

# Cartas al Director

Localizador  
06-100

## Tratamento cirúrgico da onicomicose

A onicomicose é uma infecção prevalente da placa ungueal, em especial afetando os pododáctilos, sendo o *Trichophyton rubrum* o agente mais comum[1]. Esta afecção normalmente apresenta dificuldade de terapêutica e com alto índice de recorrência, mesmo com os novos antifúngicos sistêmicos e tópicos[2]. Normalmente o tratamento é prolongado e não cativa uma boa parcela dos pacientes.

### Relato de Caso

Caso 1. Mulher, 33 anos, costureira, apresentando infecção micótica ungueal dos grandes quirodáctilos há mais de um ano. Utilizou fluconazol 150 mg por semana durante 12 semanas com mínima resposta. Procurou atendimento querendo uma solução definitiva da doença, mas não queria usar nenhum medicamento sistêmico. O acometimento da placa ungueal era superior a 50%, uma indicação plena para terapia oral (Figura 1). Diante a preposição do paciente, optou-se pela remoção cirúrgica da unha doente e posterior complementação com esmalte a base de ciclopírox olamina 1 x/semana (Figura 2). A conduta satisfez o anseio do paciente.

Caso 2. Homem, 52 anos, empresário, apresentando onicomicose distal dos grandes pododáctilos há vários anos. A conduta preconizada foi uso de esmalte a base de amorolfina 2 x/semana. Após seis meses foi obtido uma resposta moderada, mas o paciente apresentava-se ansioso por um tratamento mais rápido. Foi proposta a abrasão da placa ungueal, em



**Figura 2.** Remoção cirúrgica parcial da placa ungueal doente.



**Figura 4.** Mesma unha, após abrasão.

duas sessões mensais, e manutenção do esmalte (Figuras 3 e 4). A evolução terapêutica se fez mais rápida após a abrasão.

### Discussão

Existem diversos antifúngicos disponíveis para o tratamento das onicomicoses, como o fluconazol, terbinafina, ciclopírox olamina e amorolfina. Estes novos antifúngicos apresentam resultados superiores e menos efeitos colaterais que os antigos cetoconazol e griseofulvina. Contudo, ainda apresentam o desconforto de uma posologia incômoda e duração prolongada[1-3]. Na prática médica, a melhora clínica começa a ser visível normalmente após o segundo-terceiro mês, e observa-se que muitos pacientes acabam desistindo do tratamento. Isto pode ser entendido, pois a onicomicose determina limitações sociais e impacto psicológico pelo aspecto inestético da doença[4].

Além do mais, existem algumas situações que impedem o manejo clínico, a saber: sensibilidade aos antifúngicos, hepatotoxicidade, interação medicamento-

sa e intolerância a terapêutica prolongada. Nestes casos, existe a possibilidade de técnicas cirúrgicas como a avulsão ungueal química e cirúrgica. A primeira, normalmente é desconfortável ao paciente tanto pelo método em si como pelo odor fortemente desagradável. A segunda obriga a remoção total da placa ungueal, conhecimento técnico mais apurado, cuidados pós-operatórios rígidos (antibiótico terapia sistêmica) e recuperação dolorosa[2].

A abrasão cirúrgica e a remoção parcial ungueal são opções mais interessantes por determinar uma mudança imediata da unha. A abrasão está indicada nas onicomicoses que não afetam mais da metade da placa ungueal. Não necessita de anestesia e é realizada rapidamente, em média 10 minutos. O único desconforto é o calor local. A remoção cirúrgica parcial tem como vantagem ser um procedimento de fácil execução, recuperação mais rápida e menos dolorosa, e poucos cuidados pós-procedimento.

Normalmente, tanto na abrasão como na remoção parcial ungueal, indico uso de esmalte de ciclopírox olamina ou amorolfina no pós-operatório uma vez por semana, até o crescimento total da unha.

### M. Zanini

Membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Especialista em Dermatologia, Cirurgia e Dermatocosmiatria

### Correspondencia:

Maurício Zanini  
Rua. Pref. Frederico Busch Jr, 124  
Blumenau/SC/Brasil  
Fone/Fax: (55) 47-3326-5326  
e-mail: dermatozanini.adm@gmail.com



**Figura 1.** Onicomicose em 1.º quirodáctilo.



**Figura 3.** Onicomicose distal do 1.º pododáctilo submetido a abrasão.

## Bibliografía

1. Evans EG. Causative pathogens in onychomycosis and the possibility of treatment resistance: a review. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:S32-56.
2. De Backer M, De Vroey C, Lesaffre E, Scheyns I, De Keyser P. Twelve weeks of continuous oral therapy for toenail onychomycosis caused by dermatophytes: a double-blind comparative trial of terbinafine 250 mg/day versus itraconazole 200 mg/day. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:S57-63.
3. Elewski BE, Hay RJ. Update on the management of onychomycosis: highlights of the Third Annual International Summit on Cutaneous Antifungal Therapy. *Clin Infect Dis* 1996;23:305-13.
4. Lubeck DP, Gause D, Schein JR, Prebil LE, Potter LP. A health-related quality of life measure for use in patients with onychomycosis: a validation study. *Qual Life Res* 1999;8:121-9.

## FE DE ERRATAS

En el artículo publicado en Medicina Cutánea 2008;36(3):146-151 se ha producido una errata en la impresión de los autores de la misma. La cabecera del artículo aparece como sigue:

### Angiosarcomas cutáneos

*Cutaneous angiosarcomas*

Cuando la versión correcta es:

### Angiosarcomas cutáneos

*Cutaneous angiosarcomas*

V. Morales Gordillo, JC Armario Hita, JM Fernández Vozmediano  
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. Jerez de la Frontera. Cádiz.

A. Jaén Larrieu, JC Armario Hita, JM Fernández Vozmediano  
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. Jerez de la Frontera. Cádiz.