

AFECCÇÕES DAS UNHAS

- O que a SBD tem cobrado:
- Alterações ungueais e suas causas
- Alterações das unhas em psoríase, líquen plano, doença renal, hepática, etc.
- Medicamentos que alteram as unhas.
- Síndromes e genodermatoses com acometimento ungueal
- Manifestações clínicas dos tumores ungueais – melanoma, como fazer dx.
- Cronograma da aula – aparelho ungueal, alterações ungueais e suas causas, tumores benignos e malignos que afetam a unha, síndromes e doenças com acometimento ungueal e questões.

→ APARELHO UNGUEAL

- MATRIZ – onde a unha é produzida.
- BORDA UNGUEAL PROXIMAL
- CUTÍCULA que é o eponíquio
- LUNULA é a parte visível da matriz
- PLACA UNGUEAL
- SULCO UNGUEAL LATERAL
- Há fibras verticais de colágeno que unem o leito ungueal ao periosteio e dão firmeza à unha.
- HIPONÍQUIO é a faixa de epiderme que liga a extremidade distal da placa e a epiderme do dedo, é a transição. Quem come unha fica exposto.
- EPONÍQUIO é a cutícula.
- LEITO UNGUEAL – abaixo da placa ungueal.
- A anatomia da unha pela proximidade com o osso, doenças ósseas produzem alterações ungueais, até mesmo entesites como psoríase, artrite psoríase, causam alterações ungueais. E as próprias alterações da unha podem causar alterações ósseas. Um problema na unha pode causar problema na falange distal.
- O EPONÍQUIO que é a cutícula tem a função de proteção contra agentes infecciosos, irritantes, alérgenos. A paroníquia crônica é por

- restos alimentares, bactérias, fungos que entram ali e secundariamente a pessoa pode perder a cutícula.
- A MATRIZ proximal produz a parte superior da lamina e a matriz distal produz grande parte da porção ventral da lamina.
 - Não é somente a matriz que produz a lamina, na parte ventral da lamina um pouco da lamina é produzida também pelo leito.
 - **Matriz proximal** – produz parte superior da lamina.
 - **Matriz distal** – produz parte inferior da lamina, o próprio leito ungueal tbm produz parte ventral da lamina.
 - LUNULA é a porção distal visível da matriz.
 - Na matriz temos melanocitos e isso é muito importante para entendermos as melanoniquias. Tem em torno de 6,5 melanocitos por mm e há 2 tipos:
 - **Dopa negativos (inativáveis)** – não consegue produzir melanina nem quando irritados.
 - **Dopa positivos (ativáveis)** – produzem a melanina e causam as melanoniquias.
 - Algumas situações fisiológicas e patológicas ativam os melanocitos. Na raça branca não é comum produzir essas alterações, já nos negros e orientais é mais comum.
 - A raça branca não produz melanina em condições fisiológicas, mas pode produzir em doenças inflamatórias, nevos e neoplasias.
- LAMINA UNGUEAL
- A dureza e resistência é dada pela **queratina** dura (tricocítica) igual a do cabelo e **enxofre**
 - A elasticidade e flexibilidade aumentam com a hidratação, quantidade de água da lamina.
- LEITO UNGUEAL
- Tem uma Porção epidérmica – que corresponde a matriz ventral e ao tecido conjuntivo subjacente aderido ao periosteio e as fibras verticais da falange distal.
 - Não existe gordura subcutânea no leito.

- O leito produz parte ventral da lamina ungueal, assim como a matriz distal tbm produz parte da lamina ventral e a matriz proximal produz a parte superior da lamina.
- CIRCULAÇÃO
- 2 arcos arteriais principais – um proximal e um distal que se unem. Há tbm um arco superficial.
- Tambem há os **corpos glomicos** que são estruturas formadas por anastomoses arterio-venosas e estruturas neurovasculares que são responsaveis pela regulação termica geralmente em condições de frio. Eles detectam temperatura baixa na extremidade e fazem vasodilatação para não ter isquemia. Esses corpos glomicos são sede do **tumor glomico**.
- **Glomus = corpos glomicos.**
- São ramos da arteria digital.
- CRESCIMENTO
- Em um sulco de Beau ou onicomadese, sabendo a velocidade de crescimento da unha, sabemos quando houve o evento patologico.
- A unha da mao cresce cerca de 3x mais rapido que a dos pes.
- **Unha das maos** – 3mm ao mês, 0,1mm ao dia, 1cm a cada 3 meses.
- **Unha dos pes** – 1/3 das maos, 1mm ao mês.
- Substituicao completa da unha da mao após ter caido – na mao demora 100 a 180 dias (3 a 6 meses) e nos pes 12 a 18 meses.
- A unha da mao demora 40 dias para surgir da prega e 120 dias para atingir a extremidade distal.
- DOENÇAS QUE AFETAM AS UNHAS
- **Psoriase** – aumenta o turn over na pele e na unha, aumenta a velocidade do crescimento, **Pitiriase rubra pilar** tbm tem queratinização precoce. Etreinato pode amentar ou diminuir a velocidade, onicolise idiopatica da mulher.
- **Hipertireoidismo** aumenta e **hipotireoidismo** diminui a velocidade de crescimento.
- Levodopa aumenta e shunt arteriovenosa pq aumenta a circulação.
- **Síndrome das unhas amarelas** há parada do crescimento das unhas.

- TIPOS DE ALTERAÇÕES UNGUEAIS E SUAS CAUSAS
- Se a **matriz proximal** for afetada – produz a parte dorsal da lamina, então causa linhas de Beau, pitting, sulco longitudinal, fissuras longitudinais, traquioniquia (unhas com fissuras longitudinais)
- Acometimento da **matriz distal** – leuconiquia verdadeira (produz a parte ventral da unha). É verdadeira pq é alteração da matriz.
- Acometimento da **matriz proximal e distal** – onicomadese (descolamento proximal da unha com problema de crescimento), coiloniquia (unha em colher), afinamento ungueal (atrofia).
- Problema do **leito ungueal** – onicolise, hiperqueratose subungueal, leuconiquia aparente (pq o problema é no leito e não na matriz), hemorragias em lasca ou splinter, estilhaço que seguem os vasos longitudinais da unha.

→ **SULCO DE BEAU**

- Redução temporária da atividade mitótica da **matriz proximal**. A profundidade mostra a gravidade do evento e a largura a duração. O sulco não pega a parte ventral da lamina, então não faz onicomadese, em baixo a lamina esta íntegra e não faz onicomadese.
- Ele nos conta a história da doença. Se for profundo é pq houve um evento intenso e agudo. Se ele é largo, essa condição demorou um tempo para acontecer.
- Se a margem é abrupta fala em evento agudo, se ela é mal delimitada, significa que foi um processo mais gradual.
- A distância da cutícula nos conta a data do evento.
- Com isso podemos medir a distância e saber a data do evento – a unha da mão cresce 0,1mm por dia. Se for em apenas uma unha, vamos pensar em trauma local, já se pega todas as unhas vamos pensar em processos sistêmicos. Se são múltiplas e na mesma unha, significa que o paciente teve e melhorou e depois teve novamente – então é dano recidivante.
- Causas: traumas, doenças que afetam a matriz, manicure – aperta muito para tirar a cutícula e machuca a matriz, onicotilomania (paciente que fica mexendo na unha), DC, eritrodermias, paroniquias, infecções, cirurgias, quimioterapia, dismenorreia,

hipertermia, isquemia periferica (Raynaud) – tende a ser recidivante pq o paciente tem sempre.

→ ONICOMADESE

- A interrupção foi da atividade de toda a matriz – proximal e distal, entao nesse periodo a unha foi interrompida, entao quando crescer, a unha vai descolar.
- As causas são as mesmas do sulco de beau, mas o evento foi tao agudo que inibiu a matriz proximal e distal.
- Se for um pedaço grande da unha é pq o evento durou muito tempo.
- Paroniquia intensa pode causar.

→ PITTINGS

- Problemas da matriz proximal, são tbm chamadas de depressoes cupuliformes. Na hora da formação da unha, formam focos de paraqueratose com retenção de nucleos e fica uma regio de paraqueratose com lamina fragil, a camada de celulas se desprende, o foco de paraqueratose se desprende e fica o vao que ele estava, o furinho.
- Pelo tipo de pitting diferencio psorise de alopecia areata.
- Na psorise são irregulares e mais profundos, na alopecia areata são mais regulares, mais superficias, da mesma profundidade, do mesmo tamanho. Na psorise há um mais profundo, um mais superficial, irregulares.
- Dermatite de contato, eczemas tbm podem causar pittings. O pitting da alopecia areata é tbm chamado de geometrico.

→ ESTRIAS LONGITUDINAIS

- Acima de 50 anos é comum ter. são fisiologicos. Podem acontecer em outras coisas como Darier, Liquen plano e PRP.
- O mais comum é pensar em fisiologico do idoso e mesmo tentando usar algum medicamento, é dificil conseguir tratar.

→ DISTROFIA CANALIFORME DE HELLER

- É uma fissura que acontece na unha geralmente por trauma e que tem uma configuração parecida com um pinheiro de natal. É fissura

longitudinal rara, transitoria e recidivante. Pode melhorar e depois volta a ter. geralmente acomete polegares e bilateral.

→ Etiologia desconhecida, mas interroga-se trauma ou inflamatória.

→ **TRAQUIONIQUIA**

→ Distrofia das 20 unhas. Não necessariamente precisa pegar as 20 unhas, pode ser só 8 por exemplo. São várias estrias longitudinais superficiais. Se for muito funda e chegar a quebrar e ulcerar a unha, muda o nome para Euconix. Onicorrexe.

→ **Euconix** – totalmente ulcerada, quebradiça, arranca pedaço.

→ **Onicorrexe** – fica no meio do caminho, sulcos mais profundos que traquioniquia mas não tão ulcerado como no euconix.

→ Estrias longitudinais múltiplas recobertas por descamação fina.

→ Comuns na alopecia areata, líquen plano ou psoríase, substâncias químicas e nas crianças pode ser idiopática. Pode melhorar com o tempo.

→ **LEUCONIQUIA**

→ Problema na matriz distal – há opacificação da parte ventral da lâmina.

→ Causas – trauma principalmente por manicure, dependendo do jeito do trauma é o jeito que vai causar o problema – puntata, estriada, difusa. Alopecia areata, drogas, onicomicose tbm podem causar leuconiquia.

→ Problema na matriz distal.

→ **Verdadeira** – pq é alteração na lâmina. Com o passar do tempo ela vai embora.

→ **Aparente** – o problema está no leito, então ela não sai do lugar, não acompanha o crescimento da lâmina, vista por transparência. Ex: Terry, Muehrcke, Meio a meio (Lindsay).

→ Se for instrumento puntiforme faz leuconiquia puntiforme.

→ **Linhas de Mees** – tipo de leucodermia transversa, pode ser faixa única ou múltiplas faixas e a causa é intoxicação por arsênico, talio (envenenamentos), aneurisma dissecante, infecções como malária, insuficiência renal, septicemia. O mais comum é perguntar sobre envenenamentos.

- **Unhas de Terry** – leucodermia aparente que acomete toda a unha. Ocorre por processos hepáticos, cirrose em até 80% dos casos, pode ocorrer em indivíduos saudáveis.
- **Unhas meio a meio** – (unhas de Lindsay)- metade proximal é branca e metade distal é eritematosa. Ocorre em IRC em até 25% dos pacientes, pacientes com hemodialise, Tbm podem acometer indivíduos normais. Pode ter relação com uremia.
- **Unhas ou linhas de Muehrcke** – múltiplas faixas transversais. A causa seria paciente com síndrome nefrótica ou insuficiência hepática, perdendo albumina ou não produzindo, com isso faz edema da matriz, corrige a albumina corrige o edema e isso explicaria a formação dessas faixas de leucodermia. É uma leucodermia aparente, então pensar em edema do leito.

- **COILONIQUIA**
- Unhas em colher. Fisiológica na criança, unha frágil e mole (hapaloniquia – unha mole e chamamos até de unha membranosa e onicomalacia tbm pode ser unha amolecida). Lamina fina e côncava. As causas são anemia ferropriva, hemocromatose (deposição excessiva de ferro), agentes químicos e traumas repetidos.

- **ANONIQUIA**
- Ausência de unha – pacientes com epidermólise bolhosa distrofica, displasia ectodérmica, líquen plano muito agressivo, fenômeno de Raynaud, isquemia muito intensa, Stevens-Johnson, NET.
- Líquen plano pode evoluir para anoniquia, pterígio é quando sobra um pouco de lamina e a cutícula gruda na lamina em formato triangular, se não sobra nada pq há destruição total da matriz, há anoniquia.

- **ONICOATROFIA**
- Quase uma anoniquia. Atrofia de matriz proximal e distal, mas sobrou uma membrânica, restinho de unha. Evolução de desordens

inflamatorias, infecciosas, traumas, psoríase pustulosas de Hallopeau.

→ HEMORRAGIA EM LASCAS

- A circulação da unha é longitudinal, acompanhando a lâmina, e quando há algum processo de trauma, psoríase, inflamação, vasculite, endocardite, SAAF, tumores em lâmina, há esses microtrombos na unha.
- Tbm chamada de estilhaço ou Splinter.
- Uns pontinhos hemorrágicos na unha.

→ ONICOLISE

- A causa mais comum é onicolise. Tbm pode ser idiopática, uso de agentes químicos – detergente, pequenos traumas, psoríase, eczemas, hipertireoidismo. Problema no leito ungueal.
- Foto-onicolise – tetraciclina, taxanos, psoralenos. ****
- Quando a onicolise acomete apenas um dedo, temos que fazer dx diferencial até mesmo com tumor, CEC subungueal. As vezes teremos que recortar e fazer bx no local.
- Onicolise idiopática – principalmente dona de casa, pode ter causas multifatoriais – microtraumas, contato com água e detergentes, exposição a ambientes úmidos, exposição a solventes ou irritantes, donas de casa, manipuladores de alimentos.

→ PSORÍASE

- 10 a 55% dos pacientes tem lesão ungueal, 70% dos pacientes com psoríase artropática tem lesão ungueal. As alterações mais comuns são manchas salmão (gota de óleo) e onicolise (sendo esta a mais comum). A mancha salmão significa uma onicolise localizada – há uma paraqueratose do leito, no meio, que há esse descolamento.
- Pitting irregular, hiperqueratose subungueal, hemorragias em lâmina, sulcos, fissuras e depressões.
- A principal manifestação é onicolise.
- Psoríase pustulosa – acrodermatite contínua de Hallopeau que é presente na Psoríase Pustulosa de Von Zumbusch. Há onicolise, pustulas, atrofia, oníquia, acomete mais as unhas das mãos.

→ LIQUEN PLANO

- Alterações ungueais em 10% dos pacientes, pode ter afinamento da lamina, fissuras, traquioniquia, onicolise, hiperqueratose subungueal, o mais comum é atrofia ungueal, fissuras e pterigio ungueal (fala a favor de liquen plano).
- Há pterigio proximal que é do liquen plano e o distal que é mais de colagenoses.
- No liquen plano a cuticula se une na lamina e vai crescendo em forma de V. há destruição da lamina ungueal, pterigio. Há tbm pterigio ventral onde há tecido no local do hiponiquio, pode ser por trauma, esclerodermia sistêmica, fenômenos vasculares como Raynaud e LES.
- Pode ter fissuras com distrofia ungueal, atrofia ungueal.
- Pode ativar melanocitos dopositivos e produzir melanoniquia, nem sempre temos que desesperar em uma melanoniquia.

→ DOENÇA DE DARIER

- Quebra em V na unha e há uma estria eritematosa na continuação dessa fissura, tbm foi encontrado no Hailey Hailey. Tbm podem ser estrias brancas.
- Há estrias longitudinais eritematosas ou brancas e terminam na ponta da unha com fissura em V.

→ VERRUGAS

- Lembrar que pode ser dx diferencial com CEC. Quando a verruga esta no leito ungueal pode fazer onicolise, e muitas vezes precisamos rebater para ver a verruga. Dx diferencial com Bowen e CEC.

→ ONICOSQUIZIA

- Ou distrofia lamelar. Unhas que saem lasquinhas, pode ser por exposição repetida a produtos químicos, contato prolongado com água e traumas repetidos. Há descamação em lamelas.

→ PARONÍQUIA AGUDA

- Inflamação do tecido periungueal, pode ser bacteriana por estafilo ou estrepto e quando recorrente podemos pensar em panarício herpético – herpes simples.

→ PARONÍQUIA CRÔNICA

- Difícil de tratar. Mais tratamento cirúrgico. A perda da cutícula favorece o desenvolvimento da paroníquia crônica e depois não nasce mais a cutícula. Acomete mais mulheres adultas, é de etiologia irritativa, alérgica. Com a destruição da cutícula há penetração de microorganismos e partículas ambientais, com inflamação da matriz e alterações da lâmina.
- Como essa inflamação irrita a matriz, pode causar lesão no leito ungueal.

→ UNHA ENCRAVADA OU ONICOCRIPTOSE

- Pode ser lateral e anterior (quando o crescimento do tecido anterior impede que ela ultrapasse a parte distal da unha). As vezes a unha pode crescer por baixo do tecido e sair lá na ponta.
- Lateral
 - Estádio I: inflamação
 - Estádio II: já há formação do pseudogranuloma piogênico
 - Estádio III: já há uma epitelização do tecido.
 - Tratamento I e II com corticoide oclusivo e podólogo.
 - Tratamento II e III com matricectomia lateral + fenolização.
- Anterior – tratamento cirúrgico.

→ HEMATOMA SUBUNGUEAL

- Mais comum por traumas, tratamento com drenagem, aliviando a dor e evitando dano compressivo à matriz.

→ ONICOGRIFOSE

→ Unha em chifre de carneiro. Acomete mais idosos e pacientes com afecções vasculares, ortopédicas e psoríase. Tratamento difícil, tentamos avulsão química, cirúrgica, ureia 40%, corte regular na unha, lixar para não chegar em pontos drásticos.

→ **UNHA EM TELHA**

→ Quando fecha tudo podemos chamar de unha em pinça, acomete mulheres, tem relação com uso de saltos altos, a compressão do leito causa dor.

→ **BRAQUIIONIQUIA OU UNHA EM RAQUETE**

→ Alguns pacientes congenitamente tem a última falange curta e com isso ela dá a aparência de larga.

→ Unha curta e larga, pode ter além da braquioniquia pode ter também baqueta de tambor que tem associado problemas cianóticos respiratórios ou cardíacos.

→ **MICRONIQUIA**

→ Relação com hipotireoidismo congênito.

→ **ONICORREXE**

→ Parece com **traquioniquia**. Adelgaçamento, fragilidade, fragmentação fácil, fissuras longitudinais localizadas. Pode ser causada por contactantes como água, traumas, e fatores endógenos desconhecidos.

→ **PAQUIIONIQUIA**

→ Pode ser congênita e adquirida. Unhas duras, espessas. Se tem queratodermia palmoplantar e hiperqueratose folicular – pode ser congênita, pq não é só a unha acometida.

→ Congênita:

- Tipo I – Jadassohn-Lewandowsky – além das unhas duras, espessas e queratodermia palmoplantar, hiperqueratose folicular, há leucoqueratose oral.
- Tipo II – Jackson-Lawler – alterações na dentição e cistos pilossebáceos.

→ Adquirida – casos de onicomicose, psoríase e eczema.

→ **SINDROME UNHA-PATELA**

- Também chamada de onico-osteodisplasia. A lunula é triangular. No RX há ausência ou hipoplasia das patelas além de outras má-formações. É doença genética autossômica dominante e alterações desde o nascimento.
- Geralmente pega mais 1º e 2º dedos. As outras unhas são praticamente normais.
- A metade radial do dedo tem uma parte mais atrofiada.
- Como a unha pode ser hipoplásica, a patela também pode ser hipoplásica.

TUMORES UNGUEAIS

→ **TUMORES UNGUEAIS BENIGNOS**

- Relativamente frequentes. O diagnóstico é geralmente difícil – existem fatores traumáticos, infecções, pigmentação (estimulo da pigmentação), dificuldade de visualização do leito ungueal, os tumores desta região têm comportamento diferente.
- Vamos pedir RX excluir osteoma. Podemos detectar uma exostose óssea. RNM pode ser feita para delimitar tumores de tecidos moles como tumor glômico.

→ **CISTO MIXOIDE**

- Cisto mucoso digital, pseudocisto mixoide ou cisto mucoide.
- Geralmente na face dorsal da articulação interfalangeana distal ou na prega ungueal proximal. Mais frequentes nas mãos e contêm um líquido claro, viscoso, que pode drenar espontaneamente ou após trauma mínimo.

- Pode causar sulco longitudinal na lamina se comprimir a lamina ou matriz.
- Local típico é na articulação interfalangeana, pode não ser tão visível. Podemos ver um sulco longitudinal.
- Tratamento – excisão, crioterapia (tem mais recidiva), infiltração com corticoide e ou substâncias esclerosantes.

→ **TUMOR GLOMICO**

- Neoplasia vascular benigna. Mas também existem terminações nervosas no glomus. É rara, tem origem nos corpos glômicos, tem muita dor (esta na sigla ENGLAND). Pode ter dor por trauma ou espontânea – se fica frio pode aumentar a dor. Pode provocar onicolise e deformação ungueal. No leito ungueal aparecem como focos azulados, eritematosos, abaixo da lamina, medindo de 1 a 5 mm. Aparece como uma área eritematosa, arroxeadada, azulada, podendo ter alteração na unha.
- Para diagnóstico histológico vamos delimitar o tumor com RNM, vamos rebater a unha e vamos tirar o tumor.
- AP: células em jabuticaba, pouco citoplasma.

→ **QUERATOACANTOMA**

- Podem ser peri ou subungueais. Apresentam crescimento rápido como todos os queratoacantomas. Sendo habitualmente solitários e dolorosos – comprimem a unha. Fatores desencadeantes na maioria das vezes não são identificados, mas na maioria das vezes é por traumatismo.
- Pode ter após ter feito crioterapia – paciente retorna com queratoacantoma – isso demonstra que o traumatismo faz surgir o tumor no local.
- Dx – histopatológico.
- Dx diferencial – CEC, verruga subungueal, exostose subungueal.
- Tratamento – cirurgia de Mohs, curetagem óssea. Não se justifica amputação por ser um tumor benigno.

→ **FIBROMAS / FIBROQUERATOMAS**

- Lembramos de fibromas e já pensamos em esclerose tuberosa, mas não são múltiplos. Múltiplos fibromas são tumor de Koenen. 50% dos pacientes com esclerose tuberosa vão ter os fibromas múltiplos que são esses tumores de Koenen e eles podem produzir um sulco longitudinal na lâmina ungueal.
- Fibroqueratoma é um tumor fibroso com componente de queratina mais espessa.
- Geralmente são isolados e não fazem parte da síndrome da esclerose tuberosa.

→ **ONICOMATRICOMA**

- Neoplasia rara benigna da matriz. Único tumor em que a alteração da placa ungueal é produzida ativamente pela lesão. Não é secundário, o próprio tumor produz essa alteração.
- Apresenta projeções digitiformes que ficam impressas na placa ungueal.
- Tumor benigno da matriz, e o paciente vai ficar com distrofia pq vai mexer na matriz. Mas vai parar de doer, sangrar.

→ **GRANULOMA PIOGENICO**

- Tbm chamado de hemangioma eruptivo benigno.
- Pode estar nas pregas ungueais ou no leito subungueal – dx difícil. Traumatismos de penetração leve, retinoides é comum ter granuloma piogenico, ciclosporina.
- Paciente em uso de retinoides temos que suspender e depois retornar.
- Sangramento é fácil sendo necessário diferenciá-lo com melanoma amelanocito.

→ **EXOSTOSE SUBUNGUEAL**

- Crescimento ósseo que eleva a lâmina ungueal, não é um tumor verdadeiro que eleva a lâmina ungueal. Prefere o hálux e acomete indivíduos entre 10 a 35 anos, sendo relacionado com trauma anterior e o dx é feito com RX.
- Triade – crescimento ósseo sob a unha, alterações radiológicas e dor.
- Tratamento – retira parcialmente a lâmina ungueal e faz exérese do tumor – feita pelo ortopedista.

→ TUMORES UNGUEAIS MALIGNOS

→ CARCINOMA EPIDERMÓIDE

- Saber a diferença dos sinais quando é subungueal e quando é periungueal.
- **Periungueal** – hiperqueratose, alterações verrucosas, erosões, fissuras, cutícula macerada, inflamação periungueal, eritema, infecção secundária.
- **Subungueais** – onicolise com leito friável, pode ser verrucoso, ativar melanócitos e causar melanoníquia, distrofia ungueal, encarceramento e queda da unha.
- Geralmente dx tardio pq é confundido com verruga, hiperqueratose, onicomiose.
- Fatores predisponentes: radiação, HPV 16 principalmente, tbm podendo ser 18 e 34, displasia ectodérmica e traumatismos crônicos.
- Dx – clínica, radiológico e AP.
- Tratamento – sem acometimento ósseo – cirurgia de Mohs, se ao RX já tiver corrosão do osso temos que fazer amputação do dedo e as vezes radioterapia ou outras terapias complementares.
- Em casos mais graves corroi a falange.

→ MELANONÍQUIA

- Pode ser por:
 - Ativação de melanócitos
 - Racial – negra ou oriental
 - Trauma (mais comum causa de ativação) – manicures, hábito de cortar a unha/onicotilomania, friccional – primariamente no háluz, 4º e 5º dedos (pelo trauma)
 - Drogas – agentes quimioterápicos ativam melanócitos, AZT e psoralenos.
 - Gravidez – síndrome de Laugier-Hunziker / Síndrome de Peutz-Jegher, doença de Addison, infecção por HIV

- Pos inflamatório – liquen plano, psoríase pustulosa, onicomicose (T. rubrum e Scytalidium spp), radiodermatite crônica.
- Tumores não melanocíticos
 - Doença de Bowen
 - Verruga
 - CBC
 - Queratose subungueal
 - Cisto mixoide
- Nevo da matriz ungueal
- Melanoma da matriz ungueal

→ SINDROME DE LAUGIER HUNZIKER

→ É uma hiperpigmentação lentiginosa ADQUIRIDA da mucosa oral, dos lábios e frequentemente associada a melanoníquia. Por isso esta nessa aula de unha, é rara. Dx diferencial com Peutz Jeghers, pode estar relacionada a uso de medicamentos e insuficiência adrenal.

→ O QUE AVALIAR DIANTE DE UMA MELANONÍQUIA???

→ Se for em **varios dedos**: não vamos pensar em melanoma. Vamos pensar em alguma afecção generalizada – AIDS, Addison, quimioterapia, AZT, antimalárico, PUVAterapia, síndrome Laugier-Hunzicker.

→ Se as faixas de melanoníquia são **transversais** – medicamentos, quimioterapia (as faixas correspondem aos ciclos).

→ Regra do ABCDEF para suspeita clínica de MELANOMA DA UNHA:

- A – age – idade, 5ª a 7ª década de vida, afro-americanos, asiáticos e nativos americanos – 1/3 dos melanomas ungueais são nesses pacientes.
- B – Brown-black, breadth, bordas variadas. Marrom a enegrecida, acima de 3mm de largura e bordas irregulares (não é regular como no nevo).
- C – change – alteração na faixa ungueal – muda de cor e de tamanho. Morfologia ungueal não melhora apesar de tratamento adequado.

- D – dedo envolvido com mais frequencia (polegar ou halux).
- E – extensao do pigmento para borda ungueal proximal ou lateral (sinal de Hutchinson) – pigmento pega cuticula, pele.
- F – historia familiar ou pessoal de nevo displasico ou melanoma.

→ MELANOMA SUBUNGUEAL

- Raro, 0,7 a 3,5% de todos os melanomas, desses ¼ (25%) são amelanoticos. Melanoniquia é um sinal suspeito, traumas previos podem estar presentes, origem na matriz onde estao os melanocitos, mas no leito tbm podem estar presentes. Dx diferencial com granuloma piogenico, paroniquia cronica e tumor vascular.
- Tratamento – amputação do dedo comprometido. Lesoes superficiais e pequenas podem ate ser tratadas com exereses locais. O prognostico é de acordo com breslow (profundidade da invasao no momento do diagnostico).
- Sobrevida em 5 anos de 15 a 40%

→ ALTERAÇÕES DAS UNHAS EM DOENÇAS SISTÊMICAS

→ UNHA HIPOCRÁTICA – CLUBBING

- Dedos em baqueta de tambor, clubbing é a mudança do ângulo entre o dedo e a lamina ungueal, o normal é ser de até 160°, quando esse ângulo aumenta para 180° chamamos em clubbing ou dedo em baqueta de tambor. A unha hipocratica esta relacionada com condicoes de cianose do leito ungueal – cardiopatias, doencas pulmonares, neoplasias, DII, hepatite cronica, cirrose, doenca celiaca, paquidermoperiostose (genodermatose).
- Condicoes que causam baqueteamento podem ser congenitas e adquiridas. Doencas cardiovasculares, broncopulmonar, broncopulmonares, cardiovasculares, TGI, hepatite cronica ativa, cirrose, síndrome POEMS (doença monoclonal).
- Paquidermoperiostose – genodermatose rara com espessamento cutaneo, fronte com aspecto de cutis vertice girata, baqueteamento digital muito importante e periostose – alteracoes osseas com engrossamento osseo devido a deposito de calcio na lateral dos ossos.

→ **SINDROME DAS UNHAS AMARELAS**

→ Ocorre interrupção total do crescimento das unhas ou crescimento lento das 20 unhas. Causas – linfedema, afecções respiratórias, paraneoplasias e HIV.

→ **INDUZIDAS POR DROGAS**

→ Agentes quimioterápicos – linha de beá, onicomadese, leuconíquia verdadeira, afinamento e fragilidade das unhas.

→ Onicolise e foto-onicolise – tetraciclina e psoraleno. Tbm lembrar dos taxanos.

→ Retinóides – afinamento e fragilidade ungueal e paroníquia e granulomas piogénicos.

→ AZT – melaníquia.

→ **UNHAS AZULADAS**

→ Cianose, cloroquina, argíria (deposição de prata) e doença de Wilson (deposição de cobre).

→ **UNHAS AVERMELHADAS**

→ Diabetes, cardiopatia, azatioprina.

→ **DEPOSITO DE PIGMENTOS**

→ Para saber se o pigmento é exógeno ou endógeno. Se for **exógeno** o desenho da pigmentação acompanha o formato do sulco proximal – nicotina, tinturas, tatuadores, cabeleiros. Concavidade para fora.

→ Se for **interno (endógeno)** – segue o formato da lunula. Concavidade para dentro.

→ **Deposito subungueal** – onicolise e pseudomonas (piocianina é o pigmento verde produzido pela *piocianina* – SUV – SINDROME DAS UNHAS VERDES).

QUESTOES

- 1) As alterações clínicas frequentemente observadas na psoríase ungueal são pitting irregular, mancha salmão, onicolise e hiperqueratose.
Pterígio é mais comum no líquen crônico.
Ausência de cutícula, edema e eritema da prega proximal da unha.
- 2) Glomus são estruturas vasculares formadas por anastomoses diretas entre arteríolas e venulas. Não tem hipoderme no dedo.
- 3) Paciente masculino 15 anos com lesões ungueais há 11 meses. Adelgacamento e estrias longitudinais da placa ungueal. Há onicoatrofia. São elementos que consubstanciam o diagnóstico de líquen plano ungueal.
- 4) Na distrofia canaliforme da unha (distrofia de Heller) pode-se afirmar que a causa mais comum é por trauma. É recidivante, causa mais no polegar.
- 5) A alteração mais comum nas unhas de idosos acima dos 50 anos de idade – sulcos longitudinais.
- 6) Unha com depressões puntiformes (unha em dedal) é observada na psoríase, areata e eczemas.
- 7) Pigmentação subungueal de origem exógena (concauidade para fora) – colonização por pseudomonas e onicolise.
- 8) Tricorrexe invaginada ocorre na síndrome de Netherton com ictiose linear circunflexa. Onicolise pode ser fotoinduzida por tetraciclina. Pterígio ungueal pode ocorrer por trauma, inflamações, líquen plano.
- 9) Doença de Bowen subungueal – pode causar onicolise, melanoníquia estriada, tecido de granulação (não causa unha em dedal – depressão cupuliforme que é acometimento da matriz proximal – não tem relação com câncer).
- 10) Tumor glômico apresenta sensibilidade ao frio, o melhor exame não invasivo é a RNM, o sinal de LOVE consiste de dor à compressão e descompressão. O tratamento é cirúrgico.
- 11) Sulcos de Beau profundos e largos são relacionados respectivamente com intensidade e duração da doença sistêmica.
- 12) Psoríase do leito ungueal caracteristicamente provoca onicolise.

- 13) Em relação a acrodermatite continua de Hallopeau – mais comumente acomete as mãos (quirodactilos), o dx diferencial inclui a infecção bacteriana e viral (diferenciar de paroniquia aguda), pode evoluir com oníquia e atrofia da falange distal, pode ocorrer na psoríase pustulosa de Von Zumbusch.
- 14) A síndrome da unha amarela – parada do crescimento das unhas – relação com linfedema e comprometimento do trato respiratório e HIV.
- 15) Psoríase ungueal – durante o curso da psoríase as unhas são afetadas em torno de 50% dos casos e 70% dos casos na artropática. Por ordem de frequência a principal manifestação é onicolise. Manchas de óleo ou placa salmão são conseqüentes a onicolise localizada. Hiperqueratose subungueal sinaliza comprometimento do leito.
- 16) Paciente feminina 62 anos, alterações ungueais em 8 unhas das mãos há 6 anos. Sorologia positiva para hepatite C, diabética controlada com hipoglicemiante oral. Unhas atroficas. É um líquen plano, como pode estar relacionado ao líquen plano pilar, tem relação com placa de alopecia cicatricial. Morfológicamente é conhecido como unha atrofica (onicoatrofia). O diagnóstico deve ser confirmado através de AP da matriz (pq é a atrofia é problema da matriz proximal e distal). No gabarito veio como bx do leito.
- 17) Onicosquiza é distrofia lamelar. Unhas em lascas.
- 18) Unha de Terry – cirrose, hepatites crônicas – leuconíquia aparente em toda a unha – problema no leito.
- 19) Onicomadese – descolamento da lâmina ungueal a partir da matriz. Onicomalacia – unha amolecida. Helconixe – unha ulcerada, quebra, arranca pedaço.
- 20) Unha esverdeada é característica da pseudomonas – produção de piocianina.
- 21) Droga que pode estar relacionada a paroníquia – acitretina.
- 22) Unha meio a meio é característico de pacientes com doença renal associada a azotemia. (hipoalbuminemia é linha de Muehrcke).
- 23) Ingestão de fenolftaleína pode produzir unha azul.

- 24) Linhas de Mees – estrias das unhas brancas e transversais que podem ser encontradas – envenenamento – arsenico e talio.
- 25) Síndrome da unha amarelada – observada em associação com HIV, linfedema e processos respiratórios.
- 26) O sinal de Hutchinson indica melanoma na base de melanoníquia linear, comprometimento da dobra ungueal proximal, pele cuticular e periungueal.
- 27) A fotooncolise é causada por tetraciclinas, psoralenos, quimioterápicos – taxanos.
- 28) Unha meio a meio – IR, traquioníquia – comum na areata, coiloníquia (pode ser fisiológica ou ferropriva), melanoníquia – AZT ou HIV.

Genodermatoses que apresentam alterações ungueais – epidermolise bolhosa distrofica e síndrome de Jadassohn-Lewandowsky (paquioníquia congênita tipo I).