers e SIDA [2; 12]. Num estudo efectuado em França, foi encontrada melanoníquia longitudinal em 14,8% dos doentes infectados com o VIH (vírus da imunodeficiência humana) [13]. A melanoníquia foi também descrita em doentes com desnutrição, deficiência em vitamina D e vitamina B12 e hemocromatose [1]. Deve ser sempre feita a distinção com melanoma subungueal, através de biopsia, sem esquecer os factores de risco, tais como idade superior a 50 anos, apenas um dedo afectado, extensão periungueal da pigmentação e aumento progressivo da largura da banda, com bordos indefinidos [12].

Quadro IV. Causas de melanoníquia

Causas de melanoníquia
Fármacos: antipalúdicos, citostáticos, antibióticos
Melanocítica: raça, nevo, hiperplasia melanocítica, melanoma, síndrome de Peutz-Jeghers
Endócrina: doença de Addison, doença de Cushing, patologia da tiróide
Outras: hematoma, hemocromatose, radioterapia, deficiência em vitamina B12, desnutrição, gravidez, síndrome do túnel cárpico, trauma

Cromoníquia amarela

Certos medicamentos induzem uma coloração amarela nas unhas. Conhece-se, como possíveis causadores, a penicilinamina, os antipalúdicos e as tetraciclina. Estas últimas são responsáveis por lúnulas fluorescentes e unhas amarelas em doentes com acne, com dose superior a 1 grama por dia. Outras causas são a icterícia e carotenémia. Convém, porém, ter em conta que os idosos podem ter, em condições normais, unhas com uma coloração amarelada [2]. Também na diabetes de longa duração é possível o aparecimento de coloração amarelada nas unhas, acompanhada de espessamento ungueal. Contudo, não é claro se a

diabetes apenas exacerba as alterações ungueais associadas com o envelhecimento ou vice-versa^[11].

A síndrome da unha amarela é uma condição rara de etiologia desconhecida, inicialmente descrita em 1964 por Samman et White^[2; 23]. A sua patogénese parece relacionar-se a uma drenagem linfática insuficiente. Outros investigadores associaram-na a perda de proteínas devido a um aumento da permeabilidade microvascular^[2; 24]. Caracteriza-se por unhas com uma velocidade de crescimento lenta, inferior a 0,2 mm por semana, descoloração amarela esverdeada, que obscurece a lúnula, e aumento da curvatura lateral. Além disso, as unhas não têm lúnula visível, os pratos ungueais dificilmente atingem a ponta dos dedos e há espessamento do prato ungueal e hiperqueratose subungueal^[10]. Também pode ocorrer paroníquia, pois é comum a perda da cutícula, e, mais tarde, onicólise^[12]. Foi descrita uma tríade clínica que inclui unhas amarelas, linfedema e manifestações respiratórias, sobretudo derrames pleurais. Há autores que defendem que, para estabelecer o diagnóstico da síndrome da unha amarela, é necessário existir dois desses critérios. Por outro lado, outros autores referem que a distrofia ungueal característica devia ser o critério absoluto. As alterações ungueais normalmente precedem as alterações pulmonares e o linfedema. As manifestações pulmonares incluem, além dos derrames pleurais, bronquiectasias, sinusite crónica, tosse crónica e pneumonia recorrente^[20; 24].



Fig. 20. Síndrome da unha amarela^[25]

Alguns autores classificaram este síndrome como uma doença hereditária, autossómica dominante. Contudo, até à data a associação não está comprovada ^[24]. Por outro lado, há muitos casos desta síndrome associada a variadas doenças sistémicas, nomeadamente a artrite reumatóide, SIDA, tuberculose, diabetes mellitus, carcinoma da mama e da vesícula, síndrome nefrótica e doenças da tiróide ^[10; 24].

Lúnula vermelha

A lúnula vermelha define-se como eritema da lúnula, parcial ou total, que pode afectar todos os dedos, mas é mais proeminente nos polegares ^[2]. Pode ser classificada em três tipos: completa, incompleta e em manchas. A sua fisiopatologia ainda é desconhecida. Foram propostos possíveis mecanismos como o aumento do fluxo sanguíneo, a dilatação venosa, o aumento da aderência do prato ungueal e alterações da matriz ungueal ^[9].

Este achado tem sido descrito em casos de alopecia areata, medicação com prednisolona na artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistémico, polimialgia reumática, osteoartrite, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica, cirrose, urticária crónica, psoríase e intoxicação por monóxido de carbono ^[9; 10; 12]. De facto, a lúnula vermelha, inicialmente descrita por Jorizzo et al. em 1983, é muito característica da artrite reumatóide ^[26].

Cromoníquia azul

A cromoníquia azul, pigmentação azulada da unha, é, na maior parte das vezes, causada por medicamentos. A minociclina raramente é a responsável, provocando uma descoloração azul acinzentada da unha, mas que não atinge a lúnula. Normalmente está

associada a pigmentação cutânea, esclerótica e mucosa. Também o uso prolongado de anti-palúdicos pode estar relacionado, contudo desconhece-se o mecanismo subjacente. No caso de agentes citotóxicos, como a ciclofosfamida, podem surgir estrias, longitudinais ou transversas, com uma coloração azul acastanhada. Foram ainda descritas situações semelhantes 2 a 12 meses após tratamento com azidotimidina e em indivíduos com infecção por VIH, principalmente em casos de SIDA avançada.



Fig. 21. Cromoníquia azul ^[22]

Outra situação de cromoníquia azul pode aparecer em doentes com argiria. A lúnula fica azul e há uma pigmentação azul em áreas expostas e nas mucosas. Habitualmente, as unhas dos pés são poupadas. Actualmente, esta situação deve-se à ingestão de suplementos dietéticos com prata, exposições ocupacionais e uso excessivo de preparações tópicas de prata. A exposição à luz reduz os sais de prata a pigmentos de cor preta, daí a distribuição em áreas mais expostas ^[10]. Contudo, a exposição à luz não é uma condição determinante no seu aparecimento.

Além da argiria, a lúnula também tem uma coloração azulada na doença de Wilson, onde há uma sobrecarga de cobre ^[1].

Alterações do tamanho das unhas

Macroníquia e microníquia

A macroníquia e a microníquia são condições em que a unha é considerada demasiado grande ou demasiado pequena em comparação com as outras unhas. A sua existência é comum em doenças endócrinas, nomeadamente na acromegália. No caso da microníquia, não se tem a certeza se é microníquia verdadeira ou se é devida à hipertrofia dos tecidos moles dos dedos^[2; 11].

A macroníquia, associada a macrodactilia, foi descrita em casos de neurofibromatose, esclerose tuberosa e trissomia 21. A microníquia é muito comum em doenças genéticas, incluindo a displasia ectodérmica. Pode ser apenas aparente na paroníquia crónica e na síndrome de Turner. Ocorre também durante o desenvolvimento embrionário, sendo secundária à toma de varfarina e de álcool^[10].



Fig. 22. Macroníquia e macrodactilia em doente com neurofibromatose^[15]



Fig. 23. Microníquia na síndrome unha-patela^[15]

Braquioníquia

Braquioníquia, ou unhas curtas, caracteriza-se por um aumento da largura do prato e do leito ungueais, relativamente ao seu comprimento. Ocorre isoladamente ou em associação a um encurtamento da falange terminal. Pode ser uma situação hereditária ou adquirida^[10].

Caso seja um defeito hereditário, é conhecido como “polegar em raquete”, mas pode afectar todas as unhas. Neste caso, as epífises estão obliteradas por volta dos 7 -10 anos, quando o normal é fecharem só a partir dos 13-14 anos. Contudo, o crescimento do perióstio continua, dando assim origem a um polegar com unha em forma de raquete^[15].



Fig. 24. Polegares em raquete^[15]

Dentro das situações adquiridas incluem-se a artropatia psoriática, o hiperparatiroidismo, devido à reabsorção óssea, e a acrosteólise^[10]. No hiperparatiroidismo, estas alterações nas unhas surgem devido à acrosteólise das falanges distais que, por sua vez, se deve à mobilização de cálcio^[11].



Fig. 25. Braquioníquia associada a artropatia psoriática^[15]



Fig. 26. Braquioníquia associada a hiperparatiroidismo^[15]

Doliconíquia

A condição em que as unhas têm o comprimento muito maior do que a largura é conhecida por doliconíquia. Já foi descrita em casos de síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan e hipopituitarismo^[10; 15].



Fig. 27. Doliconíquia^[15]

Alterações da superfície das unhas

Sulcos longitudinais

A superfície das unhas pode apresentar estrias longitudinais. Nos idosos é uma situação normal, habitualmente devido a baixa ingestão hídrica e de alimentos^[1]. Contudo, se, além disso, a unha for fina, frágil, áspera e com uma opacidade acinzentada e sem brilho já estamos perante traquioníquia^[2; 8].



Fig. 28. Linhas longitudinais normais^[15]



Fig.29. Linhas longitudinais associadas ao envelhecimento^[15]

Esta condição pode resultar da acção de químicos mas, por outro lado, pode ser idiopática, congénita ou adquirida ^[15]. Estas alterações podem ocorrer em todas as unhas, passando a chamar-se distrofia das vinte unhas. Tem sido associada a alopecia areata, psoríase, dermatite atópica e líquen plano. A traquioníquia pode ainda ser encontrada em doentes com vitiligo ^[2; 8].



Fig. 30. Distrofia de 20 unhas ^[15]



Fig.31. Traquioníquia e alopecia areata ^[15]

Quadro IV. Causas de traquioníquia

Causas de traquioníquia	
Comuns	Idiopática (distrofia de 20 unhas) Dermatoses: alopecia areata, líquen plano, eczema, psoríase (rara)
Menos comuns	Congénita Amiloidose sistémica Deficiência em IgA

O termo onicorrexia refere-se a estrias longitudinais superficiais, juntamente com cisão a nível distal ^[8]. Apesar de normalmente estar associada ao processo de envelhecimento, também tem sido relacionada com artrite reumatóide, anemia ferropénica, intoxicação por arsénio e deficiência em zinco ^[1].



Fig. 32. Onicorrexia ^[25]

Sulcos transversais

Há dois tipos de alterações transversais, as que se localizam no prato ungueal e as que estão no leito ungueal. As lesões do prato ungueal não se alteram se se aplicar pressão, ao contrário das lesões do leito ungueal. Em caso de condições sistémicas ou endógenas, as lesões acompanham a forma e o contorno da lúnula. Por outro lado, nas condições exógenas, as lesões acompanham a forma e o contorno da prega ungueal proximal^[12].

Depressões transversas que se estendem de um lado ao outro da unha chamam-se linhas de Beau^[15]. Em 1846, Beau descreveu sulcos transversos no prato ungueal, bilaterais, como manifestação de febre tifóide e outras doenças sistémicas agudas. Na forma clássica todas as unhas estão afectadas, aproximadamente 4 a 8 semanas depois da doença aguda. A sua patogenia envolve uma diminuição transitória da actividade mitótica da matriz^[8].

As linhas de Beau estão presentes no prato ungueal, tendo início na matriz e progredindo no sentido distal à medida que a unha cresce. Podem ser bilaterais ou unilaterais^[12]. É possível estimar a data em que ocorreu a agressão da matriz, ao medir a distância do sulco à prega ungueal proximal e tendo em conta a normal taxa de crescimento das unhas^[1]. A unha do polegar dá informações dos 6 meses anteriores, enquanto a unha do halux reflecte os últimos 2 anos^[8]. A largura dos sulcos representa a duração da doença que afectou a matriz. O limite distal dos sulcos, se abrupto, é indicador de uma doença com início súbito^[15]. Caso seja uma doença que evolui por crises há a formação de múltiplos sulcos. O tempo decorrido entre as crises pode ser calculado medindo o espaço entre os sulcos^[12]. O mesmo se aplica ao tratamento com medicamentos que induzem linhas de Beau, nomeadamente os citostáticos^[8]. Se a duração da doença inibir a actividade da matriz durante 1 a 2 semanas, por exemplo, a depressão transversa levará a uma divisão total do prato ungueal, conhecida por onicomadese.

Esta pode ficar latente durante várias semanas, pois a unha adere firmemente ao leito ungueal

[8; 15]



Fig. 33. Linhas de Beau associadas a quimioterapia [22]



Fig. 34. Linhas de Beau em doente com deficiência em zinco [15]

As linhas de Beau são muito comuns mas inespecíficas para doenças sistémicas [12]. Causas possíveis para o aparecimento destas linhas são: deficiência em zinco, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Lyell e medicamentos citostáticos [15]. Também foram associadas a défice proteico, hipocalcémia, alcoolismo crónico e intoxicação por arsénio [1]. Porém, as linhas de Beau podem ser fisiológicas, sendo comum surgirem com cada ciclo menstrual.

Quando apenas alguns dedos estão afectados, pode ser sinal de trauma, síndrome do túnel cárpico e eczema crónico. Perante uma condição crónica, as linhas são numerosas e curvilíneas. Sulcos transversais paralelos podem ser, também, um sinal isolado de psoríase [15].

Quadro VI. Causas de linhas transversais

Causas de linhas transversais	
Comuns	Menos comuns
Fisiológicas (RN, menstruação)	Hipoparatiroidismo
Trauma	Citostáticos
Síndrome de túnel cárpico	Sífilis
Doença de Raynaud/acrocianose	Síndrome de Stevens-Johnson
Febre alta	Síndrome de Kawasaki
	Síndrome de Lyell

Picotado ungueal

As unhas podem apresentar depressões punctiformes, de tamanho, forma e número variáveis, que têm origem em focos paraqueratóticos da matriz proximal que perturbam o processo de queratinização ^[4]. Já foram observadas em casos de psoríase, alopecia areata, líquen plano inicial, artrite reumatóide, artrite psoriática, eczema crônico, sífilis, síndrome de Reiter e sarcoidose. Ocasionalmente também pode ser um achado em pessoas saudáveis ^[2; 8; 12].

A profundidade e a largura das depressões relacionam-se com a extensão de matriz envolvida. O seu comprimento é determinado pela duração do insulto. A distribuição pode ser aleatória ou seguindo um determinado padrão ^[15]. Estas depressões são a manifestação mais comum da psoríase. Costumam ser mais profundas e irregulares. Estabeleceu-se que a existência de mais de 20 depressões sugere o diagnóstico de psoríase. Já no caso de serem depressões superficiais é mais provável tratar-se de um caso de alopecia areata ^[8].



Fig. 35. Picotado ungueal associado a alopecia areata ^[15]



Fig. 36. Picotado ungueal em doente com psoríase ^[4]

Quadro VII. Causas de picotado ungueal

Causas de picotado ungueal	
Comuns	Eczema, alopecia areata, psoríase Trauma, ocupacional
Menos comuns	Idiopático, Síndrome de Reiter, líquen plano Sarcoidose, sífilis secundária

Unhas em lágrima

As unhas apresentam depressões em forma de gota de lágrima no prato ungueal. É comum nos idosos mas também podem surgir em associação com artrite reumatóide e esclerose sistêmica [8; 20]. São causadas por isquemia ou inflamação, originando uma taxa de crescimento irregular da matriz proximal [18].

Onicosquizia

A onicosquizia caracteriza-se por separação em camadas transversais perto da borda livre das unhas, o que resulta em descoloração. Está raramente associada a doenças sistêmicas mas já foi descrita juntamente com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e com o glucagonoma [2; 13]. Se ocorrer na porção proximal da unha pode estar relacionado com psoríase e líquen plano [15].



Fig. 37. Onicosquizia [15]

Unhas frágeis

É uma anormalidade heterogênea caracterizada por aumento da fragilidade do prato ungueal. As características clínicas desta síndrome são a onicosquizia e a onicorrexia. Esta condição é mais comum devido a factores exógenos como a imersão frequente em água,

contacto com produtos químicos e traumatismos. Contudo, algumas doenças sistêmicas também podem causar estes sinais. É o caso do hipopituitarismo, hipotiroidismo, hipoparatiroidismo, acromegália, diabetes mellitus, gota, osteoporose e desnutrição^[2].



Fig.38. Unhas frágeis em doente com hipotiroidismo^[11]

Hapaloníquia é um termo usado para unhas moles em que não existe uma causa específica local. Tem sido associada a artrite crónica, hipotiroidismo, isquémia periférica e hemiplegia^[15]. Além disso, foi descrita em casos de anemia hipocrômica, intoxicação por arsénio, deficiência em vitamina A, B6 (piridoxina), C e D e hipocalcémia. Esta condição é mais frequente em pessoas do sexo feminino e com idade avançada^[1].



Fig. 39. Hapaloníquia em doente com isquémia periférica^[15]

Hemorragias filiformes

As hemorragias filiformes correspondem a extravasamentos de sangue ao longo dos vasos do leito ungueal^[12]. Têm um padrão linear devido à orientação longitudinal dos capilares. Clinicamente, são visíveis riscas lineares, normalmente no terço distal do prato ungueal, inicialmente de cor arroxeadada que, um a dois dias depois, passam a ter uma cor mais

acastanhada. Surgem com mais frequência no polegar, indicador e médio ^[15]. Acompanham o crescimento da unha e não desaparecem com a digitopressão ^[12]. São mais frequentes em indivíduos do sexo masculino e de raça negra ^[15].



Fig. 40. Hemorragias filiformes ^[15]

A causa mais comum para o aparecimento destas hemorragias é o traumatismo, mas também se podem dever a causas sistêmicas, dermatológicas, idiopáticas e medicamentosas. A endocardite bacteriana é a doença sistêmica mais frequentemente mencionada na literatura. Deve suspeitar-se de endocardite bacteriana se as hemorragias aparecerem simultaneamente em múltiplas unhas ^[12]. Além disso, pode haver dor associada, uma vez que resultam da obstrução de capilares por microêmbolos sépticos ^[10]. Outras doenças sistêmicas onde já se encontraram estas lesões são a síndrome dos anticorpos antifosfolípidos, triquinose, hepatite e esclerose sistêmica ^[12;20]. Também já foram associadas a hemocromatose e escorbuto ^[1].



Fig. 41. Hemorragias filiformes associadas a endocardite bacteriana ^[15]

Este tipo de hemorragias pode ocorrer em mais de 25% da população sem qualquer doença sistêmica ou dermatose associada e, ainda, em 16% dos idosos. Nestes casos, o mais provável, é ser uma hemorragia de etiologia traumática^[10].

Quadro VIII. Causas de hemorragias filiformes

Causas de hemorragias filiformes	
Idiopático	Artrite reumatóide, fenómeno de
Ocupacional, trauma	Raynaud, sarcoidose, lúpus
Tetraciclina	eritematoso sistémico
Psoríase, onicomicose, eczema,	Endocardite bacteriana,
doença de Darier, pitiríase rubra	crioglobulinémia, síndrome de
Hemodiálise, diálise peritoneal	anticorpos antifosfolípidos, doença
Hemocromatose, cirrose	de Behçet
Tirotoxicose, hipoparatiroidismo,	Embolia arterial, discrasias
diabetes mellitus	sanguíneas (anemia severa,
Estenose mitral, hipertensão arterial	trombocitopenia)

Alterações da aderência das unhas

Onicólise

A onicólise consiste na separação espontânea do prato ungueal do leito ungueal, a nível distal e/ou lateral, progredindo no sentido proximal^[2; 12; 15]. Apesar disso, a unha tem uma aparência normal, sem sinais de inflamação. Pode, ocasionalmente, desenvolver uma descoloração secundária a contaminação do espaço aberto abaixo do prato ungueal, tanto por *Pseudomonas* sp. como por *Candida* sp^[12].

A extensão da onicólise vai aumentando progressivamente e pode ser estimada medindo a distância que vai desde o limite distal da lúnula até ao limite proximal do descolamento^[15].

A onicólise é mais frequente no sexo feminino, provavelmente secundária a trauma, relacionado, na maior parte das vezes, com trabalhos domésticos ou manicure^[12]. No entanto, tem sido observada em associação a muitas doenças sistêmicas, como é o caso de hipertiroidismo (também conhecida por “unha de Plummer”), hipotiroidismo, porfiria, sífilis e pelagra. Porém, é um sinal inespecífico. Outra causa comum é o uso de medicação sistémica, nomeadamente quimioterapia, e o lúpus eritematoso sistémico, sendo a onicólise o sinal mais frequente^[2; 12; 26]. A unha de Plummer consiste no aparecimento de onicólise, habitualmente, no quarto ou quinto dedo. Nakatsui, nos seus estudos, sugere que, na presença de doentes com onicólise inexplicada, deve ser feito o despiste de doença tiroideia assintomática^[11]. A amiloidose sistémica primária também pode causar onicólise que, normalmente, é acompanhada de unhas quebradiças, estrias e espessamento subungueal^[20]. Outras causas possíveis, mas menos descritas, são a anemia ferropénica e a síndrome de Cronkhite-Canada, uma síndrome rara não familiar caracterizada por alterações do epitélio do tracto gastrointestinal e da epiderme^[1].



Fig. 42. Onicólise com descoloração verde devido a *Pseudomonas*^[15]



Fig. 43. Onicólise^[2]

A onicólise nas unhas dos dedos do pé apresenta algumas diferenças. Principalmente pela falta de factores ocupacionais, uso reduzido de cosméticos e maior protecção devido ao calçado. As principais causas, neste caso, são a onicomicose e os traumatismos ^[15].

Quadro IX. Causas de onicólise

Causas de onicólise
Idiopática
Sistémica: anemia ferropénica, carcinoma do pulmão, lúpus eritematoso sistémico, pelagra, sífilis (secundária e terciária), patologia da tiróide (hipotiroidismo, hipertiroidismo), síndrome da unha amarela, amiloidose sistémica
Cutânea: psoríase, síndrome de Reiter, líquen plano, alopecia areata, dermatite atópica
Outras: gravidez, isquémia periférica, esclerodermia

Onicomadese

A separação proximal do prato ungueal da matriz subjacente designa-se onicomadese. Este processo corresponde ao grau extremo das linhas de Beau, surgindo da suspensão severa do crescimento da matriz ungueal ^[8]. Inicialmente pode ser visível um defeito na superfície da unha que, normalmente, não envolve as camadas mais profundas ^[15]. Pode ficar latente durante semanas até se dar o descolamento.



Fig. 44. Onicomadese ^[1]



Fig. 45. Onicomadese ^[15]

A onicomadese pode ser devida a doenças sistêmicas, stress psicológico, citostáticos e paroníquia aguda ^[8]. É comum o seu aparecimento na sequência de alterações neurovasculares, como episódios repetidos de hipocalcémia ou hipocalcémia crónica com espasmo arteriolar. Consequentemente há separação abrupta do prato ungueal, manifestando-se clinicamente como onicomadese. Outras situações associadas são a intoxicação por arsénio e por chumbo ^[1].

A perda total da unha pode ocorrer devido a dano permanente da matriz consequente a traumatismos, ou estádios tardios de líquen plano, ou quando há uma deficiente circulação periférica ^[15].

Quadro X. Causas e associações a onicomadese

Causas e associações a onicomadese
Inflamação local
Síndrome de Kawasaki
Sífilis
Síndrome de Stevens-Johnson
Síndrome de Lyell
Fármacos: citostáticos, antibióticos, retinóides
Trauma local
Síndrome da unha amarela

Pterígio ungueal

O pterígio da unha, ou pterígio dorsal, caracteriza-se pela formação de uma banda fibrótica central e extensão da cutícula sobre o prato ungueal, acabando por dividir a unha em duas partes. Esta banda surge frequentemente a partir da prega ungueal proximal. O atingimento total da matriz e do leito ungueal leva à perda total do prato ungueal, com atrofia permanente e cicatrizes. É característico do líquen plano e, menos frequentemente, de

isquemia vascular periférica [2; 15]. Não é comum mas já foi encontrado na doença enxerto contra hospedeiro [2].



Fig. 46. Pterígio dorsal [20]

O pterígio ungueal inverso, também conhecido como pterígio ventral, ocorre quando a pele próxima do hiponíquio adere ao prato ungueal, eliminando o sulco distal e progredindo em sentido proximal. Pode afectar toda a unha ou só uma parte, e uma ou várias unhas. A pele na porção distal atrofia, por oclusão do fluxo vascular. Este sinal está normalmente associado a doenças dos tecidos conjuntivos, em particular a esclerose sistémica progressiva, associada ao fenómeno de Raynaud, e o lúpus eritematoso sistémico [12; 15; 18]. Na maior parte dos casos é assintomático, mas pode ser acompanhado de dor [6].

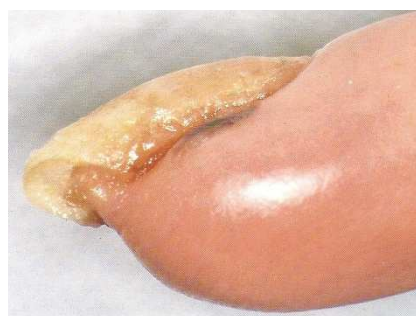


Fig. 47. Pterígio ventral [15]

Quadro XI. Causas de pterígio

Causas de pterígio	
Dorsal	Ventral
Congénito	Congénito
Queimaduras	Familiar
Líquen plano	Idiopático, trauma
Doença de Raynaud	Neuropatia periférica
Doença vascular periférica	Doença de Raynaud
Doença enxerto contra hospedeiro	Esclerose sistémica

Outras alterações

Cutículas irregulares

Em determinadas situações, nomeadamente nas doenças do tecido conjuntivo como a esclerose sistémica, as cutículas estão ásperas e irregulares. Já na dermatomiosite e no lúpus eritematoso sistémico, as cutículas estão hiperqueratósicas^[20]. É frequentemente observado em simultâneo com telangiectasias periungueais, sendo conhecido como sinal da manicure na dermatomiosite^[27].



Fig. 48. Cutículas irregulares e eritema periungueal em doente com dermatomiosite^[15]

Conclusões

As unhas são muitas vezes ignoradas num exame físico, porém, há diversas doenças sistémicas que podem provocar alterações subtis nas unhas. É, por isso, extremamente importante que as unhas sejam alvo de uma avaliação minuciosa a fim de não fazer um diagnóstico erróneo.

Existe uma miríade de sinais que podem ser associados a várias doenças, locais ou sistémicas. Em certas patologias é frequente o aparecimento de dedos em baquetas de tambor, leuconíquia, unhas frágeis, onicólise, picotado ungueal, entre outros. Contudo, é de realçar que alguns destes sinais podem ser apenas uma variante fisiológica e, por essa razão, deve-se ter sempre em conta todo o contexto em que o doente se apresenta, desde a anamnese aos antecedentes pessoais e familiares.

BIBLIOGRAFIA

1. Cashman MW, Sloan SB (2010) Nutrition and nail disease. *Clinics in Dermatology* 28: 420-425.
2. Azevedo-e-Silva MC, Carneiro SC, Ramos-e-Silva M (2008) Hair, nail, and pigment changes in major systemic disease. *Clinics in Dermatology* 26: 296-305.
3. Shearn MA (1978) Nails and systemic disease. *West J Med* 129: 358-363.
4. Jiaravuthisan MM et al (2007) Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol* 57: 1-27.
5. Johnson WR, Wegener EE (2010) Identification of common nail and skins disorders. *J Hand Ther.* 23: 187-198.
6. Achten G, Parent D (1983) The normal and pathologic nail. *International Journal of Dermatology* 22: 556-565.
7. Fistarol SK, Itin PH (2002) Nail changes in genodermatoses. *European Journal of Dermatology* 12: 119-128.
8. Goodman GJ, Howard A, Nicolopoulos J (2002) Diseases of the generative nail apparatus. Part I: nail matrix. *Australasian Journal of Dermatology* 43: 81-92.
9. Barta U et al (1999) Lupus erythematosus-associated red lunula. *J Am Acad Dermatol* 41: 419-421.
10. Goodman GJ, Howard A, Nicolopoulos J (2002) Diseases of the generative nail apparatus. Part II: nail bed. *Australasian Journal of Dermatology* 43: 157-170.
11. Rich P (2002) Nail changes due to diabetes and other endocrinopathies. *Dermatologic Therapy* 15: 107-110.
12. Daniel III CR, Zaiac MN (2002) Nails in systemic disease. *Dermatologic Therapy* 15: 99-106.
13. Cribier B et al (1998) Nail changes in patients infected with Human Immunodeficiency Virus. *Arch Dermatol* 134: 1216-1220.
14. English III JC, Spicknall KE, Zirwas MJ (2005) Clubbing: an update on diagnosis, differential diagnosis, pathophysiology, and clinical relevance. *J Am Acad Dermatol* 52: 1020-1028.
15. Baran R, Barth JH, Dawber R (1991) Nail disorders. Common presenting signs, differential diagnosis and treatment. London : Martin Dunitz.
16. Takahashi T, Yamashita K (2010) Incidence of koilonychia and atrophy of the lingual papillae in a patient with iron-deficiency anemia. *International Journal of Hematology* 91: 161-162.
17. Novacek G (2006) Plummer-Vinson syndrome. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 1.

18. Scher RK, Sherber NS, Wigley FM (2007) Autoimmune disorders: nail signs and therapeutic approaches. *Dermatologic Therapy* 20: 17-30.
19. Fawcett R, Linford S, Stulberg D (2004) Nail abnormalities: clues to systemic diseases. *American Family Physician*. 69: 1417-1424.
20. Bergfeld WF, Harrison S (2009) Diseases of the hair and nails. *Med Clin N Am* 93: 1195-1209.
21. Ariga M et al (2008) Terry's nails as a part of aging. *Inter Med* 47: 567-568.
22. Johnson RA, Wolff K (2009) Color atlas and synopsis of clinical dermatology. 6h edition: McGraw-Hill.
23. Dupond A et al (2000) Manifestations unguéales des maladies générales. *La Revue du Praticien* 50: 2236-2240.
24. Maldonado F et al (2008) Yellow nail syndrome: analysis of 41 consecutive patients. *Chest* 134: 375-381.
25. Allevato M (2010) Diseases mimicking onychomycosis. *Clinics in Dermatology* 28: 164-177.
26. Tosti A (1991) The nail apparatus in collagen disorders. *Seminars in Dermatology* 10: 71-76.
27. Bueno A et al (2010) Atualização em dermatomiosite. *Rev Bras Clin Med* 8: 434-439.