



Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

E-ISSN: 2238-3360

reciunisc@hotmail.com

Universidade de Santa Cruz do Sul  
Brasil

Costa Beber, Maiara; Cauduro, Patrícia; Chaida Sonda, Eduardo; de Avelar Breunig, Juliano

Alteração crônica periungueal

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, vol. 2, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 70-72

Universidade de Santa Cruz do Sul  
Santa Cruz do Sul, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570464024008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Alteração crônica periungueal

Maiara Costa Beber<sup>1</sup>, Patrícia Cauduro<sup>2</sup>, Eduardo Chaida Sonda<sup>3</sup>, Juliano de Avelar Breunig<sup>4</sup>

<sup>1,2,3</sup>Acadêmica(o) Medicina (Unisc), <sup>4</sup>Médico Dermatologista, Doutor em Medicina (PUCRS), Professor de Dermatologia (Unisc)

Enviado em: 21/05/2012

Aceito em: 10/06/2012

julianobreunig@gmail.com

## CASO

Paciente feminina apresenta problemas ungueais há 10 anos, com dor e drenagem de secreção intermitentes (Fig. 1). Ao consultar há odor fétido e dor nas dobras ungueais proximais e laterais de vários quirodáctilos. Trabalha como faxineira e relatou que havia realizado inúmeros tratamentos sem, no entanto, obter resultados.



Figura 1 - Inflamação dos tecidos periungueais com distrofias ungueais associadas.

## INTRODUÇÃO

A paroníquia é uma inflamação da prega ungueal posterior e compromete parte das dobras laterais<sup>1</sup>. Pode ser classificada em aguda ou crônica e o principal fator relacionado à paroníquia aguda é o trauma direto ou indireto, permitindo a inoculação de patógenos e consequente infecção, enquanto a paroníquia crônica é caracterizada por uma reação inflamatória multifatorial da unha provocada por irritantes ou alérgenos. Desse modo, a

forma crônica atinge com maior frequência trabalhadores de lavanderias, domésticas, serviços de limpeza, manipuladores de alimentos, membros da equipe de enfermagem e nadadores<sup>2</sup>. A maioria dos casos são encontrados em pacientes entre 30 e 60 anos, porém pode ser visto em crianças com hábito de sucção do polegar<sup>3</sup>. Além disso, normalmente os dedos médios das mãos são os mais acometidos em virtude de estarem mais propensos a traumas e é comum o desenvolvimento da paroníquia aguda como complicação da paroníquia crônica<sup>2</sup>.

## CONDUTA

A paciente foi orientada de que a real causa de sua doença é o contato com os detergentes e ambientes úmidos sem proteção das mãos, e que sem alguns cuidados preventivos não aconteceria melhora (uso de luvas ao lidar com detergentes). Além das orientações foi prescrito antibiótico e antifúngico sistêmico. Em uma semana houve resolução da dor e do odor e quatro meses após o início do tratamento, com a paciente seguindo as orientações e cuidados, houve melhora importante, já com crescimento de unha normal. Em uma semana houve resolução da dor e do odor e quatro meses após o início do tratamento, com a paciente seguindo as orientações e cuidados, houve melhora importante, já com crescimento de unha normal (Fig. 2). A fibrose causada pela cronicidade da inflamação/infecção, porém, manteve-se. Para resolução da fibrose poderia ser realizado tratamento cirúrgico, porém a paciente não julgou necessário.



Figura 2 - Resolução da inflamação/infecção, porém há fibrose remanescente nas regiões periungueais afetadas. Observe o crescimento de unha normal nas porções proximais das mesmas.

## DISCUSSÃO

A paroníquia crônica é uma dermatose inflamatória que acomete a região do eponíquio, provocando hipertrofia, eritema, dor e distrofia da unha. Em segundo plano pode haver infecção associada. Quanto à etiologia, pode ser diretamente devido a uma irritação associada com o trabalho molhado ou materiais cáusticos (mãos frias e molhadas estão associadas a paroníquia crônica) e, secundariamente, devido a infecção por gram negativos e fungos, principalmente leveduras<sup>2,3</sup>. É uma doença ocupacional em donas de casa, empregadas domésticas, lavadeiras e em indivíduos que trabalham em serviços de copa, de bares e restaurantes. Outro fator importante em mulheres é a retirada da cutícula por imposição estética, o que facilita a instalação da infecção<sup>1</sup>. A profissão de nossa paciente envolve manipulação frequente de água. Isso corrobora a teoria de dano à cutícula, formação de espaço entre a dobra ungueal e a placa ungueal, favorecendo a entrada de agentes e manutenção do processo inflamatório<sup>4</sup>.

A clínica começa como um ligeiro edema na base de uma ou mais unhas. A cutícula é logo perdida e pode acontecer formação de pus abaixo da dobra ungueal. A inflamação adjacente à matriz perturba o crescimento das unhas, resultando em sulcos transversais e outras irregularidades de superfície, que podem ser combinados com descoloração<sup>2,3</sup>. Há uma relação com a *Candida* (principalmente a *C. albicans*), mas provavelmente grande parte da inflamação crônica surge a partir de uma reação irritante na prega ungueal. Se há perda da cutícula, o detergente e outros solventes podem ter acesso sob a prega ungueal e agir como agentes irritantes por tempo prolongado. Exacerbações ocorrem de tempos em tempos e são devidas à infecção bacteriana secundária<sup>2,3</sup>. A evolução crônica da doença produz alterações ungueais e o quadro é bastante confundido com micose pelo leigo<sup>1</sup>.

Uma complicação comum é paroníquia aguda, resultante de uma infecção, a qual normalmente são encontrados organismos como o *Staphylococcus aureus* ou *albus*, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli* e *Pseudomonas pyocyanea*, sendo que o *S. aureus* desempenha um papel mais ativo no início do processo, penetrando a queratina na base da haste e abrindo a dobra da prega<sup>2</sup>. Entre os principais diagnósticos diferenciais, está o carcinoma escamoso da unha, melanoma e metástases, devendo o médico suspeitar dessas condições quando o processo inflamatório crônico não responder ao tratamento inicial. Ainda, doenças como psoríase, eczema e síndrome de Reiter podem envolver a região ungueal<sup>2,3</sup>. Entre as manifestações ungueais do pênfigo vulgar, a paroníquia crônica é o achado mais frequente<sup>5</sup>. Por conseguinte, pacientes realizando quimioterapia ou em uso de antirretrovirais e retinóides estão mais propensos a desenvolver paroníquia aguda com desenvolvimento de granuloma piogênico que pode se cronicizar<sup>2,3</sup>.

O tratamento é uma combinação de proteção contra precipitantes (geralmente com luvas), e de medicamentos. Talvez a parte mais importante do tratamento, mas mais difícil de conseguir, é a de manter as mãos secas<sup>3</sup>. Para todo o trabalho molhado do paciente devem ser aconselhados o uso de luvas de látex (ou de vinil nos pacientes alérgicos ao látex) e evitar manicure das pregas ungueais proximais. Se a mão mantém-se úmida sob as luvas pode-se utilizar luvas de algodão abaixo da de látex ou vinil.

Se esta fase da terapia não é adequadamente instituída, pode haver falha em qualquer tratamento médico fornecido. Um antifúngico tópico de largo espectro pode ser utilizado para tratar a condição e prevenir a recorrência. Aplicação de loções emolientes para lubrificar a cutícula e as mãos é geralmente benéfico<sup>2</sup>. A terapia tópica geralmente requer uma combinação de esteróides e antimicrobianos<sup>3</sup>. Um esteróide potente pode ser utilizado durante curtos períodos quando há cobertura antimicrobiana adequada. Injetar triamcinolona (2,5mg / mL) pode ser útil em alguns casos. Antifúngicos imidazólicos tópicos são, geralmente, suficientes para tratar *Candida* e podem proporcionar uma terapia modesta contra algumas bactérias. Quando as características são marcadas, antibióticos orais apropriados para *S. aureus* podem ser usados<sup>3</sup>.

É importante em pacientes com pênfigo vulgar e paroníquia estar ciente de que as alterações nas unhas podem ser uma manifestação da doença auto-imune, e, nestes casos, o tratamento dirigido contra fungos, bactérias e vírus podem não ser eficazes<sup>5</sup>. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos resistentes ao tratamento clínico e tem como objetivo a retirada da prega ungueal proximal<sup>4</sup>. Nas sociedades onde máquinas de lavar louça e máquinas de lavar mecânicas se tornaram eletrodomésticos comuns, a paroníquia crônica raramente é encontrada<sup>3</sup>.

---

## CONCLUSÃO

---

A paroníquia crônica é uma condição clínica que interfere no desempenho laboral e uma ampla gama de serviços predispõem a uma maior incidência dessa doença. É importante ressaltar que há meios para prevenir a paroníquia crônica através da aplicação de loção

hidratante após lavar as mãos, evitar o contato prolongado com substâncias irritantes, evitar o hábito de sucção do dedo, manter as unhas curtas e usar luvas de borracha com forro de algodão. Portanto, deve-se ressaltar a importância de realizar o diagnóstico diferencial com tumores malignos e ao iniciar o tratamento, explicar ao paciente que esse poderá ser longo, pois a resposta é lenta e o sucesso dependerá também da tomada de medidas preventivas por parte do paciente.

---

## REFERÊNCIAS

---

1. Sampaio SAP, Rivviti EA. Dermatologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
2. Rigopoulos D, Larios G, Gregoriou S, et al. Acute and chronic paronychia. Am Fam Physician. 2008; 77 (3): 339–46. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2008/0201/p339.html>
3. Berker D, Baran R. Disorders of nails. Rook's Textbook of Dermatology. 8 ed. Oxford, UK: Blackwell Science; 2010:65.1.
4. Di Chiacchio N, Debs EAF, Tassara G. Tratamento cirúrgico da paroníquia crônica. Estudo comparativo de 138 cirurgias utilizando duas técnicas diferentes. Surgical & Cosmetic Dermatology. 2009; 1(1): 21-24. Disponível em: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=265520995007>
5. Cahali JB, Kakuda EYS, Santi CG, et al. Nail manifestations in pemphigus vulgaris. Rev. Hosp. Clin. 2002; 57(5): 229-234.