

BMJ Best Practice

Paroníquia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	11
Critérios de diagnóstico	12
Tratamento	13
Abordagem passo a passo do tratamento	13
Visão geral do tratamento	14
Opções de tratamento	16
Novidades	23
Acompanhamento	24
Recomendações	24
Complicações	24
Prognóstico	24
Nível de evidência	27
Referências	28
Imagens	30
Aviso legal	35

Resumo

- ◇ Paroníquia aguda é uma infecção aguda das dobras ungueais e tecidos periungueais, geralmente causada pelo *Staphylococcus aureus*.
- ◇ O tratamento da paroníquia aguda inclui incisão e drenagem de qualquer fluido purulento, imersão e antibacterianos tópicos e/ou orais.
- ◇ A paroníquia crônica é uma dermatite irritante crônica dos tecidos periungueais, resultante de danos de barreira aos tecidos protetores da unha, incluindo a cutícula e as dobras ungueais proximais e laterais.
- ◇ A água e a evitação de irritantes são as características do tratamento da paroníquia crônica.

Definição

Paroníquia significa inflamação do leito ungueal. Paroníquias agudas são infecções dos tecidos periungueais e geralmente se apresentam com uma infecção agudamente dolorosa e purulenta.

[Fig-1]

A paroníquia crônica representa um dano de barreira aos tecidos protetores da unha, incluindo a cutícula e as dobras ungueais proximais e laterais.

[Fig-2]

[Fig-3]

A barreira alterada da unha predispõe a unha à dermatite irritante, principalmente provocada por água, sabão, substâncias químicas e micróbios. A evitação desses irritantes é característico do tratamento.

Epidemiologia

A paroníquia aguda tende a envolver qualquer pessoa com danos agudos ou crônicos ao leito ungueal. Isso inclui pessoas com trabalhos mecânicos, bem como aquelas com exposição excessiva das mãos à água e substâncias químicas.

A paroníquia crônica afeta as mulheres mais que os homens, particularmente as que usam produtos cosméticos para unhas e que realizam atividades em alto risco de danificar a barreira dorsal ungueal normal. As atividades de alto risco incluem trabalhar como faxineiro ou cozinheiro, trabalhos que requerem contato excessivo com água e sabão ou que causam trauma e/ou manipulação da unha dorsal, cutícula ou dobra ungueal proximal.

Etiologia

Paroníquia aguda:[1] [2]

- As causas bacterianas incluem *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* e *Pseudomonas*, assim como outros bastonetes Gram-negativos.
- As causas virais incluem vírus do herpes simples e outros.

Paroníquia crônica:[1] [2]

- Causada pela interrupção da barreira dos tecidos protetores normais da unha (cutícula, dobras ungueais).

Fisiopatologia

Paroníquia aguda:

- A quebra da barreira permite um portal de entrada microscópico ou macroscópico para as bactérias ou outros micróbios no ambiente, para o que geralmente é um aparato anatômico impermeável e vedado.

- O resultado é uma infecção aguda (geralmente bacteriana) dos tecidos moles ao redor, e ocasionalmente embaixo, da lâmina ungueal.[1]

Paroníquia crônica:

- A interrupção da barreira, na forma de ausência da cutícula e de alteração na dobra ungueal proximal, facilita a exposição à água e aos contactantes irritantes (e ocasionalmente alérgicos) a um local geralmente protegido embaixo da dobra ungueal proximal. Nesse ambiente quente, úmido e escuro, as leveduras se colonizam (mas não infectam), e a exposição contínua ao irritante gera uma dermatite crônica.
- Dada a proximidade da matriz subjacente, anormalidades da placa secundária são comuns.[1]

Classificação

Paroníquia[1]

- Paroníquia aguda: infecção aguda e purulenta das dobras ungueais e tecidos periungueais, geralmente causada pelo *Staphylococcus aureus*, embora o *Streptococcus* e certos organismos Gram-negativos, bem como o vírus do herpes simples, sejam causas ocasionais.
- Paroníquia crônica: inflamação crônica das dobras ungueais (proximal e lateral) com perda da cutícula, dermatite eczematosa das dobras ungueais, distrofia da lâmina ungueal secundária e predisposição a infecções bacterianas secundárias.

Prevenção primária

A evitação de irritantes e o uso de luvas impermeáveis podem impedir o dano às dobras ungueais durante atividades de alto risco, reduzindo assim o risco de evoluir para paroníquia.

Caso clínico

Caso clínico #1

Paroníquia aguda: um homem de 30 anos de idade apresenta história de 1 dia de uma ponta agudamente dolorosa e edemaciada de um dedo da mão. O exame mostra uma dobra ungueal lateral profundamente vermelha, eritematosa e edemaciada, com uma bolsa de pus embaixo da pele tensa da dobra ungueal.

Caso clínico #2

Paroníquia crônica: uma mulher de 50 anos de idade reclama de aspereza da unha e edema das dobras ungueais. Ela faz manicure a cada 2 semanas, trabalha como faxineira e raramente usa luvas. O exame mostra ausência de cutículas, dobras ungueais edemaciadas e anormalidades da placa superficial irregular.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A paroníquia aguda e a crônica podem ser diagnosticadas com base em suas características clínicas; no entanto, a coloração de Gram, a cultura e a sensibilidade são requeridas para confirmação no caso da paroníquia aguda.

Paroníquia aguda

Um diagnóstico clínico de infecção purulenta nas dobras ungueais deve ser confirmado com coloração de Gram, cultura e sensibilidade, idealmente após a drenagem da infecção sob condições estéreis. O acúmulo já pode estar drenando espontaneamente, e nesse caso pode-se fazer um swab do fluido. Deve haver suspeita de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) em todos os casos de paroníquia aguda; portanto, a cultura deve ser obtida em cada caso.

O paciente com paroníquia aguda pode ter qualquer idade, embora lactentes e crianças (em fase de chupar o dedo) e os adultos com exposição excessiva à água ou a contactantes estão em risco mais alto. As mulheres tendem a ser afetadas mais comumente que os homens. Os pacientes apresentam queixas de dor nas dobras ungueais, com ou sem história de trauma ou drenagem de pus.

O exame mostra dobras ungueais proximais e/ou laterais edemaciadas, frequentemente com um acúmulo purulento na pele.

[Fig-1]

Isso é dolorido e drena após a incisão com uma lâmina número 11, demonstrando pus franco.

[Fig-4]

[Fig-5]

O diagnóstico é confirmado por meio desse exame clínico e a coleta do acúmulo é enviada para a coloração de Gram, cultura e sensibilidade para auxiliar no tratamento.

Certos fatores podem apontar para infecção por herpes simples como causa para a paroníquia aguda. Isso inclui dor lancinante, presença de vesículas, arranjo herpetiforme de pústulas e/ou vesículas ou ser refratário ao tratamento antibacteriano. Nesses casos, é indicado um swab para o esfregaço de Tzanck e, caso seja negativo, devem ser realizados testes adicionais para o vírus do herpes simples.

Nos casos graves e/ou refratários, um raio-X pode ser obtido para diagnosticar a osteomielite subjacente.

Paroníquia crônica

O diagnóstico é clínico, baseado nas típicas dobras ungueais inflamadas com ou sem mudanças na lâmina ungueal, com cutícula ausente, em uma pessoa com fatores de risco para os danos à dobra ungueal.

Os pacientes geralmente são adultos, e ocorre mais em mulheres que homens. Quase todos os pacientes têm história de exposição excessiva à água ou a contactantes, incluindo cosméticos para a unha (manicure, esmalte, brilho, tratamento para cutículas, endurecedores da unha). Os pacientes se queixam de edema e dor nas dobras ungueais, ocasionalmente com episódios infecciosos agudos (neste caso, pode haver uma combinação de características agudas e crônicas) e, frequentemente, anormalidades na placa superficial irregular. No exame, haverá edema e brilho nas dobras ungueais, cutícula ausente e, muitas vezes, distrofia da lâmina ungueal superficial.

[Fig-2]

[Fig-3]

Nenhum exame laboratorial é rotineiramente solicitado. Um hidróxido de potássio ou uma cultura fúngica pode mostrar *Candida*; no entanto, esta colonização não deve ser confundida com a infecção e seu tratamento é claramente secundário à evitação do irritante/umidade. A unha verde pode implicar infecção por *Pseudomonas*. A unha verde pode implicar infecção por *Pseudomonas*. Esse diagnóstico pode ser confirmado enviando uma amostra de um pedaço cortado da unha para coloração de Gram, cultura e teste de sensibilidade.

Para casos refratários, um raio-X ou ressonância nuclear magnética (RNM) pode ser obtido para excluir a hipótese de uma patologia óssea subjacente ou biópsia para avaliar o carcinoma da célula escamosa. No entanto, o diagnóstico de paroníquia crônica geralmente é firmado simplesmente com base clínica.

Retroníquia

Paroníquia crônica e interrupção do crescimento da unha raramente podem ocorrer subsequentemente ao crescimento interno pós-traumático da lâmina ungueal proximal na dobra ungueal proximal (retroníquia).^{[3] [4]} Os critérios clínicos importantes para o diagnóstico de retroníquia incluem: inflamação da dobra ungueal proximal; tecido de granulação surgindo embaixo da dobra ungueal; espessamento da porção proximal da lâmina ungueal; e interrupção do crescimento da unha.^[7]

Fatores de risco

Fortes

Lesão microscópica ou macroscópica das dobras ungueais (aguda)

- Esse é o único portal de entrada para os micróbios nos tecidos periungueais.

riscos ocupacionais (agudos e crônicos)

- O trauma das dobras ungueais relacionado ao trabalho cria um portal de entrada e causa a interrupção na barreira ungueal devido à exposição aos irritantes.

dano de barreira às dobras ungueais, cutícula (crônico)

- A barreira normal é impermeável aos micróbios, umidade e irritantes. Qualquer manipulação ou perda dessa barreira expõe o tecido geralmente protegido, embaixo da dobra ungueal proximal, a umidade persistente e cumulativa, micróbios, irritantes e contactantes alérgicos ocasionais. Esse ciclo de inflamação persiste até que os irritantes sejam removidos e a barreira ungueal normal seja formada novamente.

unha encravada

- Uma unha encravada pode evoluir para paroníquia.
- Paroníquia crônica e interrupção do crescimento da unha podem ocorrer subsequentemente ao crescimento interno pós-traumático da lâmina ungueal proximal na dobra ungueal proximal (retroníquia).[\[3\]](#) [\[4\]](#)

agentes quimioterápicos

- Alterações na unha são bem documentadas entre pacientes recebendo taxanos (docetaxel, paclitaxel e nanopartículas de paclitaxel ligadas à albumina) e inibidores do receptor do fator de crescimento epidérmico.[\[5\]](#) [\[6\]](#)

Fracos

crianças e adultos

- Todas as faixas etárias podem ser afetadas, mas o pico da incidência recai em crianças (na fase de chupar o dedo) e adultos.

mulheres

- As mulheres são mais prováveis de serem afetadas que os homens.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem lesão microscópica ou macroscópica das dobras ungueais e cutícula, adultos expostos a contactantes ocupacionais ou cosméticos, sexo feminino e crianças que chupam o dedo.

dor, edema, drenagem (aguda) (comum)

- Queixa comum na paroníquia aguda.

[\[Fig-1\]](#)

[\[Fig-5\]](#)

dobra ungueal edemaciada e purulenta (aguda) (comum)

- Característica da paroníquia aguda no exame.

[Fig-5]

irregularidades da lâmina ungueal (crônica) (comum)

- Queixa comum na paroníquia crônica.

[Fig-2]

[Fig-3]

edema/vermelhidão das dobras ungueais (crônica) (comum)

- Queixa comum na paroníquia crônica.

dobras ungueais rosas e edemaciadas (crônica) (comum)

- Característica da paroníquia crônica no exame.

cutícula ausente (crônica) (comum)

- Característica da paroníquia crônica no exame.

anormalidades da lâmina ungueal subjacente (crônica) (comum)

- Característica da paroníquia crônica no exame.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
swab para coloração de Gram, cultura e sensibilidade (aguda ou aguda em crônica) <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser realizado na apresentação inicial, antes de começar os antibióticos, para determinar se o <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à metilina (MRSA) está presente ou não. • A dobra ungueal deve ser limpa antes da incisão com uma lâmina número 11 ou uma agulha de calibre 18 (para evitar o contaminante). É importante procurar sensibilidades por causa da prevalência da resistência bacteriana. • Na paroníquia crônica, geralmente os testes diagnósticos não são necessários, e qualquer cultura ou hidróxido de potássio pode ser equivocada, a menos que haja um processo agudo sobreposto ao estado inflamatório crônico. 	bactérias observadas
swab para esfregaço de Tzanck (aguda, herpética) <ul style="list-style-type: none"> • Se o esfregaço de Tzanck for negativo, testes adicionais para herpes incluem anticorpo fluorescente direto para a coloração positiva de vírus do herpes simples (HSV), cultura para HSV e reação em cadeia da polimerase para HSV. 	células gigantes multinucleadas, corpos de inclusão, modelagem nuclear

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
hidróxido de potássio ou cultura fúngica (crônica) <ul style="list-style-type: none"> Nenhum exame laboratorial é solicitado rotineiramente na paroníquia crônica. 	Colonização com Candida (não deve ser confundida com infecção)
radiografia <ul style="list-style-type: none"> É requerida apenas nos casos resistentes ou atípicos. 	pode detectar disfunção óssea como osteomielite ou massa em uma disfunção óssea subjacente
RNM <ul style="list-style-type: none"> É requerida apenas nos casos resistentes ou atípicos. 	pode detectar disfunção óssea como osteomielite ou massa em uma disfunção óssea subjacente
biópsia cutânea/óssea <ul style="list-style-type: none"> É requerida apenas nos casos resistentes ou atípicos. Realizada para excluir a hipótese de malignidade e também fazer a excisão do tecido cronicamente inflamado. 	pode excluir a hipótese ou confirmar a malignidade

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Panarício herpético	<ul style="list-style-type: none"> O panarício herpético pode envolver qualquer área da ponta do dedo da mão ou tecidos periungueais, mas apenas quando causa a inflamação das dobras ungueais é que ele resulta em paroníquia aguda. Portanto, o herpes é uma causa conhecida de paroníquia aguda, mas o panarício herpético é um diferencial nas causas da dor na ponta do dedo. A formação de bolhas e a dor crescente diferenciam este quadro da paroníquia aguda bacteriana.[1] [8] 	<ul style="list-style-type: none"> Anticorpo fluorescente direto: positivo com corante para vírus do herpes simples (HSV). Esfregaço de Tzanck: células gigantes multinucleadas, corpos de inclusão, modelagem nuclear. Cultura: HSV Reação em cadeia da polimerase: HSV.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Mordida ou picada de artrópode	<ul style="list-style-type: none"> Prurido e história de picada ou viagem diferencia este quadro da paroníquia aguda.[1] 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia é feita se a lesão for suspeita de malignidade ou lenta para se resolver com o tratamento. A biópsia mostrará alterações típicas do infiltrado inflamatório denso com eosinófilos.
Lesão traumática	<ul style="list-style-type: none"> A história de lesão diferencia este quadro da paroníquia aguda.[1] 	<ul style="list-style-type: none"> Raio-X para corpos estranhos ou fratura subjacentes.
Carcinoma de células escamosas ou outra malignidade como melanoma amelanótico	<ul style="list-style-type: none"> A falta de qualquer resposta ao tratamento diferencia este quadro da paroníquia crônica.[1] 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia mostra células malignas.
Cisto mixoide	<ul style="list-style-type: none"> Edema/translucidez sobre as dobras ungueais diferencia este quadro da paroníquia crônica.[1] 	<ul style="list-style-type: none"> Punção com agulha com fluido viscoso ou transiluminação, biópsia, RNM.

Critérios de diagnóstico

Não há critérios definitivos para a paroníquia aguda leve e grave, e o julgamento da gravidade é baseado na avaliação clínica do médico. Em geral, a paroníquia leve aguda geralmente é menos dolorida e tem menos tecido periungueal envolvido, sem extensão local ou sinais sistêmicos de infecção. A paroníquia aguda grave geralmente se apresenta com dor significativa e envolvimento de uma área extensa de tecido periungueal e/ou extensão local e, geralmente, terá um acúmulo de pus flutuante. Os sinais sistêmicos de infecção podem estar presentes.

Abordagem passo a passo do tratamento

Na paroníquia aguda, uma vez que o diagnóstico é firmado, o tratamento é determinado pela gravidade da doença. Casos leves e/ou iniciais com poucos sintomas e apenas uma pequena coleção de pus podem ser tratados com drenagem, imersões secantes e agentes antibacterianos tópicos. Incisão e drenagem são realizadas apenas se um acúmulo estiver presente. Casos mais avançados também requerem agentes antibacterianos sistêmicos. Em ambos os casos, a cultura e as sensibilidades devem ser enviadas antes da instituição da antibioticoterapia para determinar se o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) está presente ou não.[1] [2] Todas as culturas positivas de MRSA devem ser tratadas com antibióticos sistêmicos de acordo com a sensibilidade. Isso evitará o insucesso do tratamento pela possibilidade de que o MRSA seja o fator causador da paroníquia.

Paroníquia aguda (bacteriana leve)

A paroníquia aguda leve é menos dolorosa e tem menos tecido periungueal envolvido, sem extensão local ou sinais sistêmicos de infecção; pode ser tratada com imersões secantes com acetato de alumínio e um antimicrobiano tópico. Incisão e drenagem de qualquer acúmulo de pus são requeridas.

Paroníquia aguda (bacteriana grave)

Qualquer paroníquia aguda grave ou dolorosa, com características como dor significativa, envolvimento de uma área extensa do tecido periungueal e/ou extensão local, acúmulo de pus flutuante ou sinais sistêmicos de infecção, requer terapêutica antimicrobiana sistêmica específica com base na cultura e sensibilidade. A terapia empírica apropriada inclui uma cefalosporina de primeira geração ou uma penicilina de espectro expandido. Clindamicina ou eritromicina podem ser usadas se o paciente for alérgico à penicilina. Incisão e drenagem de qualquer acúmulo de pus são requeridas. Também podem ser usadas imersões secantes com acetato de alumínio.

Paroníquia aguda (herpética)

Uma vez que o diagnóstico é confirmado, o tratamento com um antiviral oral (por exemplo, aciclovir, valaciclovir ou fanciclovir) pode ser considerado.

Paroníquia crônica

O fundamento do tratamento da paroníquia crônica é entender a função da barreira ungueal normal e comunicá-la ao paciente. O esquema de evitação de água e irritante é característico do tratamento. As etapas do tratamento são:[2]

- Eliminação da causa, evitando irritantes de contato e exposição de água, bem como a manipulação física e/ou trauma nas dobras ungueais
- Uso de luvas de algodão sob luvas de vinil para todo trabalho úmido e com exposição a substâncias químicas, ácidos, alcalis (incluindo cozinhar muitos alimentos), tintas e solventes
- Corticosteroides tópicos por 2 a 3 semanas (classe I ou II)
- Evitar todos os produtos para unhas (esmalte, removedor, condicionador, endurecedor) e manicure
- Usar um agente de limpeza para as mãos à base de álcool ou uma pequena quantidade de sabonete líquido neutro ao lavar as mãos, seguido pela secagem completa
- Proteger as mãos contra ressecamento e descamação nos climas frios
- Tratamento de qualquer paroníquia aguda sobreposta.

Se os pacientes forem refratários ao tratamento, os corticosteroides intralesionais ou a excisão da dobra ungueal proximal são possibilidades de segunda e terceira linha, respectivamente.[1] [2] A técnica cirúrgica de retalho quadrado remove o tecido fibrótico sem excisão completa da dobra ungueal proximal e lateral, reduzindo, assim, a retração da dobra ungueal e o tempo de recuperação.[9]

Há um debate quanto à importância e tratamento subsequente de levedura e bactérias de colonização secundária. A maioria dos especialistas em unhas considera sua presença quase sempre um fenômeno secundário. As opções de primeira linha de tratamento, se indicadas, são a solução de clotrimazol ou a suspensão de ciclopirox até que a dobra ungueal tenha normalizado.[2] [10] [11] 1[B]Evidence Embora raramente necessário, se uma infecção persistente com pseudo-hifas for observada no hidróxido de potássio ou na biópsia, um antifúngico oral como o fluconazol pode ser prescrito. Não há necessidade de antibacterianos orais, a menos que exista uma exacerbação aguda no cenário da paroníquia crônica. Unhas verdes podem implicar infecção com *Pseudomonas*, podendo ser tratada com imersões em vinagre branco diluído.

Retroníquia

A avulsão da lâmina ungueal é curativa, mas aliviar a pressão do tecido da lâmina ungueal e prender com uma fita adesiva é uma opção em casos iniciais.[3] [7] Um anti-inflamatório não esteroide oral pode ser prescrito, apesar de não ser necessário em todos os casos.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)			
paroníquia aguda			
■	infecção bacteriana leve	1a	imersões + antibacteriano tópico + incisão e drenagem
		adjunto	antibioticoterapia oral
■	mais tecido envolvido ou infecção bacteriana grave	1a	imersões + antibacteriano tópico + incisão e drenagem + antibioticoterapia por via oral
■	infecção herpética	1a	terapia antiviral oral

Em curso (resumo)			
paroníquia crônica			
		1a	educação + evitação de umidade e irritante + corticosteroide tópico
		adjunto	tratamento de colonização secundária por levedura ou bactérias

Em curso		(resumo)
	2a	corticosteroides intralesionais
	3a	cirurgia
retroníquia		
	1a	avulsão da lâmina ungueal ± anti-inflamatório não esteroideal (AINE)

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

paroníquia aguda

■ infecção bacteriana leve

1a

imersões + antibacteriano tópico + incisão e drenagem

Opções primárias

» **bacitracina de uso tópico**: (500 unidades/g) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

OU

» **mupirocina tópica**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

OU

» **ácido fusídico tópico**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

OU

» **bacitracina/neomicina/polimixina B tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

» A paroníquia aguda leve é geralmente determinada pelos sintomas do paciente combinados com o exame clínico. O tratamento deve ser direcionado ao fator desencadeante bacteriano.

» O tratamento empírico inclui incisão e drenagem do acúmulo de pus, se estiver presente. O fluido sempre deve ser enviado para coloração de Gram, cultura e sensibilidade para determinar se o MRSA está presente.

» Imersões: imersões de solução salina morna ou acetato de alumínio duas vezes ao dia.

» Antibacteriano tópico: mupirocina, bacitracina, ácido fusídico ou polimixina B/bacitracina/neomicina se não for alérgico.

» Se não responder ao tratamento, as imagens (radiografias simples ou ressonância nuclear

Agudo

■ mais tecido envolvido ou infecção bacteriana grave

adjunto

magnética [RNM]) devem ser obtidas para avaliar a osteomielite.[1]

antibioticoterapia oral

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Todas as culturas positivas de MRSA devem ser tratadas com antibióticos sistêmicos de acordo com a sensibilidade. Isso evitará o insucesso do tratamento pela possibilidade de que o MRSA seja o fator causador da paroníquia.

1a

imersões + antibacteriano tópico + incisão e drenagem + antibioticoterapia por via oral

Opções primárias

» **bacitracina de uso tópico**: (500 unidades/g) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

-ou-

» **mupirocina tópica**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

-ou-

» **ácido fusídico tópico**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

-ou-

» **bacitracina/neomicina/polimixina B tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

--E--

» **dicloxacilina**: 500 mg por via oral a cada 6 horas por 7-14 dias

-ou-

» **cefalexina**: 500 mg por via oral a cada 6 horas por 7-14 dias

Opções secundárias

» **bacitracina de uso tópico**: (500 unidades/g) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

-ou-

» **mupirocina tópica**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

-ou-

» **ácido fusídico tópico**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

-ou-

» **bacitracina/neomicina/polimixina B tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia

--E--

» **clindamicina**: 300 mg por via oral a cada 6 horas por 7-14 dias

Agudo

-ou-

» **eritromicina**: 500 mg por via oral a cada 6 horas por 7-14 dias

» O tratamento empírico inclui incisão e drenagem do acúmulo de pus, se estiver presente. O fluido sempre deve ser enviado para coloração de Gram, cultura e sensibilidade para determinar se o MRSA está presente.

» Imersões: imersões de solução salina morna ou acetato de alumínio duas vezes ao dia.

» Antibacteriano tópico: mupirocina, bacitracina, ácido fusídico ou polimixina B/bacitracina/neomicina se não for alérgico.

» Os antibióticos de primeira linha são a cefalosporina de primeira geração ou a penicilina de espectro expandido (dicloxacilina). Em pacientes alérgicos à penicilina, a clindamicina ou eritromicina devem ser prescritas. Em todos os casos de culturas de MRSA positivas, os antibióticos devem ser prescritos conforme a sensibilidade. Isso evitará o insucesso do tratamento pela possibilidade de que o MRSA seja o fator causador da paroníquia.

» Se não responder ao tratamento, as imagens (radiografias simples ou ressonância nuclear magnética [RNM]) devem ser obtidas para avaliar a osteomielite.[1]

■ infecção herpética

1a

terapia antiviral oral**Opções primárias**

» **aciclovir**: 400 mg por via oral três vezes ao dia por 7-10 dias; ou 200 mg por via oral cinco vezes ao dia por 7-10 dias

OU

» **valaciclovir**: 1000 mg por via oral duas vezes ao dia por 7-10 dias

OU

» **fanciclovir**: 250 mg por via oral três vezes ao dia por 7-10 dias

» O tratamento da paroníquia aguda herpética requer um alto grau de suspeita clínica e o diagnóstico confirmado por esfregaço de Tzanck, anticorpo fluorescente direto, cultura ou reação em cadeia da polimerase.

Agudo

- » Agentes de primeira linha: aciclovir, valaciclovir, fanciclovir.[12]
- » Se não responder ao tratamento, as imagens (radiografias simples ou ressonância nuclear magnética [RNM]) devem ser obtidas para avaliar a osteomielite.[1]

Em curso

paroníquia crônica

1a educação + evitação de umidade e irritante + corticosteroide tópico

Opções primárias

- » **clobetasol tópico**: (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por 2-3 semanas

OU

- » **fluocinonida tópica**: (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por 2-3 semanas

- » O paciente deve aprender que este é um processo crônico ao qual as pessoas são predispostas pela profissão, hábito ou genética. Eles devem entender a barreira ungueal normal, a função da cutícula para proteger a barreira ungueal dorsal e os fundamentos do tratamento; particularmente, que a terapia é principalmente passiva até que a unha forme novamente sua barreira normal.
- » As características do tratamento são um esquema de evitação da umidade e do irritante.
- » Luvas leves de algodão devem ser usadas sob luvas de vinil para serviços pesados em todos os trabalhos úmidos, incluindo descascar frutas e legumes e manusear alimentos crus.
- » É recomendada a evitação de todos os tipos de cosméticos para a unha (esmalte, removedor de esmalte, endurecedor, condicionadores, tratamento para a cutícula).
- » Não deve haver manipulação da unha ou da cutícula, exceto o corte rotineiro da lâmina ungueal.
- » Ao lavar as mãos, é necessário usar um agente de limpeza à base de álcool ou uma quantidade pequena de sabonete neutro, e as

Em curso

mãos devem ser completamente secas após a lavagem.

» Os pacientes devem ser aconselhados a evitar solventes químicos como dissolventes, esmaltes e tintas, e evitar completamente a manicure.

» O tratamento anti-inflamatório consiste na aplicação de corticosteroides tópicos (classes I ou II) por 2 a 3 semanas nas dobras ungueais.

» Se não responder a todos os tratamentos ou se a resposta for atípica, uma biópsia é indicada para descartar a hipótese de carcinoma de células escamosas ou melanoma amelanótico.[1]

» A radiografias simples ou a RNM devem ser realizadas se houver suspeita de patologia óssea subjacente.[1]

adjunto

tratamento de colonização secundária por levedura ou bactérias

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **clotrimazol tópico**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) 2 a três vezes ao dia

OU

» **ciclopirox tópico**: (0.77%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

Opções secundárias

» **fluconazol**: 400 mg por via oral uma vez por semana

» Há um debate quanto à importância e tratamento subsequente de levedura e bactérias de colonização secundária. A maioria dos especialistas em unhas considera sua presença quase sempre um fenômeno secundário.

» As opções de primeira linha de tratamento, se indicadas, são a solução de clotrimazol ou a suspensão de ciclopirox até que a dobra ungueal tenha normalizado.[2] [10] [11] 1[B]Evidence

» Embora raramente necessário, se uma infecção persistente com pseudo-hifas for observada no hidróxido de potássio ou na biópsia, um antifúngico oral como o fluconazol pode ser prescrito.

Em curso

» Não há necessidade de antibacterianos orais, a menos que exista uma exacerbação aguda no cenário da paroníquia crônica.

» Unhas verdes podem implicar infecção com *Pseudomonas*, podendo ser tratada com imersões em vinagre branco diluído por 5 minutos duas vezes ao dia.

» Se não responder a todos os tratamentos ou se a resposta for atípica, uma biópsia é indicada para descartar a hipótese do carcinoma de células escamosas ou melanoma amelanótico.[1]

» A radiografias simples ou a RNM devem ser realizadas se houver suspeita de patologia óssea subjacente.[1]

2a corticosteroides intralesionais

Opções primárias

» **triancinolona acetonida**: 2.5 a 5 mg/mL (diluídos de uma solução de 10 mg/mL com lidocaína) por via intralesional uma vez ao mês até a melhora clínica, em seguida reduzir gradualmente e descontinuar

» O tratamento é reservado para os casos resistentes ao tratamento ou graves, quando a injeção direta do medicamento é necessária para a inflamação persistente.

» O tratamento é administrado de maneira ideal, com um anestésico tópico ou spray criogênico, com uma agulha de calibre 30 injetada como pápula, aproximadamente 0.1 mL por dobra ungueal proximal.

» Se não responder a todos os tratamentos ou se a resposta for atípica, uma biópsia é indicada para descartar a hipótese do carcinoma de células escamosas ou melanoma amelanótico.[1]

» A radiografias simples ou a RNM devem ser realizadas se houver suspeita de patologia óssea subjacente.[1]

3a cirurgia

» A excisão da dobra ungueal proximal é reservada para os pacientes com doença resistente aos tratamentos de primeira e segunda linha. Ela é realizada sob anestesia local com morbidade mínima e serve como confirmação diagnóstica e tratamento, simplesmente com a excisão do tecido persistentemente inflamado.[13]

Em curso

» A técnica de retalho quadrado remove o tecido fibrótico sem excisão completa da dobra ungueal proximal e lateral, reduzindo, assim, a retração da dobra ungueal e o tempo de recuperação.[9]

» A radiografias simples ou a RNM devem ser realizadas se houver suspeita de patologia óssea subjacente.[1]

retroníquia

1a avulsão da lâmina ungueal ± anti-inflamatório não esteroideal (AINE)

Opções primárias

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» A avulsão da lâmina ungueal é curativa, mas aliviar a pressão do tecido da lâmina ungueal e prender com uma fita adesiva é uma opção em casos iniciais.[3] [7] Um anti-inflamatório não esteroideal (AINE) oral pode ser prescrito, apesar de não ser necessário em todos os casos.

Novidades

Povidona iodada

Uma solução tópica de povidona iodada a 1% no veículo de dimetilsulfóxido solucionou a paroníquia associada à quimioterapia em um estudo de caso.[5] Os investigadores notaram que essa nova combinação garante investigação adicional em ensaios clínicos randomizados e controlados para elucidar sua utilidade clínica.

Recomendações

Monitoramento

Instruções ao paciente

É importante entender as atividades de alto risco que predisõem as pessoas à paroníquia e ensiná-las sobre a barreira ungueal normal, principalmente a cutícula (que não deve ser empurrada para dentro) e as dobras ungueais que cercam a lâmina ungueal. Quando essas estruturas são respeitadas e entendidas, a quebra da barreira ungueal e suas consequências (infecciosas ou inflamatórias) são menos prováveis de ocorrer.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
osteomielite (paroníquia aguda)	variável	baixa
Uma infecção agressiva e profundamente assentada pode se disseminar das dobras ungueais para a falange distal subjacente.		
artrite séptica (paroníquia aguda)	variável	baixa
Uma infecção agressiva e profundamente assentada pode se disseminar das dobras ungueais para a articulação interfalângica distal.		
separação da lâmina ungueal: onicomadese (paroníquia aguda e crônica)	variável	baixa
Se o processo infeccioso/inflamatório envolver a matriz subjacente, a produção da placa pode cessar temporariamente, resultando na perda da unha e, ocasionalmente, cicatrização desfigurante.		

Prognóstico

Paroníquia aguda

O prognóstico é excelente, particularmente com a educação do paciente (para evitar a disfunção de barreira) e a prescrição do antibiótico específico.

Paroníquia crônica

O prognóstico depende diretamente da adesão terapêutica por parte do paciente. Nesse caso, a educação é crucial. A maioria dos pacientes se encontra em alto risco de doença recorrente (resultante de riscos ocupacionais, uso de cosméticos para a unha, manipulação da cutícula ou da dobra ungueal). Eles devem

entender o conceito de barreira ungueal normal, disfunção de barreira, atividades que predisõem à paroníquia crônica e a importância da evitação de umidade/contactante no tratamento da afecção, bem como a conservação de uma barreira ungueal normal.

Nível de evidência

1. Evitação de irritante: há evidências de qualidade moderada de que um esquema de evitação do irritante é efetivo para o tratamento da paroníquia crônica, com ou sem suspensão de ciclopirox, com uma taxa de cura associada de >80%.[\[10\]](#) [\[11\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- Daniel CR 3rd. Paronychia. *Dermatol Clin*. 1985 Jul;3(3):461-4.
- Daniel CR 3rd. Simple chronic paronychia. In: Scher RK, Daniel CR 3rd, eds. *Nails: diagnosis, therapy, surgery*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2005:99-103.
- Daniel CR 3rd, Daniel MP, Daniel J, et al. Managing simple chronic paronychia and onycholysis with ciclopirox 0.77% and an irritant-avoidance regimen. *Cutis*. 2004 Jan;73(1):81-5.
- Daniel CR 3rd, Daniel MP, Daniel CM, et al. Chronic paronychia and onycholysis: a thirteen-year experience. *Cutis*. 1996 Dec;58(6):397-401.

Referências

1. Daniel CR 3rd. Paronychia. *Dermatol Clin*. 1985 Jul;3(3):461-4.
2. Daniel CR 3rd. Simple chronic paronychia. In: Scher RK, Daniel CR 3rd, eds. *Nails: diagnosis, therapy, surgery*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2005:99-103.
3. Gerard E, Prevezas C, Doutre MS, et al. Risk factors, clinical variants and therapeutic outcome of retronychia: a retrospective study of 18 patients. *Eur J Dermatol*. 2016 Aug 1;26(4):377-81.
4. de Berker DA, Richert B, Duhard E, et al. Retronychia: proximal ingrowing of the nail plate. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Jun;58(6):978-83. [Texto completo](#)
5. Capriotti K, Capriotti JA. Chemotherapy-associated paronychia treated with a dilute povidone-iodine/dimethylsulfoxide preparation. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015;8:489-491. [Texto completo](#)
6. Goto H, Yoshikawa S, Mori K, et al. Effective treatments for paronychia caused by oncology pharmacotherapy. *J Dermatol*. 2016;43:670-673.
7. Ventura F, Correia O, Duarte AF, et al. Retronychia - clinical and pathophysiological aspects. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Jan;30(1):16-9.
8. Wu IB, Schwartz RA. Herpetic whitlow. *Cutis*. 2007 Mar;79(3):193-6.
9. Ferreira Vieira d'Almeida L, Papaioordanou F, Araújo Machado E, et al. Chronic paronychia treatment: square flap technique. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Aug;75(2):398-403.
10. Daniel CR 3rd, Daniel MP, Daniel J, et al. Managing simple chronic paronychia and onycholysis with ciclopirox 0.77% and an irritant-avoidance regimen. *Cutis*. 2004 Jan;73(1):81-5.
11. Daniel CR 3rd, Daniel MP, Daniel CM, et al. Chronic paronychia and onycholysis: a thirteen-year experience. *Cutis*. 1996 Dec;58(6):397-401.

12. Marques AR, Straus SE. Herpes simplex. In: Freedberg EM, Eisen AZ, Wolff K, et al, eds. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2003:2059-70.
13. Grover C, Bansal S, Nanda S, et al. En bloc excision of proximal nail fold for treatment of chronic paronychia. Dermatol Surg. 2006 Mar;32(3):393-8;discussion 398-9.

Imagens



Figura 1: Paroníquia aguda

Do acervo do Dr. N.J. Jellinek and Professor C.R. Daniel III



Figura 2: Paroníquia crônica

Do acervo do Dr. N.J. Jellinek and Professor C.R. Daniel III



Figura 3: Paroníquia crônica

Do acervo do Dr. N.J. Jellinek and Professor C.R. Daniel III



Figura 4: Paroníquia aguda: incisão com lâmina número 11

Do acervo do Dr. N.J. Jellinek and Professor C.R. Daniel III



Figura 5: Paroníquia aguda: drenagem de pus

Do acervo do Dr. N.J. Jellinek and Professor C.R. Daniel III

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Mar 29, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Shaimaa Nassar, MBBCH, Dip(RCPSCG)

Dermatology Registrar
Charing Cross Hospital, Imperial College NHS Trust, London, UK
DIVULGAÇÕES: SN declares that she has no competing interests.

Shirin Zaheri, MBBS, BSc, MRCP

Dermatology Consultant
Charing Cross Hospital, Imperial College NHS Trust, London, UK
DIVULGAÇÕES: SZ declares that she has no competing interests.

Catherine Hardman, MBBS, FRCP

Consultant Dermatologist
St Mary's Hospital, Paddington, London, UK
DIVULGAÇÕES: CH declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Shaimaa Nassar, Dr Shirin Zaheri, and Dr Catherine Hardman would like to gratefully acknowledge Dr Nathaniel J. Jellinek and Professor C. Ralph Daniel III, previous contributors to this topic.

DIVULGAÇÕES: NJJ declares that he has no competing interests. CRD is author and co-author of a number of the references cited in this topic.

// Colegas revisores:

Ravi Ubriani, MD, FAAD

Assistant Professor of Clinical Dermatology
Columbia University, New York, NY
DIVULGAÇÕES: RU declares that he has no competing interests.