

Idosa com síndrome das unhas amarelas e unhas em pinça

An elderly woman with yellow nail syndrome and pincer nails

Vitorino Modesto Santos ¹, Vanesa Blanger ², Ana Carolina Vieira Cançado ²,
Maíra Rocha Machado Carvalho ², Monique Chiovatto Montes Araujo ², Renata Faria Silva ²

Resumo

Acurada inspeção do aparelho ungueal é um passo importante do exame físico, e os profissionais de atenção primária à saúde devem conhecer as relações entre anormalidades ungueais e doenças internas. A síndrome de unhas amarelas inclui unhas distróficas, distúrbios pulmonares e edema de membros inferiores; e a rara deformidade unha em pinça é caracterizada por placas ungueais com excessiva curvatura transversal. A síndrome pode ser idiopática ou familiar, ou ocorre em pessoas com doenças da tireóide, malignidades, hipoalbuminemia, apnéia do sono, artrite reumatóide, tuberculose e AIDS. Psoríase, sapatos mal ajustados e osteófitos de falange distal estão associados com as unhas em pinça. O objetivo desse estudo de caso é descrever a concomitância de duas condições ainda pouco relatadas.

Palavras chave: Idosa, síndrome das unhas amarelas, unhas em pinça

Abstract

Accurate inspection of the nail apparatus is an important step during physical examination, and primary care health workers should know the relationships between ungual abnormalities and internal diseases. The yellow nail syndrome includes dystrophic nails, pulmonary disturbances and lower limb edema; and the rare pincer nail deformity is characterized by nail plates with excessive transverse curvatures. The syndrome can be idiopathic or familial, but may occur in people with thyroid disease, malignancies, hypoalbuminemia, obstructive sleep apnea, rheumatoid arthritis, tuberculosis, and AIDS. Psoriasis, ill-fitting shoes and distal phalanx osteophytes have been associated factors with pincer nails. The aim of this case study is to describe the concomitance of two yet scarcely reported conditions.

Key words: Elderly, yellow nail syndrome, pincer nails

Introdução

Anormalidades ungueais podem constituir indicadores úteis para suspeita de

doenças internas.¹ A síndrome das unhas amarelas (SUA) é considerada incomum; além de alterações pigmentares e distróficas, há

1. Professor Adjunto da UCB e Preceptor do Departamento de Medicina Interna do Hospital das Forças Armadas

2. Residentes de Clínica Médica do Hospital das Forças Armadas

E-mail do primeiro autor: vitorinomodesto@gmail.com

Recebido em 18/06/2014

Aceito, após revisão, em 05/07/2014

distúrbios pulmonares com ou sem derrame pleural e edema nos membros inferiores.²⁻⁵ Sua origem pode ser idiopática ou familiar; mas, também ocorre em associação com malignidades, hipoalbuminemia, apnéia obstrutiva do sono, insuficiência renal crônica, lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide, hipo ou hipertireoidismo, tireoidite de Hashimoto, tuberculose pulmonar, e SIDA.²⁻⁵

Unhas em pinça são raras, de origem congênita ou adquirida, com placas ungueais de acentuada curvatura transversal; têm sido associadas a psoríase, onicomicose, tumor ungueal, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Kawasaki, insuficiência renal crônica, drogas, osteófitos, e calçado apertado.^{1,6-8} Distúrbios circulatórios afetando vasos sanguíneos ou linfáticos podem causar alterações ungueais.^{2,5,7} Descreve-se o caso de idosa com SUA, além de unhas em pinça em todos pododáctilos e nos polegares.

Relato do Caso

Mulher de 78 anos, foi hospitalizada com hipertensão arterial, diabetes tipo 2, obesidade grau III e apnéia obstrutiva do sono. Foi transferida de outro serviço médico, após

tratamento de pneumonia com levofloxacino durante 10 dias. Estava em uso regular de indapamida, captopril e anlodipino, além de metformina e daflon. Passou a notar edema de membros inferiores há cinco anos; além de repetidos episódios de erisipela e dispnéia, mesmo em repouso, controlada com O₂ (2 L/min) por cateter nasal. Ao exame físico: IMC 54 Kg/m², murmúrio vesicular diminuído difusamente e abolido na base do hemitórax direito; unhas com ausência de lúnula e amareladas e, nos artelhos e polegares, espessadas e com aumento de curvaturas longitudinais e transversais (figura 1); edema de 3+ e dermatite ocre em membros inferiores (figura 2A). A paciente não se lembrou quando iniciaram as alterações ungueais. Exames laboratoriais não revelaram alterações significativas, inclusive os testes de função tireoideana.

O ecocardiograma evidenciou hipertrofia concêntrica discreta, disfunção diastólica com padrão indeterminado e função sistólica de VE preservada. Estudos de imagens do tórax mostraram opacidades alveolares no lobo médio, seqüelas pulmonares basais, bronquiectasias e derrame pleural (figura 2B).



Figura 1. A: Dedos com unhas amareladas e ausência de lúnula, além de unhas em pinça nos polegares; B: Artelhos com unhas em pinça, algumas com coloração amarelada; C: Detalhes dos polegares com unhas em pinça; D: Detalhe de unhas com ausência de lúnula.

No sexto dia de internação desenvolveu erisipela na perna direita, a qual foi controlada com cefalotina. A paciente recebeu alta com melhora da dispnéia em uso de O₂ (1 L/min) contínuo por cateter nasal. Foi orientada a

respeito de cuidados com as unhas e de possíveis efeitos do uso de beta-bloqueadores. Permanece em seguimento ambulatorial no serviço de Pneumologia, em controle com polissonografia.

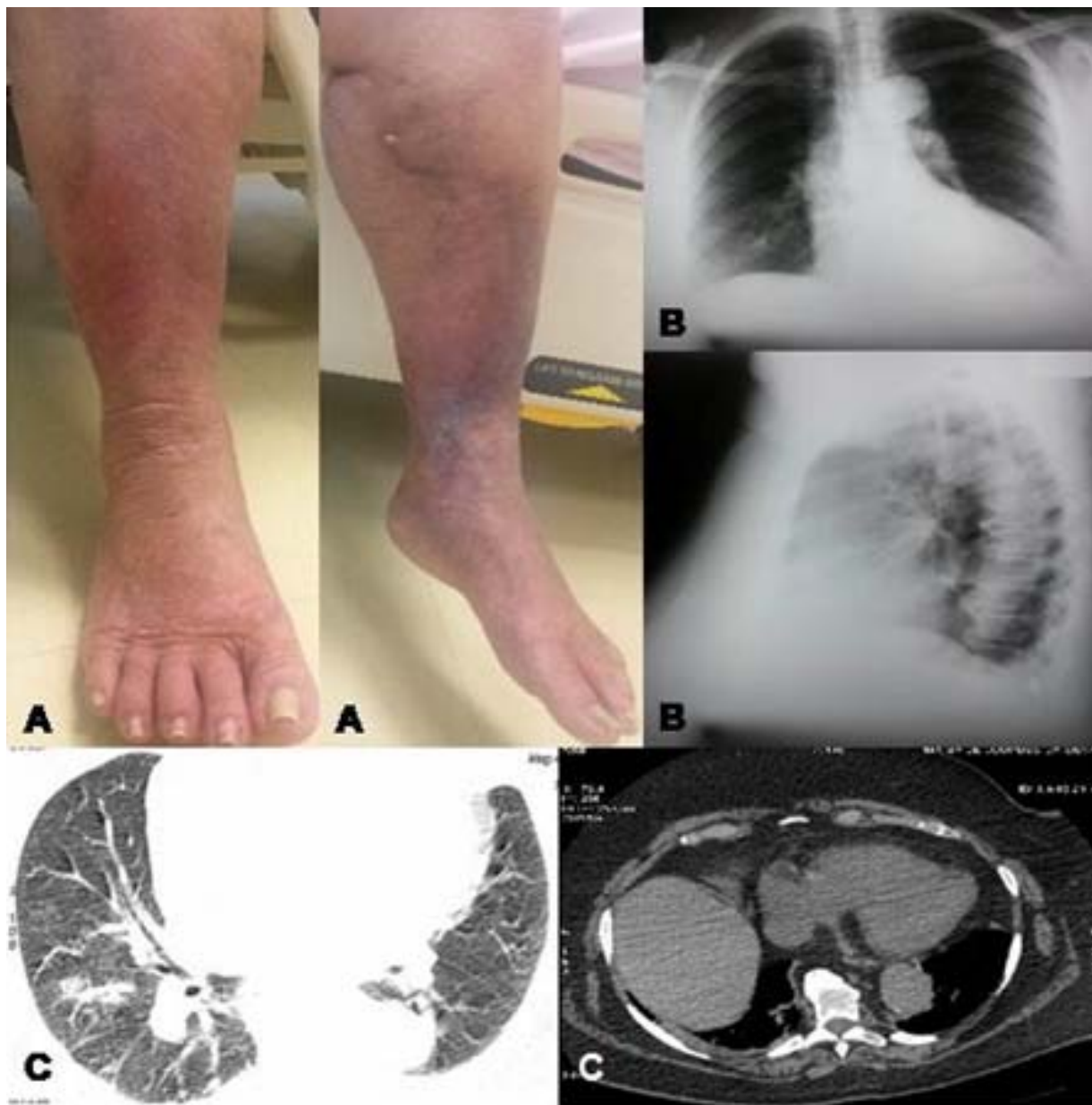


Figura 2. A: Membros inferiores apresentando edema, dermatite ocre e espessamento cutâneo de origem linfática, e alterações ungueais em todos os artelhos; B: Radiografia de tórax mostrando cardiomegalia, seqüela pulmonar na base direita, além de opacificação do seio costofrênico esquerdo; C: Tomografia computadorizada de tórax revelando imagens de opacidade alveolar no lobo médio, de seqüelas no parênquima em bases pulmonares e de bronquiectasias, além de pequeno derrame pleural.

Discussão

A paciente obesa do presente relato apresentava seqüelas de insuficiência venosa e de erisipelas nos membros inferiores, além de seqüela de pneumopatia na base pulmonar direita e derrame pleural. Em conjunto, as alterações ungueais e os dados clínicos permitiram confirmar o diagnóstico de SUA.²⁻⁵

Por outro lado, a presença de alterações venosas e linfáticas nas pernas e a apneia obstrutiva do sono são possíveis fatores relacionados com a origem e o desenvolvimento de SUA no presente relato.¹⁻⁸ Não se evidenciaram distúrbios da tireóide ou renais, psoríase, doenças do colágeno, onicomiose, tumor ungueal, doença de Kawasaki, hipoalbuminemia, tuberculose, SIDA, nem doença maligna.¹⁻⁸ Todos os artelhos com unhas em pinça poderiam indicar o papel de sapatos apertados;⁶⁻⁸ porém, usava sempre calçados confortáveis e as unhas dos polegares tinham características idênticas àquelas dos pés.

A ausência de lúnula, observada na maioria das unhas, já foi relatada em pacientes com SUA.^{2,3} Avitan-Hersh e colaboradores descreveram o achado em um paciente de 40 anos etários; semelhante ao presente caso, as unhas dos artelhos tinham cor amarelada e se apresentavam em pinça e distróficas, sem

cutícula nem lúnula. Havia seqüelas de insuficiência venosa crônica e de erisipela em membros inferiores; também, não ocorreu insuficiência renal crônica que poderia ocasionar ausência de lúnula.² Dos Santos e colaboradores relataram ausência de lúnula nos quirodáctilos de uma portadora de SUA com 61 anos etários, hipertensa, com diabetes do tipo 2 e insuficiência renal crônica, em uso prolongado de enalapril, hidroclorotiazida, aspirina, metformina e cilostazol.³ Aquela paciente não apresentava unhas em pinça e a investigação revelou um câncer de ovário com metástases hepáticas.³ Santos e colaboradores relataram SUA, com unhas em pinça e ausência de lúnula, em uma mulher com 86 anos etários com hipotireoidismo, insuficiência renal crônica, e antecedente de câncer mamário.⁵ Digno de nota é o fato de ela não ter usado beta-bloqueador para o tratamento da hipertensão arterial. Vários casos de unha em pinça têm sido descritos em associação com o uso de beta-bloqueadores e esse fenômeno pode ser reversível, já que a placa ungueal volta ao normal após a suspensão da droga.^{1,6} Casos discretos de unha em pinça são passíveis de controle com medidas conservadoras; já os mais acentuados devem ser corrigidos com intervenções cirúrgicas, como a técnica de Zook modificada.^{1,5}

Conclusão

Tanto a SUA quanto as unhas em pinça tem sido relatadas em indivíduos idosos; entretanto, uma relação direta entre essas alterações ainda não foi estabelecida. A coexistência dessas entidades pouco descritas parece ser bastante incomum, ou então pouco diagnosticada, ou raramente publicada. Estudos de caso podem contribuir para o esclarecimento da fisiopatologia de alterações ungueais raras.

Referências

1. Tully AS, Traves KP, Studdiford JS. Evaluation of nail abnormalities. *Am Fam Physician*. 2012; 85(8):779-87.
2. Avitan-Hersh E, Berger G, Bergman R. Yellow nail syndrome. *Isr Med Assoc J*. 2011; 13(9):577-8.
3. dos Santos VM, Marques HV Jr, Lima Cdo C, Turra TZ, de Melo Nogueira PR Jr, Lima LN. Yellow nail syndrome and adnexal tumour: causal or casual association? *Indian J Chest Dis All Sci*. 2010; 52(1):51-3.
4. Santos VM, Ribeiro KRA, Santos AMRO, Nascimento ALO, Fachinelli LR, Cavalcanti GF. Síndrome das unhas amarelas em idosa com hipotireoidismo: relato de caso. *Brasília Méd*, 2013; 50(4):342-5.
5. Santos VM, Sá DAR, Paz BCS, Vasconcelos RA, Santos SC, Santos FHB. Half-and-half nails and yellow nail syndrome in hemiplegic patient with renal failure. *Brasília Méd*, 2010; 47(3):364-7.
6. Brinca A, Pereira N, Vieira R, Figueiredo A. Unha em pinça – correção cirúrgica pela técnica de Zook modificada. *Rev Soc Portuguesa Dermatol Venereol*. 2011; 69(4):613-5.
7. Kirkland CR, Sheth P. Acquired pincer nail deformity associated with end stage renal disease secondary to diabetes. *Dermatol Online J*. 2009; 15(4):17.
8. Lee JI, Lee YB, Oh ST, Park HJ, Cho BK. A clinical study of 35 cases of pincer nails. *Ann Dermatol*. 2011; 23(4):417-23.