

# LIVREM-ME DESTA UNHA! POR FAVOR!

MARIA JOSÉ LEAL, ANA PAULA LUCAS, REGINA DUARTE  
Serviço de Cirurgia Pediátrica. Hospital de Dona Estefânia. Lisboa.

## RESUMO

A unha encravada ou onicocriptose é uma situação frequente, com morbilidade considerável e prevalência nos grupos etários jovens. As crianças são atingidas por esta patologia, havendo um predisponente anatómico, a que se adicionam na idade pré-adolescente, factores comportamentais. Foram tratadas cirurgicamente com matricectomia parcial por electrocauterização (MPE), 47 doentes com onicocriptose de evolução arrastada em que os métodos conservadores não tinham resultado. A predominância do sexo masculino foi de 55,7%; a distribuição etária, dos 12 meses aos 15 anos, mostrou uma maior incidência no grupo acima dos oito anos (82,9%). O tempo de evolução do processo ou da última recidiva, variou de um mês a 10 anos. Onze doentes tinham sofrido intervenções cirúrgicas prévias, dos quais um com duas e outro com seis intervenções. Foram operados 69 dedos, com atingimento do 1º dedo do pé bilateral em 20 doentes; em dois destes um outro dedo que não o 1º também estava afectado. Em seis unhas existia paquioníquia concomitante. Com um mínimo de oito meses de recuo, há a registar como complicações, o desenvolvimento de quelóide cicatricial no bordo do leito ungueal em um caso. Outro caso apresenta sinais iniciais de "encravamento" ungueal; apesar de as regras de cuidados locais não terem sido seguidas, a extensão transversal da matricectomia não foi provavelmente a necessária de modo a resultar uma largura ungueal compatível com a do leito.

## SUMMARY

### Take this nail off! Please

Ingrowing toenails are a very frequent pathology in children and adolescents. There is an anatomic component, but also other factors, such as inadequate shoes and incorrect nail-trimming. We treated 47 patients with 69 ingrowing toenails, between one and 15 years of age. The evolution time was one month to 10 years and 11 patients had precedent surgeries. Lateral electro-surgical matricectomy was the choice technique. With a follow up of at least eight months, there is only one case of recurrence.

## NOTA PRÉVIA

Este é o lamento em grito já abafado que muitos pré-adolescentes soltam, vítimas dum mal tão *ridículo* quanto incapacitante. Por longo tempo arrastam uma experiência dolorosa, permanente, limitativa da sua actividade e mal compreendida pelos circunstantes.

Relatam longas histórias, já nubladas, de unguentos, antisepticos, antibióticos e antiflogísticos, análises diversas e repetidas, visitas múltiplas infrutíferas a centros assistenciais de diferenciação gradativa, observação por diversificados profissionais de saúde e consultas a médicos de várias especialidades. Alguns enriquecem o relato com a saga de intervenções de terapia local mais ousada como cauterização com nitrato de prata, desencravamento do bordo, introdução de mechas ou outros produtos, com ou sem anestesia; outros ainda foram sujeitos a intervenções propriamente cirúrgicas de memória dolorosa e resultado à vista ineficaz.

Descalçam-se cuidadosamente, com parcimónia, e exibem um dedo do pé repelente e supurado, que ganha em grotesco às próteses de diversão carnavalesca. Desde há muito, coxeiam, não correm, não fazem desporto, têm a fobia dos pisões, os sapatos são instrumentos de tortura e o simples gesto de colocar o pé no chão torna-se acto heróico. A expressão é triste, abatida.

A seu lado uma mãe (ou outro familiar) clamorosa e revoltosa que se interroga perante tão insignificante patologia como a da UNHA, tornada perseverante e perversa: *esta porcaria (desculpe...) nunca mais se resolve!, isto assim não pode continuar, Sr. Doutor!*

## INTRODUÇÃO

A unha encravada (*unguis incarnatus*) ou onicocriptose tem uma vasta bibliografia que descreve técnicas muito variadas, desde as mais conservadoras<sup>1-6</sup> às mais mutilantes<sup>5-7</sup>, passando pelas cirúrgicas dirigidas ao complexo ungueal propriamente dito<sup>5,6,8,9</sup>, nomeadamente a matricectomia parcial por electrocauterização (MPE)<sup>6, 10-13</sup>. Os autores são de diversas especialidades médicas e cirúrgicas assim como de outros grupos de profissionais paramédicos credenciados.

É uma situação muito frequente, atinge sobretudo os grupos etários mais jovens e muitas são as causas responsabilizadas pelo seu aparecimento<sup>5, 8, 14,15</sup>.

A mais incriminada é o calçado desadequado, de flagrantes modelos anti-anatómicos; o traumatismo permanente de compressão do bordo ungueal lateral (córneo) contra a prega cutânea (frágil) que o recobre, origina nesta, soluções de continuidade e o conseqüente edema, infecção, supuração, etc (Figuras 1 e 2). A reforçar este

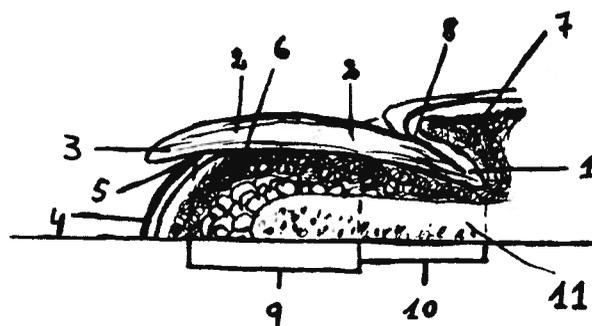


Fig. 1 - Unha em corte longitudinal

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| 1 - raiz da unha         | 7 - derme supra-ungeal |
| 2 - corpo de unha        | 8 - ranhura ungueal    |
| 3 - bordo livre          | 9 - leito ungueal      |
| 4 - polpa do dedo        | 10 - matriz            |
| 5 - ângulo ungueo-polpar | 11 - 3ª falange        |
| 6 - derme sub-ungeal     |                        |

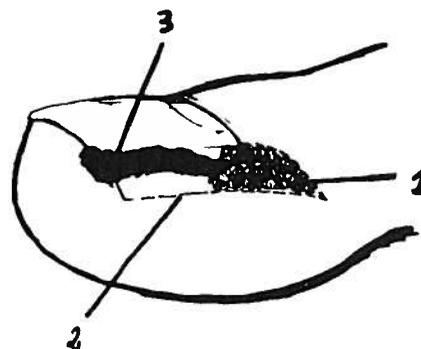


Fig. 2 - Onicocriptose - extensão lateral da raiz da unha

- |   |
|---|
| 1 - zona de matriz a electrocauterizar    |
| 2 - bordo lateral da unha                 |
| 3 - debrum cutâneo lateral "traumatizado" |

factor, algumas estatísticas apresentam percentagens mais elevadas para o sexo feminino. O mau cuidado das unhas, não reportado apenas à carência de higiene, é outra causa referida, sobretudo o descuro no corte e na limpeza específica que as unhas requerem. No entanto ambos os motivos são discutíveis por si só, como causa necessária e/ou suficiente; estão descritas onicocriptoses em pés e unhas impecavelmente cuidados e em populações que só usam calçado aberto<sup>3, 8, 12, 14, 15</sup>.

O formato anatómico, convexo, do leito e da unha - unhas em *telha de Provença* - é um factor apontado como responsável, mas vemos unhas e leitos planos com problemas de encravamento tão graves quanto as

primeiras<sup>8, 16, 17</sup>.

Estudos anatómicos e histológicos dirigidos, demonstram a variação anatómica da extensão da matriz ungueal quer no sentido longitudinal quer transversal e da incompatibilidade anatómica do complexo matriz-unha com a largura do leito, contido entre os debruns cutâneos que limitam os bordos laterais<sup>18, 19, 20, 21</sup>.

Assim, apesar de ter em conta os motivos primariamente apontados como factores de desencadeamento ou de agravamento, não tem unhas encravadas quem quer, o facto está determinado pela variante anatómica da matriz que em alguns casos se estende no sentido transversal até, ou quase, à face plantar da falange terminal.

Para além da variação da extensão matricial há ainda a referir as alterações estruturais da placa ungueal dismórfica, nomeadamente o seu espessamento. A unha, como qualquer tecido epidérmico dispõe de um número limitado de formas de expressão; uma mesma forma pode ser desencadeada por mecanismos tão diferentes como o genético, o traumático, o infeccioso, o degenerativo por envelhecimento, etc. Assim, o maior tamanho das células da matriz, leva à produção de uma placa ungueal espessada, genericamente designada por paquioníquia, unha hipertrófica, hiperoníquia e suas variantes, como resultado de factores etiológicos diversos como os referidos<sup>8, 21</sup>.

As unhas encravadas não são raras em recém-nascidos e lactentes e são geralmente resolvidas (de momento e por enquanto) por métodos conservadores. Na pré-adolescência, à configuração anatómica vêm adicionar-se em bloco os motivos não etiológicos já apontados: a sudorese, o calçado inadequado, o traumatismo repetido, a higiene descuidada, etc. Nesta idade o próprio recusa que outros cuidem da sua higiene, e além da tradicional fase da porcaria, os cuidados que se dispensa são por vezes insuficientes e mesmo deletérios no que respeita à sua potencial onicocriptose; além de não fazer a remoção do epitélio descamado acumulado no ângulo entre o bordo livre e lateral da unha e a prega cutânea, corta em excesso este ângulo da unha no sentido proximal - porque o bico me incomoda - gesto propiciador ao estreitamento do leito e afundamento da prega cutânea lateral, e à consequente e muito provável laceração do debrum cutâneo<sup>3,8,14,15,16,22</sup>.

Se a literatura é vasta quanto à população adulta, é parca e pouco objectiva quanto à infantil<sup>3,14,15</sup>. É preciso recuar algumas décadas para encontrar nas edições dos compêndios de Cirurgia Pediátrica referências e directrizes de tratamento para o pequeno problema e grande flagelo dos pequenos com unha encravada<sup>16,22</sup>.

## DOENTES E MÉTODOS

De Janeiro de 1994 a Julho de 1996 foram operados 47 doentes que sofriam de onicocriptose complicada.

Vinte e sete são do sexo masculino: 55,7% (Figura 3).

Em cinco doentes do sexo feminino (seis unhas) a onicocriptose era concomitante com onicodismorfia do tipo paquioníquia (Figura 3).

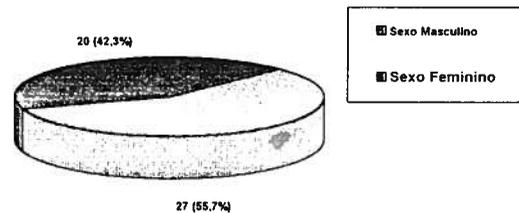


Fig. 3 - Distribuição por Sexo. Total de Doentes = 47.

A idade dos doentes varia entre os 12 meses e os 15 anos, (Figura 4), 39 têm mais de oito anos (82,9%). Acima dos 12 anos o sexo masculino é notoriamente o mais atingido: 16/23 (69,6%), campeando ainda este grupo em número de unhas, devido à bilateralidade (Quadro I e II).

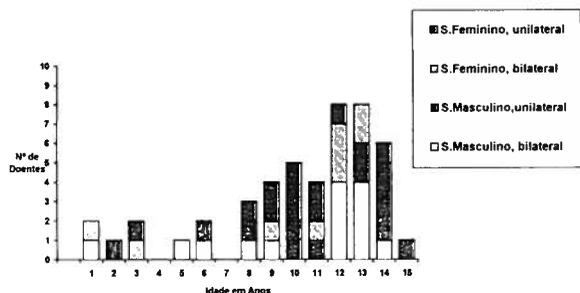


Fig. 4 - Idade M.P.E.

### Quadro I

< 7 Anos	8	17,1%
> 8 Anos	39	82,9%
> 12 Anos	23	7 Raparigas - 30,4% (3 bilat.)
		16 Rapazes - 69,4% (9 bilat.)

A localização é segundo a Figura 5.

O tempo de evolução varia entre um mês e 10 anos (Figura 6). Todos os doentes tinham sido sujeitos a terapêuticas conservadoras ineficazes.

No Grupo A, tempo de evolução inferior a quatro meses, situam-se 28 doentes com processos de paroníquia grave, em que foram aplicadas medidas locais

**Quadro II - Localização**

	Nº de doentes	Nº de unhas	Porcentagem
		8 dta	8/47 (17,02%)
Unilateral	27		27/47 (57,45%)
		19 esq	19/47 (40,42%)
Bilateral	18	36	18/47 (38,30%)
Bilateral +1			
D2 esq.	1	3	
			2/47 (4,25%)
D3 esq.	1	3	
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>69</b>	

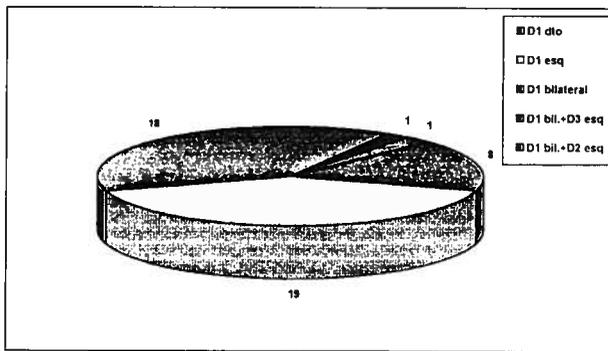


Fig. 5 - Doentes (47) / Localização

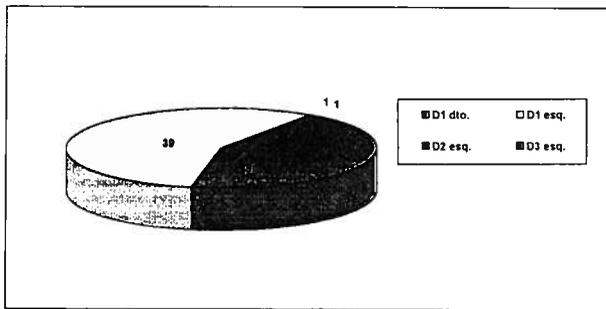


Fig. 5A - Unhas encravadas (69) / Localização  
Pé esquerdo - 41 (59,3%); Pé direito - 28 (40,7%)

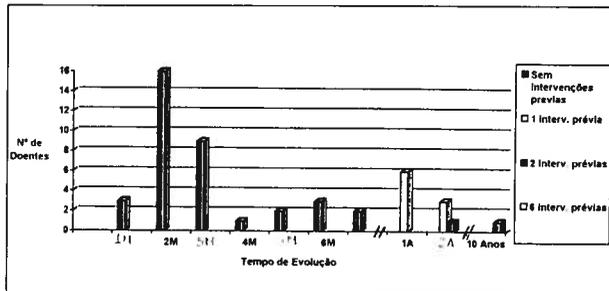


Fig. 6 - Tempo de Evolução  
Grupo A - 28 : recalcitrantes ou com processo de paroníquia grave com evolução <4 meses  
Grupo B - 8: idem A e/ou processo arrastado com evolução entre 4 a 8 meses  
Grupo C - 11: idem A ou B e intervenções cirúrgicas prévias com evolução >1 ano, 9 com uma intervenção, 1 com duas intervenções, 1 com seis intervenções

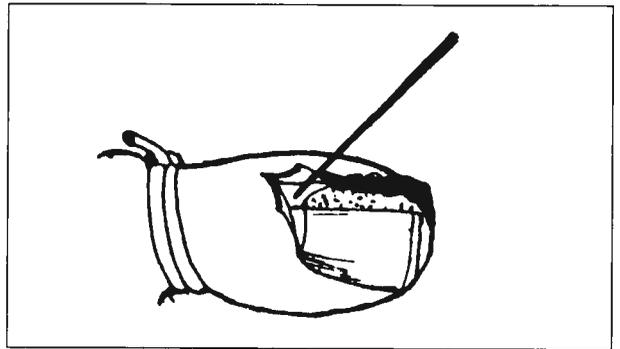


Fig. 7 - Zona de matriz exposta após ressecção do 1/3 lateral da unha encravada e electrocautério de ponta fina.

de desinfecção, banhos salinos, cauterização com nitrato de prata, drenagem de abscessos subungueais, etc. além de antibioterapia e antiflogísticos orais. Na maioria dos doentes do Grupo A a complicação de onicocriptose em fase de agudização, era recalcitrante, contando com um ou mais episódios de inflamação, alguns no período de lactente, que curaram na altura com medidas conservadoras.

No Grupo B, oito doentes com tempo de evolução entre quatro a oito meses, a situação é idêntica à de A, embora mais arrastada; no Grupo C, decurso superior a um ano, situam-se os 11 doentes sujeitos a intervenções cirúrgicas prévias com extracção da unha e/ou excisão ou curetagem que sofreram um total de 17 intervenções.

Em nenhum doente foi diagnosticada qualquer doença debilitante, como diabetes, hipogamaglobulinemia, imunodepressão, etc. Um doente sofria de onicofagia compulsiva preferencial pelas unhas dos pés e tinha seguimento pedopsiquiátrico.

**MATRICECTOMIA PARCIAL POR ELECTROCAUTERIZAÇÃO**

A totalidade dos doentes foi operada por esta técnica, sob anestesia geral ou sedação com assistência anestésica no Bloco Operatório, em regime ambulatorio.

Após lavagem cirúrgica do pé, com cuidado especial para a unha afectada, removem-se os tecidos necrosados, corta-se o seu bordo livre com limpeza subungueal, aplica-se garrote na base do dedo e procede-se a anestesia locoregional com cloridrato de lidocaína a 2% sem vasoconstrictor. Introduce-se o ramo de uma sonda cânula, ramo de pinça de dissecação ou outro, entre a unha e o seu leito a cerca de 1/3 de distância do debrum cutâneo afectado, desbrida-se num gesto rápido, ficando exteriorizado a porção lateral da unha, que na totalidade dos casos apresenta uma configuração do ângulo ungueal incluso, em agudo marcado; o 1/3 da unha junto do lado afectado é cortado longitudinalmente, deixando exposto o bordo

do leito ungueal. Calcula-se a extensão do tecido germinativo pelo ângulo da unha exteriorizado, e faz-se uma incisão no debrum cutâneo até ao limite, em profundidade, daquele, de modo a expô-lo completamente. Por vezes estende-se 4-5 mm ou mais do rebordo da prega. Rebatem-se os bordos e procede-se à electocauterização com ponta fina, de todo o triângulo de tecido matricial germinativo (Fig. 7). Se houver tecido de granulação residual no debrum cutâneo lateral, cureta-se ou cauteriza-se cuidadosamente. Quando há sinais francos de infecção é administrado em dose única per-operatória cefalosporina de 2ª geração. Nos casos recidivados há que ter particular atenção às ilhotas dispersas de matriz, detectáveis pelas espículas córneas que produzem.

Aplica-se unguento com Bacitracina ou similar e faz-se penso bem almofadado com ligadura digital-podálica.

O penso é aberto ao 3º ou 4º dia, com imersão em solução salina e aplicação de pomada de Iodopovidona. Nesta ocasião são instruídos os familiares e/ou a própria criança para que diariamente repita os banhos salinos (água e sal da cozinha) e faça um penso digital com pomada.

## RESULTADOS

O total de unhas tratadas foi de 69 (Quadro II, Figura 5) com atingimento unilateral do 1º dedo em 27 doentes e bilateral em 20, em dois destes havia envolvimento de mais um outro dedo.

Os bordos tibial e peronial são atingidos com incidência idêntica, mas na maioria dos processos a referência à lateralidade do bordo é omissa. Em três casos havia comprometimento de ambos os bordos na mesma unha, pelo que foram tratados com remoção completa da unha, pela dificuldade de na prática conseguir manter *in loco* e sem desbridamento o seu 1/3 médio.

Nos cinco doentes com paquioníquia, um bilateral, o tratamento MPE incluiu sempre os dois bordos da matriz, para conseguir um estreitamento eficaz do leito, e a unha foi sempre extraída em bloco.

Uma criança tinha sido submetida a seis intervenções prévias, apresentando o tecido córneo em ilhotas com crescimento anárquico e direcções anómalas. Na impossibilidade de reaver um crescimento córneo com disposição anatomicamente correcta e sem produzir incómodo, optou-se, por proceder à cauterização radical de todas as zonas matriciais dispersas após exposição adequada, deixando apenas uma pequena zona de matriz mediana.

O tempo mínimo de reavaliação pós-operatória foi de oito meses.

Como complicações há a referir o desenvolvimento de

quelóide cicatricial na prega cutânea correspondente ao bordo da excisão que por motivos estéticos foi removido cirurgicamente, cerca de 20 meses após a MPE. Em um caso há sinais iniciais de encravamento ungueal, em vigiância e com implementação de medidas de cuidados ungueais locais. A taxa de recidiva é de 1/69 (1,45 %) e de recidiva e complicações de 2/69 (2,90 %).

## DISCUSSÃO

A unha encravada na criança é uma entidade frequente, pouco referida na literatura, apesar da sua morbidade. Esta e outras entidades tidas como minor, ainda não chamaram a atenção da população e/ou dos grupos profissionais de saúde, se exceptuarmos a importância dada aos resfriados e congêneres nos adultos, responsáveis por alta taxa de absentismo laboral<sup>5</sup>.

Na nossa população infantil, o absentismo escolar não está suficientemente analisado, menos ainda a morbidade e limitação da actividade que as causas minor (resfriados e outros) provocam. Situa-se aqui a onicocriptose, que pela sua evolução arrastada e recalcitrante, e condicionamento da actividade física que provoca, é também um factor de absentismo escolar. Não temos dados exactos colhidos da população estudada neste trabalho, mas como nota hiperbólica, citaremos uma criança de 12 anos, que no final do mês de Fevereiro tinha 51 dias de absentismo escolar desde Setembro, motivados pela saga interminável duma UNHA!

No capítulo das infecções da mão e do pé em geral, o complexo ungueal representa a unidade anatómica mais frequentemente atingida, facto já referido em trabalho prévio onde foram estudados 52 doentes com infecções do pé, 37 dos quais com paroníquia, num total de 42 complexos ungueais infectados (5 bilaterais).

A distribuição por idades é mais frequente a partir dos 8 anos e o sexo prevalente é o masculino (Figuras 3 e 4); como justificativo buscaremos a concentração de motivos de agravamento no grupo etário e/ou no sexo masculino. Neste, os cuidados de higiene e o escuro do corpo é, de um modo geral, mais acentuado do que no sexo feminino, assim como a prática de desportos usando *os pés* potenciando o traumatismo da prega cutânea pelo bordo da unha<sup>8, 15</sup>.

Coincidente nesta fase é o surto de crescimento muito rápido, bem manifesto nas extremidades - mãos e pés - sobretudo no sexo masculino. As relações anatómicas alteram-se por vezes de forma desarmónica, sendo de registar a frequente alteração do apoio plantar, em valgo acentuado, que vai inferir nas já citadas perturbações do complexo ungueal. A configuração da arcada deve ser

conseguida pelo uso de ortóteses, de modo a restabelecer um apoio podálico correcto<sup>8, 15</sup>.

Na maioria dos doentes do Grupo A a complicação da onicocriptose, em fase de agudização, era recalcitrante contando com um ou mais episódios de inflamação, alguns no período de lactente, que curaram com medidas conservadoras.

A situação no Grupo B, mais arrastada, deve-se à cronicidade da evolução sem episódios de paroníquia grave, ou à relutância do próprio e/ou sobretudo dos familiares perante a intervenção cirúrgica, esperando uma solução satisfatória pelos métodos conservadores.

O Grupo C é demonstrativo de ineficácia das intervenções cirúrgicas efectuadas por profissionais mal preparados e/ou realizando técnicas inadequadas. A responsável da onicocriptose é a configuração anatómica da matriz devendo ser completamente excisada (qualquer que seja o método) na sua porção lateral, de modo que naquele espaço não volte a ser gerado tecido epitelial cornificado - UNHA.

O doente que sofreu seis intervenções tinha uma unha dismórfica, a história relata os resultados das intervenções em diversos hospitais. Ao processo inicial de paquioníquia com onicocriptose complicada seguiram-se recidivas, espículas, infecções, extracções, curetagens, até à 6ª intervenção efectuada com laser de dióxido de carbono que também não atingiu o tecido matricial *ocultado* que os estudos histológicos descrevem.

Nos cinco doentes com paquioníquia, esta era uma lesão malformativa congénita local não sindrómica, em dois casos com características de crescimento encurvado, tipo garra (onicogrifose). Alguns autores designam este tipo de dismorfia por unhas espessas, hiperoníquia ou *mau alinhamento congénito* para que não se confunda com o síndrome de Jordassohn- Lewandowsky ou paquioníquia congénita<sup>21, 24</sup>.

Após o crescimento da unha, os doentes são ensinados a proceder ao desgaste em superfície com lima, de modo a conseguir uma formação córnea de menor espessura, menos incomodativa e de aspecto estético melhorado.

Os doentes eram todos saudáveis, a cronicidade, recalcitrância ou recidivas são unicamente atribuíveis neste grupo, a causas locais e à ineficácia do tratamento, não a motivos debilitantes como tanta vez é salientado nas infecções dos pés dos adultos<sup>25</sup>.

As propostas de tratamento são as mais variadas podendo-se agrupar em três grupos:

1. Conservadores
2. Cirúrgicas sobre as estruturas envolventes
3. Cirúrgicas sobre o complexo ungueal

As primeiras, além dos cuidados de higiene local específica, preconizam desbridamentos repetidos do bordo ungueal, introdução de corpos estranhos para promover a fibrose, como o talco, a borracha ou sucedâneos, a fenolização ou outros químicos<sup>1-6</sup>. Têm um elevado grau de insucesso e algumas complicações, como a osteíte provocada pelo fenol; não são inocentes<sup>26</sup>.

Quanto às segundas julgamos desnecessário o comentário a cada uma, expressam uma atitude maneirista sendo tão ilógicas como mutilantes, usando meios em desconformidade com o alvo: "caçar ratos com canhão"; serão opções de desespero para casos excepcionais<sup>5, 6, 7</sup>.

No grupo três, variadas técnicas são descritas, sendo as mais lógicas as que preconizam a remoção do bordo do leito, da zona matricial e do bordo cutâneo. Em geral fazem-no por excesso desnecessário, removendo tecidos que nada têm a ver com o processo etiológico da questão - a zona germinativa - tornando a intervenção mais complexa, mutilante, com pós-operatório mais prolongado e desconfortável<sup>5, 6, 8, 9</sup>.

Vários autores preconizam a associação da técnica cirúrgica de excisão à fenolização com optimização de resultados; a germinativa é atingida a meio caminho pelo canivete, o fenol fará o resto, *escorrendo* até ao fundo do recondido da matriz<sup>27</sup>.

Neste grupo três situa-se a técnica descrita (MPE)<sup>5,6,10-13</sup>, executada por um dos autores (Leal) há mais de duas décadas. Perde-se no tempo a descrição original, o uso da electrocauterização é sequencial à cauterização, técnica primitiva, arma primaz do cirurgião. A sua aplicação na patologia em discussão, remonta nas descrições ao ano mil D.C.<sup>5</sup> e decerto, na *práxis*, aos pré hipocráticos. A não imposição da técnica, deve-se decerto não ao método em si, mas à sua aplicação anatomicamente inexacta, como acontece com qualquer dos métodos cirúrgicos do mesmo grupo. A grande vantagem da MPE reside, quando aplicada correctamente, à electividade com que se dirige à *causa* etiológica do processo e ao descalabro mínimo nos tecidos circundantes. Os índices de recidiva são muito baixos.

A opção da intervenção sob anestesia geral ou analgesia com assistência anestésica é da escolha do cirurgião com o completo acordo da criança e da família. São doentes em fase de saturação de dor, a que não é legítimo infligir mais sofrimento. A anestesia loco-regional efectuada é uma prevenção à dor pós-operatória que deste modo fica francamente diminuída.

Os casos com paroníquia grave, exuberante tecido de granulação, etc, devem ser controlados por medidas locais

já descritos, antes da matricectomia. Quando estes não resultam está indicado o desbridamento e corte do 1/3 da unha correspondente ao bordo afectado como primeiro gesto, sob garrote e anestesia de contacto *a frigore*. Quando os sinais inflamatórios estiverem em regressão será ocasião de proceder à matricectomia, com maiores probabilidades de atingimento exacto e completo do tecido germinativo, e pós-operatório curto e confortável.

Quando o lado contralateral apresenta sinais menores de encravamento ou na história houver referência a recorrências, deverá, com o acordo do doente, ser posta a indicação de tratamento bilateral a fim de prevenir uma ulterior intervenção, como sucedeu em três casos desta série.

A evolução pós-operatória depende do tipo de cuidados prestados, mas sobretudo do grau do processo inflamatório e/ou infeccioso ao momento da matricectomia.

Outros autores usam a MPE sem expor a céu aberto a zona germinativa, evitando a incisão do debrum cutâneo<sup>13</sup>; julgamos que esta atitude peca por defeito ou por excesso de *economia* de gesto cirúrgico, pondo em risco o acesso ao limite da matriz.

Outra técnica, sucedânea da MPE, substitui o electrocautério pelo Laser de Dióxido de Carbono: é uma actualização da fonte de energia. A técnica cirúrgica deverá ser exactamente a mesma para que resulte em sucesso<sup>17, 28</sup>.

Muitos são os artigos que insistem na proficiência do executor<sup>5, 8</sup>, é um princípio comum a qualquer acto cirúrgico, mas neste caso é flagrante por diversos motivos; a cirurgia minor (a que trata o que realmente apoquento) tornou-se um acto *minorado* e desprezível, sendo executada por principiantes com quem frequentemente não é partilhado *mano a mano* este tipo de ensino; nas fontes acessíveis dos compêndios, onde preparam exames e concursos, os temas como a unha encravada, são completamente omissos; a consequência destes factos parece estar bem patente neste trabalho e na vasta bibliografia crítica a ela dedicada.

## CONCLUSÕES

1. A unha encravada ou onicocriptose é uma afecção frequente e resulta da configuração anatómica da germinativa.

2. Condicionantes ambientais locais desencadeiam e potenciam o traumatismo continuado que o bordo córneo provoca no debrum cutâneo com as consequências inflamatórias e infecciosas tendentes à cronicidade.

3. Atinge os grupos etários jovens, incluindo a idade infantil com uma incidência na idade pré-adolescente, com um componente de morbilidade muito acentuado.

4. Os métodos conservadores são frequentemente

ineficazes e é necessário proceder por via cirúrgica à eliminação da zona germinativa lateral.

5. A MPE é uma técnica electiva, com agressão mínima e com índices de recidiva muito baixos quando executada correctamente por cirurgiões experientes e conhecedores da anatomia do complexo ungueal.

## BIBLIOGRAFIA

1. SIEGLE R, HARKNESS J: Phenol Alcohol Technique for Permanent Matricectomy. Arch Dermatol 1984; 120: 348-50.
2. TRAVERS G, AMMON R: The Sodium Hydroxide Chemical Matricectomy Procedure. J Am Podiat Assoc 1980; 70: 476-8.
3. CONNLOY B, FITZGERALD R: Pledgets in ingrowing toenails. Arch Dis Child 1988; 63: 71-2.
4. WALLACE WA, MILNED D: Gutter treatment for ingrowing toenails. Br Med J 1979; 2: 168-71.
5. SIEGLE R, STEWART R: Recalcitrant Ingrowing Nails. J Dermatol Surg Oncol 1992; 18: 744-52.
6. ZUBER TJ, PFENNINGER JL: Management of ingrowing toe nail. Am Fam Physician 1995; 52: 181-90.
7. BRETT MS: Operations for ingrowing toe nail in Rob C and Smith R. Operative Surgery 1957; 52: 181-90.
8. FOWLER A: Excision of the Germinal Matrix: a unified treatment for embedded toe-nail and onychogryphosis. Br J Surg 1958; 45: 382-7.
9. QUÉNU: Bull Soc Chir Paris 1887; 13: 252 (cit FOWLER)
10. VERNON S: Ingrown toe-nail-operation by electrosurgery. Am J Surg 1938; 42: 396-7.
11. SUPPAN RJ, RITCHLIN: A Nondebilitating Surgical Procedure for "Ingrown Toenail". J Am Podiat Assoc 1962; 52: 900-2.
12. ABBOTT W, GEHO E: Partial Matricectomy Via Negative Galvanic Current. J Am Podiat Assoc 1980; 70: 239-43.
13. KERMAN B, KALMUS A: Partial Matricectomy with Electrodissection for Permanent Repair of Ingrown Nail Borders. J Foot Surg 1982; 21: 54-6.
14. MANUSOU EG, LILLEGARD WA et al: Evaluation of pediatric foot problems. Am Fam Physician. 1996; 54: 592-606.
15. EISELE SA: Conditions of the toenails. Orthop Clin North Amer 1994; 25 (1): 183-8.
16. OMBREDANNE L. Précis clinique et opératoire de Chirurgie Infantile 1949 Paris Masson & Cie Editeurs: 1040-2.
17. LESHIN B, WHITAKER D: Carbon Dioxide Laser Matricectomy. J Derm Surg Oncol 1988; 14: 608-11.
18. TESTUT L: Membres. In: Testut L and Jacob O. Traité d' Anatomie Topographique avec applications médico-chirurgicales. Paris: Gaston Doin Editeur 1922: 335-41; 1125-6.
19. HASHIMOTO K. Ultrastructure of the human toenail. Proximal nail matrix. J Invest Dermat 1971; 56: 235-46.
20. HYDER N: Ingrowing toe nails: the extent of the germinal matrix. J Bone Joint Surg 1994; 76B: 501-2.
21. NORTON LA: Disorders of the Nails. IN: Moschella SL, Hurley HJ. Dermatology. Philadelphia: Saunders Company 1992: 1563-85.
22. FEVRE M: Chirurgie Infantile et Orthopédie 1967 Paris Ed. Med. Flammarion: 1625.
23. LUCAS AP, LEAL MJ: Infecções das mãos e dos pés na criança. Act Med Port 1995; 8: 409-13.
24. PIERRE M: L'Ongle. Paris: Expansion scientifique française 1978.
25. PEREIRA E As unhas essas desconhecidas. Oxigénio 1996; 7: 29-31.
26. GILLES G, DENNIS K: Periostitis Associated with Phenol Matricectomies. J Am Podiat Assoc 1986; 76: 469-72.
27. FULTON G, O' DONOHOEM et al: Wedge Resection alone or combined with segmental phenolization for the treatment of ingrowing toenail. Br J Surg 1994; 81: 1074-5.
28. KAPLAN I, LABANDTER H: Onychogryphosis treated with CO2 Surgical Laser. Br J Plast Surg 1976; 29: 102-3.