

UNHA EM PINÇA – CORRECÇÃO CIRÚRGICA PELA TÉCNICA DE ZOOK MODIFICADA

Ana Brinca¹, Neide Pereira¹, Ricardo Vieira², Américo Figueiredo³

¹Interna do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology

³Director de Serviço; Professor Doutor de Dermatologia e Venereologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra/
Head of Dermatology Department; Professor of Dermatology and Venereology of Coimbra University
Serviço de Dermatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, Coimbra, Portugal

RESUMO – A unha em pinça caracteriza-se por uma exagerada curvatura transversal do prato ungueal que aumenta ao longo do seu eixo longitudinal, da extremidade proximal para a distal. É mais frequente nas unhas dos pés, podendo levar ao estreitamento do leito ungueal, geralmente acompanhado por dor e incapacidade funcional. Encontram-se descritas várias opções terapêuticas para correcção da unha em pinça, não existindo consenso quanto à melhor abordagem. A técnica de Zook diferencia-se de outras técnicas cirúrgicas, já que permite preservar a matriz e o tamanho da unha. No presente caso, a utilização desta técnica (modificada, pela associação de uma excisão fusiforme da prega ungueal lateral) mostrou-se uma abordagem segura e eficaz.

PALAVRAS-CHAVE – Unhas; Onicomiose; Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos.

PINCER NAIL – SURGICAL CORRECTION BY A MODIFIED ZOOK TECHNIQUE

ABSTRACT – Pincer nail is characterized by an exaggerated transverse curvature of the nail plate that increases distally along its longitudinal axis. It is more common in toenails. It can lead to narrowing of the nail bed, usually accompanied by pain and functional disability. Several treatment options are described for correction of pincer nail and there is no consensus on the best approach. Zook's technique differs from other surgical techniques, since it allows preserving the nail matrix and the size of the nail. In this case, using this technique (modified by the combination of a fusiform excision of the lateral nail fold) was a safe and effective approach.

KEY-WORDS – Nails; Onychomycosis; Reconstructive Surgical Procedures; Nails, Malformed.

Conflitos de interesse: Os autores negam conflitos de interesse.
No conflicts of interest.

Correspondência:

Dr.ª Ana Brinca

Serviço de Dermatologia

Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE

Praceta Mota Pinto

3000-075 Coimbra

Tel: 00351 239400420

Fax: 00351 239400490

E-mail: anabrinca@gmail.com

Dermatologia Cirúrgica

CASO CLÍNICO

Uma jovem de 32 anos é observada por unhas em pinça nos primeiros dedos de ambos os pés (Fig. 1), acompanhadas por dor exacerbada pelo uso de calçado e alguma incapacidade funcional na marcha. Associadamente apresentava discromia, onicólise e hiperqueratose ungueais sugestivas de onicomicose, para a qual já se encontrava medicada com terbinafina 250mg diários desde há um mês. Optou-se pela correcção cirúrgica de acordo com o método de Zook. Após anestesia loco-regional realizou-se avulsão da unha. Procedeu-se à criação de dois túneis subjacentes a cada uma das pregas ungueais laterais. Estes túneis iniciaram-se na polpa digital, no hiponíquio, e estenderam-se até à porção proximal da matriz (Fig. 2A). Colheu-se um enxerto dérmico com cerca de 2,5 cm² na prega inguinal homolateral e dividiu-se este enxerto em dois fragmentos idênticos (Fig. 2B), que foram posteriormente introduzidos em cada um dos túneis, de modo a nivelar a hipercurvatura do leito ungueal e da matriz. Adicionalmente, numa das pregas laterais,



Fig. 1 - Unha em pinça do hálux: hipercurvatura transversal do prato ungueal que aumenta ao longo do seu eixo longitudinal, da extremidade proximal para a distal.

por comprovar-se uma hipercurvatura demasiado marcada, optou-se por associar uma excisão fusiforme sem envolver a matriz (Fig. 2C). Como complicação, ocorreu infecção da ferida operatória, que cedeu à antibio-terapia e não comprometeu o resultado final. Ao fim de 12 meses de seguimento, observa-se crescimento normal do novo prato ungueal com boa aderência ao leito ungueal (Fig. 2D).



Fig. 2 - A: criação de um túnel a partir do hiponíquio até à matriz ungueal; B: enxerto dérmico dividido em dois fragmentos idênticos; C: excisão fusiforme da prega ungueal lateral; D: resultado final aos 12 meses com crescimento normal do prato ungueal.

COMENTÁRIOS

A unha em pinça caracteriza-se por uma exagerada curvatura transversal do prato ungueal que aumenta ao longo do seu eixo longitudinal, da extremidade proximal para a distal¹⁻³. As causas podem ser hereditárias ou adquiridas. As hereditárias, aparentemente com padrão de transmissão autossómico recessivo⁴, afectam simetricamente os pratos ungueais e geralmente outros familiares apresentam alterações semelhantes. As formas adquiridas de unha em pinça tendem a afectar os pratos ungueais de forma assimétrica e podem

Dermatologia Cirúrgica

ter diversas etiologias: osteoartrose da articulação interfalângica distal, psoríase, exostose subungueal, onicomíose e tumores do aparelho ungueal (como quistos epidermóides ou pseudoquistos mucóides).

Desde a primeira descrição de unha em pinça por *Cornelius* e *Shelley* em 1968⁵, várias opções terapêuticas têm sido descritas para o seu tratamento, não existindo consenso na melhor abordagem terapêutica. Vários métodos conservativos foram descritos⁶ com diminuição das queixas álgicas, mas com elevada taxa de recorrência. Os primeiros métodos cirúrgicos consistiram na avulsão do prato ungueal (*Cornelius* e *Shelley*⁵) que resultava em alívio das dores mas com crescimento do novo prato ungueal deformado. Mais tarde, a avulsão cirúrgica foi complementada pela destruição da matriz ungueal por electrocauterização (*Baran*⁷), com resolução sintomática mas sem crescimento de novo prato ungueal. Em 1979 as primeiras tentativas em conservar o prato ungueal foram descritas por *Suzuki*⁸; após a avulsão do prato ungueal, uma incisão longitudinal mediana era realizada no leito ungueal, permitindo aos tecidos um crescimento medial e lateral, criando um defeito triangular que mais tarde era coberto por enxerto dérmico. Esta técnica resultava num re-crescimento normal do prato ungueal mas com alguma distorção e pouco aderente ao leito ungueal. *Zook* relatou um método eficaz utilizando enxertos dérmicos colocados sob a matriz ungueal^{9,10}, preservando-a bem como mantendo o tamanho da unha. Como descrito no presente caso clínico, uma modificação a esta técnica, combinando-a com uma excisão fusiforme da prega ungueal lateral, revela-se como uma opção segura e eficaz.

Casos ligeiros de unha em pinça podem beneficiar de simples medidas conservadoras, mas a destruição química ou cirúrgica das extremidades matriciais laterais

ou o uso de enxertos dérmicos sob a matriz ungueal, condicionam os melhores efeitos a longo prazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Brown RE, Zook EG, Williams J. Correction of pincer-nail deformity using dermal grafting. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 105:1658-61.
2. Baran R, Haneke E, Richert B. Pincer nails: definition and surgical treatment. *Dermatol Surg.* 2001; 27:261-2.
3. Kosaka M, Kusuhara H, Mochizuki Y, Mori H, Iso-gai N. Morphologic study of normal, ingrown, and pincer nails. *Dermatol Surg.* 2010; 36(1):31-8.
4. Mimouni D, Bem-Amitai D. Hereditary pincer nail. *Cutis.* 2002; 69:51-3.
5. Cornelius CE 3rd, Shelley WB. Pincer nail syndrome. *Arch Surg.* 1968; 96(2):321-2.
6. Effendy I, Ossowski B, Happle R. Zangennagel: Konservative Korrektur durch Aufkleben einer Kunststoffspange (Pincer nail: conservative treatment by attachment of plastic braces). *Hautarzt.* 1993; 44(12):800-2.
7. Baran R. Pincer and trumpet nails. *Arch Dermatol.* 1974; 110(4):639-40.
8. Suzuki K, Yagi I, Kondo M. Surgical treatment of pincer nail syndrome. *Plast Reconstr Surg.* 1979; 63(4):570-3.
9. Brown RE, Zook EG, Williams J. Correction of pincer-nail deformity using dermal grafting. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 105:1658-61.
10. Zook EG, Chalekson CP, Brown RE, Neumeister MW. Correction of pincer-nail deformities with autograft or homograft dermis: modified surgical technique. *J Hand Surg Am.* 2005; 30(2):400-3.