

EXOSTOSE SUBUNGUEAL – DOIS CASOS CLÍNICOS ILUSTRATIVOS

Hugo Barreiros

Interno do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident Dermatology and Venereology, Serviço de Dermatologia e Venereologia/ Dermatology and Venereology Department, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

RESUMO – A exostose subungueal é um tumor ósseo benigno incomum que afecta especialmente os adolescentes e adultos jovens. Tem como localização preferencial o 1º dedo do pé, muito provavelmente por este estar frequentemente exposto ao traumatismo, factor etiológico conhecido. O diagnóstico diferencial inclui, para além de tumores malignos, verruga viral, fibroma, granuloma piogénico ou osteocondroma subungueal. O diagnóstico é confirmado por radiografia demonstrando-se o crescimento ósseo anormal.

Descrevem-se os casos clínicos de duas jovens que recorreram à nossa consulta por exostoses dos dedos dos pés, assim como a técnica cirúrgica utilizada em cada um dos casos.

O tratamento da exostose subungueal é exclusivamente cirúrgico. As técnicas de excisão são múltiplas e estão documentadas por especialistas de várias áreas. Existe concordância na importância fundamental da excisão de todo o tumor de forma a evitar as altas taxas de recorrência.

PALAVRAS-CHAVE – Exostoses; Unhas.

SUBUNGUAL EXOSTOSIS – TWO DEMONSTRATIVE CLINICAL CASES

ABSTRACT – Subungual exostosis is an uncommon benign bone tumor. It mainly affects adolescents and young adults. It commonly affects the great toe probably due to frequent trauma (known etiologic factor). The differential diagnosis includes malignant tumours, viral wart, fibroma, pyogenic granuloma or subungual osteochondroma. The clinical suspicion can be confirmed by X-ray demonstrating the bone outgrowth.

We report the clinical cases of two young girls that were referred to our department with subungual exostosis of the toes. We also describe the surgical techniques used in these patients.

Treatment of subungual exostosis is surgical. The techniques of excision can vary and have been documented by clinicians in a range of specialities. All agree that complete removal is important to avoid a high rate of recurrence.

KEY-WORDS – Exostoses; Nails; Nail diseases.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

No conflicts of interest.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

No sponsorship or scholarship granted

Recebido/Received – Agosto/August 2012; Aceite/Accepted – Outubro/October 2012

Por decisão do autor, este artigo não foi redigido de acordo com os termos do novo Acordo Ortográfico.

Dermatologia Cirúrgica

Correspondência:

Dr. Hugo Barreiros

Serviço de Dermatologia e Venereologia

Hospital Garcia de Orta

Av. Torrado Silva

2805-267 Almada, Portugal

Tel.: +351 212727100

Fax: + 351 212957004

Email: hbarreiros@gmail.com

INTRODUÇÃO

A exostose subungueal é um tumor ósseo benigno pouco frequente, afectando sobretudo adolescentes e adultos jovens, e com localização preferencial no 1º dedo do pé. Uma publicação anterior de Oliveira e colaboradores¹ demonstrou que o primeiro dedo do pé foi o afectado em 35 dos 49 doentes estudados (71%). Geralmente de etiologia traumática² é frequentemente mal interpretada como tumor maligno. Foi descrita pela primeira vez por Dupuytren em 1817, datando a primeira publicação de 1847 com a revisão dos seus cinco casos³. Histologicamente o tumor é formado por um núcleo de osso trabecular envolvido por uma cápsula fibrocartilaginosa⁴. A clínica típica caracteriza-se por nódulo/tumor de consistência dura, aderente à extremidade distal do prato ungueal, originando com frequência onicólise. Um dos sinais cardinais deste tipo de tumor é a dor que está invariavelmente presente. Trata-se, na grande maioria dos casos, de lesão única, com excepção dos raros casos de síndrome de exostoses múltiplas⁵. O diagnóstico diferencial inclui, para além do tumor maligno, verruga viral, fibroma, granuloma piogénico ou osteocondroma subungueal⁶. O diagnóstico é confirmado por radiografia demonstrando o crescimento ósseo anormal, geralmente da face dorsal da falange distal. Por outro lado, na radiografia do osteocondroma é característico o crescimento do tumor a partir do prato epifisário⁷.

CASOS CLÍNICOS

Descrevem-se de seguida dois casos clínicos ilustrativos da patologia em causa:

Caso Clínico Nº 1

Uma menina de 10 anos foi referenciada ao nosso Serviço por nódulo da falange distal do segundo dedo do

pé esquerdo, subungueal, firme e doloroso à palpação. Não havia aparentemente, factor traumático desencadeante e tinha evolução de 8 meses (Fig. 1). A avaliação radiográfica confirmou o diagnóstico clínico de exostose subungueal (Fig. 2).



Fig. 1 - Caso Clínico Nº1: Tumor subungueal do 2º dedo do pé esquerdo.



Fig. 2 - Caso Clínico Nº1: a radiografia mostra a proliferação óssea na falange distal do 2º dedo do pé esquerdo.

Dermatologia Cirúrgica

Caso Clínico N°2

Uma adolescente de 16 anos, com história de 12 meses de evolução de nódulo subungueal do primeiro dedo do pé esquerdo, doloroso e de consistência dura à palpação (Fig.3), foi observada na nossa consulta. Referia traumatismo local há cerca de 18 meses, altura em que o dedo foi atingido por uma cadeira. A radiografia do dedo revelou uma massa óssea anómala a nível da falange distal (Fig.4).



Fig 3 - Caso Clínico N°2: Tumor subungueal do 1º dedo do pé esquerdo.



Fig 4 - Caso Clínico N°2: a radiografia mostra o tumor ósseo anómalo sobre a face dorsal da falange distal do 1º dedo do pé esquerdo.

Ambas as doentes foram propostas para tratamento cirúrgico. Após assepsia local foi aplicado garrote na base do dedo afectado. Sob anestesia troncular (bloqueio proximal) com lidocaína a 2% (sem adrenalina) foi realizada avulsão parcial do prato ungueal utilizando para tal um descolador de unha. Na seguinte fase cirúrgica, e dependendo da dimensão do tumor, é importante preservar ao máximo o leito ungueal (que é largamente expandido pela proliferação tumoral). Realizou-se incisão longitudinal ao longo de todo o tumor, completada por incisão transversal seguindo a curvatura do hiponíquio (incisão em T invertido). Seguiu-se a dissecação cuidadosa do frágil leito ungueal de forma a expor todo o tumor. Esta etapa, em tumores de grandes dimensões, torna-se extremamente difícil, pelo que na grande maioria das vezes o leito ungueal é irreparavelmente lesado. Usando uma pequena regina ou um alicate de unhas secciona-se todo o tumor pela sua base. É recomendada uma remoção generosa do tumor e a curetagem da cortical do osso para evitar recidivas. Se o leito ungueal tiver sido preservado, encerra-se com sutura directa (sutura 5/0 ou 6/0 absorvível). Se o leito ungueal tiver sido desfeito em vários pedaços, se possível, aproximam-se os bordos. A cicatrização por segunda intenção é muitas vezes utilizada e com bons resultados cosméticos.

Ambas as doentes foram submetidas a exérese em bloco dos seus tumores. No primeiro caso foi possível a aproximação dos bordos da lesão com sutura directa do defeito. Após a cirurgia foi executado penso com gaze vaselinada e pomada de ácido fusídico de forma a garantir a não aderência do leito cirúrgico às compressas / ligadura. Em ambas as doentes foram prescritos antibióticos e analgésicos. Foi pedido para manterem o membro elevado até ao primeiro penso que foi realizado às 24 horas seguintes (mudança de penso e revisão da ferida cirúrgica).

A Fig. 5 ilustra o 1º caso clínico: A) 5º dia pós-operatório e B) 2 meses de "follow-up". Nesta última imagem (5B) observa-se onicólise parcial do prato ungueal na zona do tumor. Aos 6 meses de seguimento a doente encontra-se satisfeita, sem dores e sem recidiva da lesão. No segundo caso clínico e atendendo às grandes dimensões do tumor, não foi possível a aproximação do defeito cirúrgico, recorrendo-se à cicatrização por segunda intenção (Fig. 6). Ao "follow-up" de 8 meses não há qualquer sinal de recidiva tumoral, porém observa-se onicólise de grande parte da unha. A histologia de ambos os casos foi concordante com o diagnóstico clínico.

Dermatologia Cirúrgica



Fig. 5 - Caso Clínico N°1: A) 5º dia pós-operatório; B) 2 meses de "follow-up".



Fig. 6 - Caso Clínico N°2: 24 horas pós-operatório.

DISCUSSÃO

Embora a etiologia da exostose não esteja totalmente esclarecida, crê-se que existe forte associação com traumatismo prévio⁸. Dos dois casos clínicos expostos há associação aparente com traumatismo pelo menos num deles. O diagnóstico é clínico com confirmação radiográfica. Nos exames de ambas as doentes são evidentes as anómalas proliferações ósseas a partir da falange distal.

Os cuidados pós-operatórios são fundamentais. A antibioterapia é mandatória devido ao potencial risco de osteomielite por manipulação directa do osso. Existe também evidência de que o espaço subungueal é um reservatório de *Staphylococcus*⁹, sendo que a distorção de planos provocada pelo tumor pode aumentar a carga bacteriana. A analgesia deve ser cuidada e reforçada porque na maioria dos doentes a lesão do leito ungueal é intensamente dolorosa.

O tratamento da exostose subungueal é exclusivamente cirúrgico. As técnicas de excisão são múltiplas e estão documentadas por especialistas de várias áreas. Existe concordância na importância fundamental da excisão de todo o tumor de forma a evitar as altas taxas de recorrência (na ordem dos 40-70%)¹⁰. É discutível a necessidade de reparação dos defeitos do leito ungueal, embora se saiba que a reconstituição do leito ungueal, quer seja por sutura directa ou retalho, diminui a probabilidade de onicólise no pós-operatório¹¹. Obviamente isto reveste-se de importância fundamental em exostoses de grandes dimensões e quando o dedo afectado é da mão, dado ser localização mais exigente em termos estéticos.

Este artigo pretende ilustrar como um tumor ósseo benigno pode ser tratado por um dermatologista em ambulatório e sob anestesia local.

BIBLIOGRAFIA

1. Oliveira A, Picoto A, Verde S, Martins O. Subungual exostosis: treatment as an office procedure. *J Dermatol Surg Oncol.* 1980; 6:555-8.
2. Haneke E. Bone and cartilage tumors. In: Krull EA, Zook EG, Baran R, editors. *Nail surgery. A Text and Atlas.* 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.149-152.
3. Dupuytren G. *Injuries and diseases of bones.* London: Publications of the Sydenham Society; 1847.
4. Cohen HJ, Frank SB, Minkin W. Subungual exostoses. *Arch Dermatol.* 1973; 107:431-2.
5. Baran R, Bureau H. Multiple exostosis syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 1991; 25:333-5.
6. Schulze K, Hebert A. Diagnostic features, differential diagnosis and treatment of subungual osteochondroma. *Pediatr Dermatol.* 1994; 11:39-41.
7. Eliezri Y, Taylor S. Subungual osteochondroma. Diagnosis and management. *J Dermatol Surg Oncol.* 1992; 18:753-8.
8. Landon G, Johnson K, Dahlin D. Subungual exostoses. *J Bone Joint Surg.* 1979; 61A:256-9.
9. Namura S, Nishijima S, Higashida T, Asada Y. *Staphylococcus aureus* isolated from nostril anteriors and subungual spaces of the hand. *J Dermatol.* 1995; 22:175-80.
10. Miller-Breslow A, Dorfman H. Dupuytren's (subungual) exostosis. *Am J Surg Pathol.* 1988; 12:368-78.
11. Muse G, Rayan G. Subungual exostosis. *Orthopedis.* 1986; 9:997-8.