



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANDRÉ MACEDO RIBEIRO

Retroníquia: etiopatogenia, clínica e tratamento

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE DERMATOLOGIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

DRA. ANA BRINCA

DR. RICARDO VIEIRA

MARÇO/2020

Retroníquia: etiopatogenia, clínica e tratamento

Retronychia: etiopathogenesis, clinical aspects and treatment

ANDRÉ MACEDO RIBEIRO¹

DRA ANA BRINCA²

DR RICARDO VIEIRA³

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

² Serviço de Dermatologia - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Portugal

³ Serviço de Dermatologia - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico: andremribeiro.95@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO	3
Palavras-chave.....	3
ABSTRACT.....	3
Keywords.....	3
INTRODUÇÃO.....	4
MATERIAIS E MÉTODOS.....	4
ETIOPATOGENIA.....	4
CLÍNICA.....	6
TRATAMENTO.....	9
CONCLUSÃO.....	11
AGRADECIMENTOS	12
BIBLIOGRAFIA.....	13

RESUMO

Retroníquia é uma condição clínica inflamatória provocada pela incorporação posterior da placa ungueal proximal sobre a prega ungueal proximal, causando dor, inflamação da prega ungueal proximal com vários graus de tecido de granulação e onicólise distal. O caso mais reportado é do envolvimento do hálux unilateralmente, normalmente provocado por episódios repetidos de microtraumatismo. O seu diagnóstico consiste fundamentalmente na tríade: interrupção do crescimento ungueal longitudinal, espessamento da porção proximal e inflamação crônica da prega proximal. O recurso a ecografia para apoio no diagnóstico é altamente recomendado em casos de dúvida. Quanto à terapêutica, a avulsão cirúrgica mantém-se como o tratamento standard, contudo a abordagem escolhida deve ter em conta o grau de gravidade, podendo existir casos em que abordagens iniciais mais conservadoras possam apresentar maior benefício.

Palavras-chave: Retroníquia, Onicólise, Microtrauma, Avulsão

ABSTRACT

Retronychia is a clinical inflammatory condition resulting from the posterior embending of the proximal nail plate over the proximal nail fold causing the development of pain, varying degrees of proximal nail fold inflammation with granulation tissue and distal onycholysis. The most reported case is the one involving the hallux unilaterally, usually caused by repeated episodes of microtrauma. Its diagnosis consists of the triad: interruption of longitudinal nail growth, thickening of the proximal portion of the nail and chronic inflammation of the proximal nail fold. The use of ultrasound to support the diagnosis is highly recommended in cases of doubt. As for therapy, surgical avulsion remains the standard treatment, however the approach chosen should always take into account the degree of severity of the injury. There may be cases in which a more conservative initial approach could be more beneficial.

Keywords: Retronychia, Onycholyses, Microtrauma, Avulsion.

INTRODUÇÃO

A retroníquia é caracterizada pela incorporação posterior da placa ungueal proximal na prega ungueal proximal que, se não tratada, resulta na acumulação de múltiplas (normalmente 2 a 4) placas ungueais distróficas sobrepostas umas sobre as outras que, por sua vez, despoletam um processo inflamatório na prega proximal caracterizado por dor, edema e vários graus de tecido de granulação reativo.

Tendo sido pela primeira vez descrita por De Berker e Renall em 1999(1), trata-se de uma condição clínica relativamente recente, ainda bastante subdiagnosticada. Normalmente, afeta jovens adultos com maior preponderância para o sexo feminino.(2,3)

Com esta revisão, pretende-se fornecer uma avaliação global e atualizada desta patologia permitindo à comunidade médica a aquisição de um conhecimento mais aprofundado acerca da etiologia, fisiopatologia e clínica da mesma. Deste modo, pretende-se também aperfeiçoar o seu processo de diagnóstico e tratamento, com a finalidade de evitar uma série de complicações secundárias para o doente, resultantes de um diagnóstico tardio e terapêuticas inadequadas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para este trabalho foram consultadas as fontes bibliográficas PubMed/MEDLINE e Medscape. Numa primeira fase, a pesquisa concentrou-se em artigos de revisão sobre a retroníquia na sua globalidade. Foi usado como palavras chave na pesquisa: *retronychia*, *ingrown nail*, *paronychia*, *nail avulsion*. Posteriormente, fez-se uma pesquisa mais específica, que incluiu *case reports* e estudos retrospectivos sobre a epidemiologia, a etiopatogenia, a clínica, o diagnóstico diferencial, o diagnóstico e o tratamento da doença. Foi dada preferência a trabalhos em inglês publicados entre 2010 e 2019. Foram igualmente incluídos artigos anteriores a 2010 considerados relevantes na análise deste tema.

ETIOPATOGENIA

Com o avanço do tempo, temos vindo a conhecer cada vez melhor a patogenicidade desta condição, contudo, esta ainda não é totalmente clara, como é o caso de outras condições patológicas da unha, nomeadamente a onicomadese e a formação de linhas de Beau.(4)

Na retroníquia, o alinhamento da unha em relação ao eixo longitudinal é interrompido, levando ao início de um ciclo contínuo de formação de novas placas ungueais incapazes de crescer distalmente. O traumatismo agudo, ou mais frequentemente micro-traumatismos repetidos provocados por alguns tipos de desportos ou uso de calçado apertado, têm sido sugeridos como a principal causa desta condição.(5) Este tipo de traumatismos provoca o desenvolvimento de onicólise distal que torna a unha suscetível de ser empurrada e pressionada contra a prega proximal, lesionando-a.(6) Sendo a prega ungueal proximal responsável pela proteção da matriz ungueal e pela fixação da unha ao leito ungueal (juntamente com as duas pregas laterais) (7), é esperado que, se saudável, e, em conjunto com as restantes estruturas supracitadas, permita o crescimento longitudinal normal da unha. Contudo, na retroníquia, devido ao desenvolvimento de onicólise distal e consequente lesão contínua da prega proximal, ocorre a interrupção da continuidade entre a matriz ungueal e a unha. Por conseguinte, a cessação da produção da unha, resulta na formação de uma nova placa ungueal subjacente à antiga. A nova placa, devido à incapacidade de empurrar distalmente a antiga, que ainda se encontra parcialmente ligada ao leito, pressiona-a na direção da porção ventral da prega proximal perpetuando a lesão da mesma. Este processo culmina com a acumulação de múltiplas camadas de placas ungueais (habitualmente 2 a 4) e com a incorporação progressiva da unha mais superficial na prega proximal, provocando a inflamação crónica e persistente dos tecidos periungueais.(8) Assim, ao contrário do que era defendido por De Bercker et al.(4), a onicólise aparenta ter um papel fundamental na formação da retroníquia.(3,6)

A maior parte dos casos reportados associam o desenvolvimento de retroníquia a episódios de microtraumatismos repetidos, habitualmente causados por algum tipo de desporto (como corrida, caminhadas longas, dança), calçado apertado ou unhas longas(4,9–11). A outra causa mais reportada é o episódio esporádico por traumatismo do dedo (esmagamento, queimaduras, cirurgia da unha prévia).(2) Na literatura também são descritos alguns casos de desenvolvimento de retroníquia devido a doenças sistémicas (por exemplo artrite).(4,8,12) Num estudo retrospectivo, realizado por Gerard E et al.(13), tendo em conta que 27% dos casos por eles avaliados possuíam retroníquia bilateral e obtiveram uma taxa de recidiva pós terapêutica cirúrgica de 16%, os autores defendem a hipótese de existir uma pré disponibilidade morfológica ou uma deformidade constitucional da placa ungueal, por exemplo uma curvatura acentuada da porção distal da unha que provoca uma pressão exagerada da porção proximal contra a prega proximal.(13)

CLÍNICA

A retroníquia apresenta uma clínica diversificada tendo em conta fundamentalmente o grau de severidade e o local (unha do pé ou mão) da lesão. Normalmente, os dedos dos pés são os mais afetados, sendo o hálux unilateralmente o caso mais reportado. Manifesta-se habitualmente por: dor local, dificuldade na marcha (se dedo do pé afetado), eritema, edema e exsudato na prega ungueal proximal, tecido de granulação por baixo da cutícula, xantoníquia, hiperqueratose proximal, leuconíquia superficial, onicólise distal, hemorragia subungueal e linhas de Beau.(3,4,6,8,10,13,14) (Fig. 1, 2 e 3)



Figura 1 – Retroníquia do hálux esquerdo. Notar a inflamação da prega ungueal proximal e o tecido de granulação local. Imagem cedida pela Unidade de Cirurgia Dermatológica do CHUC.



Figura 2 – Retroníquia no hálux direito, vista superior (à esquerda) e anterior (à direita). Notar a onicólise distal e os sinais inflamatórios exuberantes da prega ungueal proximal. No canto superior esquerdo, as três placas ungueais que estavam sobrepostas. Imagens cedidas pela Unidade de Cirurgia Dermatológica do CHUC.



Figura 3 – Retroníquia do hálux esquerdo, com inflamação da prega ungueal proximal e discreto tecido de granulação (imagem à esquerda); imagem do pós-operatório aos 10 dias, notar a significativa redução dos sinais inflamatórios (imagem do meio); resultado final aos 2 anos, resolução completa, sem recidiva (notar a discreta distrofia ungueal). Imagens cedidas pela Unidade de Cirurgia Dermatológica do CHUC.

A dor, inflamação e o aparecimento de vários graus de tecido de granulação deve-se à incorporação da unha mais superficial e antiga na porção ventral da prega ungueal proximal.(4) Na retroníquia, a paragem do crescimento ungueal é habitualmente definitiva, contudo, raramente pode ser transitória e levar à formação de linhas de Beau. A clínica é idêntica para todos os estratos etários.(10) O seu diagnóstico é clínico, sendo os critérios mais importantes: a interrupção do crescimento longitudinal, o espessamento da porção proximal e a inflamação crônica e persistente da prega ungueal proximal.(2,3,6)

A adição do exame de imagem ecográfico para estudo de patologias que afetem a unha, como a retroníquia, permite a aquisição de uma imagem anatomicamente mais evidente e esclarecedora para o estudo destas patologias. Isto faz com a ecografia 3D seja uma grande melhoria no campo da imagiologia da unha, pois permite a visualização de uma anatomia mais nítida.(15) A ecografia é proposta como o exame não invasivo de diagnóstico mais fidedigno, sendo recomendável o seu uso, principalmente para a distinção de outros diagnósticos diferenciais, como tumores locais.(2,16) Alguns dos achados ecográficos (ultrassom de frequência variável bidimensional e tridimensional) são:

- Encurtamento da distância entre a origem da placa ungueal e base da falange distal;
- Espessamento marcado da prega ungueal proximal;
- Aumento do fluxo sanguíneo na prega ungueal proximal e leito ungueal (eco-doppler);
- Hipocogenecidade da derme da prega ungueal proximal.(2,15–17)

O exame ecográfico é também capaz de oferecer uma data cronológica da lesão, tornando possível estabelecer a data do insulto original. Isto poderá ser alcançado através da correlação do comprimento da placa ungueal (antigo e novo fragmento) com a taxa de crescimento ungueal normal dos restantes dedos, assim será possível a identificação do agente mais provável para cada caso particular.(16,17)

A análise histológica não é obrigatória para o diagnóstico, mas pode ser essencial em casos em que seja necessária a exclusão de alguma suspeita de neoplasia subungueal.(3)

O atraso no diagnóstico pode levar a uma terapêutica de longo termo, desnecessária, com complicações locais secundárias à infeção, desconforto e dor prolongada. Um caso chegou mesmo a desenvolver osteomielite.(5) No caso de onicólise distal prolongada (mais de 1 a 2 anos) e não tratada é habitual que o leito ungueal cronicamente inflamado queratinize, desenvolvendo uma camada granular e obtendo as características da pele da ponta dos dedos, inclusive dermatóglifos. A esta complicação dá-se o nome de desaparecimento do leito

ungueal e é irreversível. Se verificada a ocorrência desta complicação, é expectável, associadamente ao quadro, o desenvolvimento de uma unha mais curta e espessada.(18)

Os diagnósticos diferenciais mais importantes incluem: infecção bacteriana ou por *Candida albicans*, artrite psoriática, quistos subungueais, doença de Bowen, queratoacantoma, carcinoma espinhocelular, encondroma, melanomas malignos amelanóticos, processos associados a medicamentos como a ciclosporina, inibidores da protéase e inibidores do crescimento epidérmico.(2,8,10,11,19)

TRATAMENTO

A avulsão cirúrgica da unha, com recurso a anestesia loco-regional, mantém-se como a terapêutica *standard* para a retroníquia. A técnica proximal de avulsão é normalmente a indicada. Esta técnica consiste em retirar a lâmina ungueal após o uso de um descolador de unhas a partir da prega ungueal proximal, ao contrário da abordagem cirúrgica anterior tradicional, em que a unha é elevada a partir da margem distal. Assim que a avulsão da unha lesada é realizada, o trauma repetido da prega ungueal proximal deixa de existir, tornando viável o crescimento de uma nova placa, com forte adesão à prega proximal e ao leito ungueal. Após a avulsão da unha, o uso de antibióticos orais é recomendado para casos que apresentem exsudato purulento, dor ou inflamação extensa. Nos casos que não apresentem nenhum dos sinais e sintomas referidos anteriormente é suficiente a lavagem diária com antissépticos locais.(4) A inflamação e a dor desaparece normalmente em alguns dias após avulsão(6) e a nova placa ungueal demora habitualmente entre 1-1,5 ano a crescer.(3) Apesar da alta taxa de cura pós avulsão existe a possibilidade de os doentes ficarem com uma distrofia permanente da unha, sendo que por distrofia se entende espessamento proximal e/ou xantoníquia associada a um crescimento extremamente lento.(10) A recorrência não é habitual, especialmente se o microtraumatismo for evitado e o comprimento das unhas mantido curto de modo a não ultrapassarem as pontas dos dedos.(18) Contudo, estão descritos alguns casos em que ocorre recidiva mesmo após avulsão, sendo assim necessário uma nova avulsão.(6)

Por vezes, quando a placa ungueal mais recente se apresentar com coloração esbranquiçada, sem dor, aparentemente saudável, em continuidade com a matriz e aderente ao leito ungueal, pode-se optar por preservar a mesma, não realizando a avulsão total e adotar uma postura de vigilância para acompanhar o seu crescimento. Contudo, está descrito em vários casos em que esta postura terapêutica foi adotada, o surgimento de recidiva, sendo necessária a realização de nova avulsão, agora total, havendo recuperação também

total.(8,19) Assim, tendo em conta o alto risco de recidiva, é recomendável optar pela avulsão de todas as placas ungueais, mesmo quando se aparentam saudáveis. No entanto, cabe sempre ao médico a decisão, tendo em conta a especificidade de cada caso.

No estudo realizado por Vastarella, Annunziata, Panariello, Ferrillo e Fabbrocini (2019), após desinfecção da lesão com hipoclorito de sódio, foi utilizada como técnica terapêutica a avulsão química com pomada composta por 50% ureia, 10% ácido salicílico em vaselina, e coberta posteriormente por penso oclusivo. Sete dias após o procedimento, foi realizado o desbridamento da unha, tendo os autores concluído que a avulsão química pode ser uma alternativa eficaz à tradicional avulsão cirúrgica, principalmente para aqueles doentes que a recusem.(20)

Quanto às terapêuticas mais conservadoras, com recurso a antibióticos e corticóides, as mesmas poderão ser uma opção para estadios menos avançados. Contudo, tendo em conta a experiência, estas estão associadas a uma maior probabilidade de recidiva e distrofia da unha, requerendo um maior controlo e *follow-up* mais prolongado. A literatura sugere ainda que esta condição pode não ser resolvida até a avulsão ser executada.(12)

Segundo A.Lencaster et al. ,num estudo retrospectivo publicado em 2019, concluiu que, ao contrário do que é estabelecido, a 1ª linha de tratamento deve ser um potente dermocorticoide e, se não houver sinais de melhoria após 10 semanas, deve-se realizar a avulsão. Neste estudo (21), os doentes com paroníquia moderada e com duração do tratamento mais prolongado apresentaram melhor resposta. Os autores apresentam, como possível mecanismo para a cura da retroníquia, a diminuição da inflamação e edema da prega proximal por parte do corticoide tópico que, por conseguinte, leva ao realinhamento da nova placa ungueal com a matriz, ocorrendo a estabilização do crescimento longitudinal da mesma e a paragem do seu espessamento proximal. Se, associadamente a esta abordagem mais conservadora, for realizada a clipagem da placa onicolítica (através por exemplo da colocação de adesivo à volta do dedo(3)), impedindo o seu movimento retrógrado contra a prega proximal, maior será a probabilidade de cura. Esta é uma abordagem a ser adotada apenas num estadio mais inicial da lesão.

O uso isolado de antibióticos tópicos ou sistémicos pode ajudar numa infeção grave, mas não é suficiente para resolver a retroníquia.(5)

O conhecimento desta patologia evita o uso desnecessário de medicamentos ineficazes, como por exemplo a utilização de anti-fúngicos que, obviamente não irão resultar em melhoria clínica.(9)

Para além das abordagens descritas anteriormente, o tratamento deve incluir sempre a prevenção dos fatores de risco, principalmente através da educação do doente focada na importância do uso de calçado adequado, evitando calçado do tipo apertado e salto alto.(12,22)

CONCLUSÃO

A retroníquia é uma patologia derivada da incorporação da unha contra a prega proximal e, ao contrário do que era defendido inicialmente, a onicólise distal possui um papel fundamental no desenvolvimento da mesma.

Microtraumatismos de repetição devido a corrida ou uso de calçado apertado é a causa mais frequentemente reportada na literatura. O diagnóstico de retroníquia é clínico e deve ser considerado na presença da tríade de sinais: interrupção do crescimento longitudinal da unha, inflamação crônica e persistente da prega ungueal proximal e espessamento da zona proximal da unha. Como a retroníquia se trata de uma condição com uma patofisiologia complexa ainda em estudo, em que o tratamento pode passar por uma consequência cosmética agressiva, poderá ser importante complementar a avaliação clínica com ecografia, em casos de dúvida diagnóstica.

A avulsão cirúrgica da unha não é um procedimento de elevado custo, não apresenta grandes riscos para o doente e apresenta uma elevada taxa de cura, por isso deve ser considerada como o tratamento de 1ª linha para a retroníquia. Contudo, em casos de gravidade ligeira a moderada, uma abordagem inicial mais conservadora pode ser de maior benefício para o doente e assim deve ser também tida em conta. O conhecimento desta patologia permite um tratamento precoce e adequado, evitando tratamentos sistémicos e tópicos desnecessários e os seus efeitos secundários.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Dra. Ana Brinca, ao meu co-orientador, Dr. Ricardo Vieira e à minha família e amigos por todo o apoio, disponibilidade e compreensão ao longo da realização deste trabalho.

André Macedo Ribeiro

BIBLIOGRAFIA

1. de Berker D, Rendall J. Retronychia- proximal ingrowing nail. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 1999;12(suppl2):S126.
2. Alonso-Pacheco ML, de Miguel-Mendieta E, Maseda-Pedrero R, Mayor-Arenal M. Retronychia: A Case Report Including Ultrasound Imaging and Surgical Treatment. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Ed [Internet].* 2016;107(5):e33–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adengl.2016.03.007>
3. Ventura F, Correia O, Duarte AF, Barros AM, Haneke E. “Retronychia - Clinical and pathophysiological aspects.” *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2016;30(1):16–9.
4. de Berker DA, Richert B, Duhard E, Piraccini BM, André J, Baran R. Retronychia: Proximal ingrowing of the nail plate. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58(6):978–83.
5. Poveda-Montoyo I, Vergara-de Caso E, Romero-Pérez D, Betlloch-Mas I. Retronychia a little-known cause of paronychia: A report of two cases in adolescent patients. *Pediatr Dermatol.* 2018;35(3):e144–6.
6. Baumgartner M, Haneke E. Retronychia: Diagnosis and treatment. *Dermatologic Surg.* 2010;36(10):1610–4.
7. Chang P. Diagnosis using the proximal and lateral nail folds. *Dermatol Clin [Internet].* 2015;33(2):207–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2014.12.004>
8. Nakouri I, Litaïem N, Jones M, Zeglaoui F. Retronychia Clinical Features and Surgical Treatment. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2018;108(1):74–6.
9. Cabete J, Lencastre A. Recognizing and treating retronychia. 2015;54(1):e51–2.
10. Piraccini BM, Richert B, De Berker DA, Tengattini V, Sgubbi P, Patrizi A, et al. Retronychia in children, adolescents, and young adults: A case series. *J Am Acad Dermatol [Internet].* 2014;70(2):388–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2013.09.029>
11. Reigneau M, Pouaha J, Truchetet F. Retronychia: Four new cases. *Eur J Dermatology.* 2013;23(6):882–4.
12. Braswell MA, Daniel CR, Brodell RT. Beau lines, onychomadesis, and retronychia: A unifying hypothesis. *J Am Acad Dermatol [Internet].* 2015;73(5):849–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.08.003>
13. Gerard E, Prevezas C, Doutré MS, Beylot-Barry M, Cogrel O. Risk factors, clinical variants and therapeutic outcome of retronychia: A retrospective study of 18 patients. *Eur J Dermatology.* 2016;26(4):377–81.
14. Laird ME, Lo Sicco KI, Rich P. Conservative Treatment of Retronychia: A Retrospective Study of 25 Patients. *Dermatol Surg.* 2019;45(4):614–6.
15. Wortsman X, Calderon P, Baran R. Finger retronychias detected early by 3D ultrasound examination. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2012;26(2):254–6.
16. Wortsman X, Wortsman J, Guerrero R, Soto R, Baran R. Anatomical changes in retronychia and onychomadesis detected using ultrasound. *Dermatologic Surg.* 2010;36(10):1615–20.
17. Chang P, Rosales D. Retroniquia. *Dermatologia Rev Mex.* 2013;57(4):264–6.
18. Yale K, Jefferson J, Kirkorian AY. A 15-year-old girl with a funky-looking great toenail. *Pediatr*

Dermatol. 2017;34(6):717–8.

19. Dahdah MJ, Kibbi AG, Ghosn S. Reironychia: Report of two cases. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(6):1051–3.
20. Vastarella M, Annunziata MC, Panariello L, Ferrillo M, Fabbrocini G. A novel treatment for reironychia: case series. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2019;0(0):000. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2019.1592098>
21. Lencastre A, Iorizzo M, Caucanas M, Cunha N, Trakatelli MG, Zarea I, et al. Topical steroids for the treatment of reironychia. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2019;33(9):e320–2.
22. Haneke E. Nail surgery. *Clin Dermatol* [Internet]. 2013;31(5):516–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2013.06.012>