

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS
ESCOLA DE SAÚDE

AUTOR: ORLANDO SANDOVAL FARIAS JUNIOR;

ORIENTADORA: ALINE LUCY GALAVOTTI SILVEIRA.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FIBROQUERATOMA UNGUEAL: RELATO DE
CASO**

RIO DE JANEIRO / RIO DE JANEIRO

2022

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS
ESCOLA DE SAÚDE

AUTOR: ORLANDO SANDOVAL FARIAS JUNIOR¹;

ORIENTADORA: ALINE LUCY GALAVOTTI SILVEIRA².

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FIBROQUERATOMA UNGUEAL: RELATO DE
CASO**

1 – Capitão-Tenente, Aperfeiçoando em Dermatologia pelo Hospital Naval Marcílio Dias/Rio de Janeiro; 2 – Capitão-de-Corveta, Médica assistente no Departamento de Dermatologia do Hospital Naval Marcílio Dias/Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO / RIO DE JANEIRO

2022

RESUMO: O fibroqueratoma ungueal adquirido é um tumor raro, benigno, de origem fibrosa, que acomete o aparato ungueal, nomeado pela primeira vez em 1977 por Cahan. A primeira menção ao tumor data de 1965, descrita por Steel como um fibroma em dente de alho. A etiologia do tumor é desconhecida, sendo relacionada a traumas e infecções prévias do aparato ungueal. O tratamento mais empregado, com maiores chances de cura e menor recorrência, é a excisão total do tumor por cirurgia. Outras modalidades de tratamento já foram descritas como excisões incompletas, shavings, eletrocirurgia e criocirurgia, com taxas de recorrência maiores que a excisão total. Relata-se o caso de uma paciente com histórico de lesão nodular em hálux de 7 anos de evolução, antecedente de excisão incompleta por shaving, recorrência do quadro e reabordagem com sucesso por excisão cirúrgica completa com matricectomia. Ao exame clínico apresenta lesão nodular, normocrômica, hiperkeratósica, firme, de cerca de 7x5 mm, localizada entre a dobra ungueal próxima e lateral do hálux esquerdo, excisada e enviada ao exame anatomopatológico com resultado compatível com fibroqueratoma ungueal adquirido. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, com excelente resultado estético e funcional, sem ocorrência de recidiva em seguimento de 4 meses.

Palavras Chaves: neoplasias fibroepiteliais; fibromas; tratamento cirúrgico.

ABSTRACT: Acquired unguis fibrokeratoma is a rare, benign tumor of fibrous origin that affects the nail apparatus, named for the first time in 1977 by Cahan. The first mention of the tumor dates from 1965, described by Steel as a fibroma in a garlic-clove form. The etiology of the tumor is unknown, being related to trauma and previous infections of the nail apparatus. The most used treatment, with greater chances of cure and less recurrence, is the total excision of the tumor by surgery. Other treatment modalities have been described, such as incomplete excisions, shavings, electrosurgery and cryosurgery, with recurrence rates higher than total excision. We report the case of a patient with a 7-year history of a nodular lesion in the hallux, with incomplete excision by shaving, recurrence of the condition and successful re-approach by complete surgical excision with matricectomy. Clinical examination shows nodular, normochromic, hyperkeratotic, firm lesion, approximately 7x5 mm, located between the proximal and lateral nail folds of the left hallux, excised and sent for anatomopathological examination with a result compatible with acquired nail fibrokeratoma. The patient evolved satisfactorily in the postoperative period, with excellent aesthetic and functional results, with no recurrence at a 4-month follow-up.

Key Words: neoplasms, fibroepithelial; fibroma; finger injuries.

INTRODUÇÃO:

O fibroqueratoma ungueal adquirido é um tumor raro, benigno, de origem fibrosa, que acomete o aparato ungueal, nomeado pela primeira vez em 1977 por Cahan¹. A primeira menção ao tumor data de 1965, descrita por Steel como um fibroma em dente de alho². A apresentação clínica mais comum inclui lesões papulares, assintomáticas, fibrosas, em formato de dedos ou cúpulas, que podem acometer todas as raças, jovens e adultos, com maior incidência em homens^{3,4}.

A primeira tentativa de classificação do fibroqueratoma ungueal data de 1985 e leva em consideração a localização do tumor com relação a placa ungueal, sua forma e relação ou não com síndromes genéticas⁵.

A etiologia do tumor é desconhecida^{1,2,3,4}. São descritas inúmeras condições relacionadas a ele como genéticas, relação com o trauma e infecções prévias do aparato ungueal principalmente^{6,7,8,9}.

O tratamento mais empregado, com maiores chances de cura e menor recorrência, é a excisão total do tumor por cirurgia ungueal^{4,6,7}. Outras modalidades de tratamento já foram descritas como excisões incompletas, shavings, eletrocirurgia e criocirurgia, com taxas de recorrência maiores que a excisão total⁶.

Não foi descrito nenhum caso de involução espontânea do fibroqueratoma ungueal, sendo o tratamento cirúrgico sempre indicado, em especial para pacientes com tumores dolorosos e com repercussões estéticas e/ou funcionais⁶.

O objetivo deste estudo é fazer um relato de caso, com breve revisão da literatura, focada no tratamento cirúrgico do fibroqueratoma ungueal, discutir propostas terapêuticas e ampliar o conhecimento científico a cerca do tema.

METODOLOGIA:

Este relato de caso é baseado em um caso clínico-cirúrgico atendido no setor de Dermatologia do Hospital Naval Marcílio Dias, com diagnóstico de Fibroqueratoma Ungueal. A paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) conforme o modelo do manual do pesquisador para o Conselho Avaliador de Projeto de Pesquisa do Hospital Naval Marcílio Dias (CAPPq-HNMD) referente e vinculado a presente pesquisa.

RELATO DE CASO:

Paciente de 57 anos de idade, feminina, fototipo IV de Fitzpatrick, dependente de militar, antecedentes pessoais de hipercolesterolemia e hipertensão, apresentou-se no serviço de dermatologia relatando lesão dolorosa e protuberante em hálux de cerca de 7 anos de evolução, sem relação com trauma.

Ao exame apresentava lesão nodular, normocrômica, hiperkeratósica, firme, de cerca de 7x5 mm, localizada entre a dobra ungueal próxima e lateral do hálux esquerdo (Figura 1). Relatava antecedente de excisão cirúrgica por shaving há cerca de 5 anos, com evolução para recorrência local, queixas dolorosas há 1 ano.



Figura 1. Lesão nodular normocrômica e hiperkeratósica em hálux esquerdo.

A dermatoscopia observava-se lesão nodular de 7x5 mm vermelho leitosa com estruturas branco-brilhantes e área central de escamas franjadas amarelas e hiperqueratósicas (Figura 2).

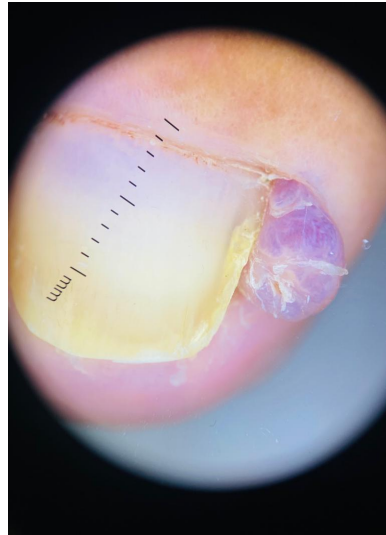


Figura 2. Imagem dermatoscópica.

Foram aventadas as seguintes hipóteses diagnósticas: fibroqueratoma ungueal adquirido, fibroma, granuloma piogênico, Tumor de Koenen e fibromixoma acral superficial. Realizou-se radiografia do pé esquerdo que afastou acometimento ósseo e os exames laboratoriais de rotina estavam dentro da normalidade.

Foi indicada excisão cirúrgica da lesão com matricectomia (Figura 3) e envio do material ao exame anatomopatológico.

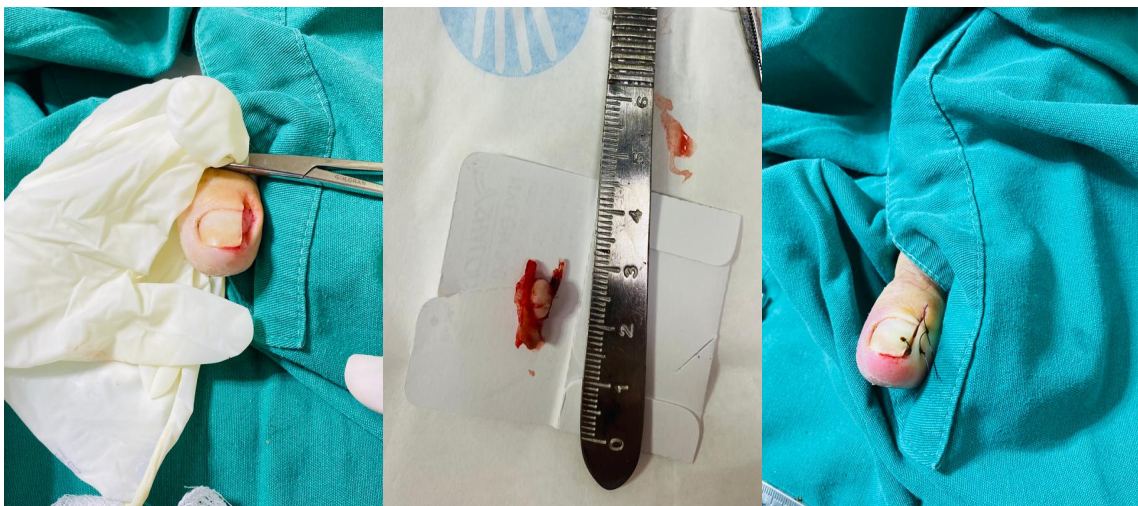


Figura 3. Excisão em fuso com matricectomia.

Descrição da técnica cirúrgica utilizada:

- a) Paciente em decúbito dorsal horizontal, com as pernas levemente fletidas e apoiadas em coxins em regiões poplíteas;
- b) Antissepsia e assepsia com clorexidine 1% em solução degermante e alcoólica;
- c) Colocação de campos estéreis;
- d) Anestesia troncular do hálux com lidocaína 2% sem vasoconstritor;
- e) Garroteamento precedido de exsanguinação do pododáctilo;
- f) Corte longitudinal da lâmina ungueal com lâmina de bisturi número 15 com a face cortante voltada para cima, a partir da porção distal da unha ate a matriz;
- g) Excisão em fusão do tumor com margem incluindo parte da prega ungueal proximal e toda prega ungueal lateral, bem como a porção da matriz ungueal correspondente a área;
- h) Sutura da lâmina ungueal junto ao tecido cutâneo, com fechamento do fusão por meio de pontos de Nylon 3.0;
- i) Curativo compressivo com gaze, vaselina e atadura;
- j) Soltura do garrote;

A paciente foi orientada a permanecer em repouso e realizar o primeiro curativo após 24 h do ato cirúrgico, prescrita com antibiótico Cefalexina 500 mg 6/6 h por sete dias, analgesia com Dipirona 500 mg até 4/4 h para controle da dor e resgate de dor com Tramadol 50 mg até 6/6 h. Os cuidados tópicos pós-cirúrgicos foram realizados com irrigação local com solução fisiológica 0,9% e solução tópica de Rifamicina em spray.

Consulta de revisão cirúrgica foi realizada no 14º dia pós-operatório, com retirada dos pontos, observando-se excelente cicatrização, sem indícios de infecção secundária, porém a paciente apresentou dermatite de contato ao uso do esparadrapo (Figura 4), prontamente tratada com emolientes e corticóide tópico.



Figura 4. Aspecto no 14º dia pós-operatório.

O resultado do exame anatomopatológico revelou hiperqueratose, acantose, hipergranulose focal e alongamento irregular das cristas epidérmicas, com estroma fibroso e vasos ectasiados proliferados na derme.

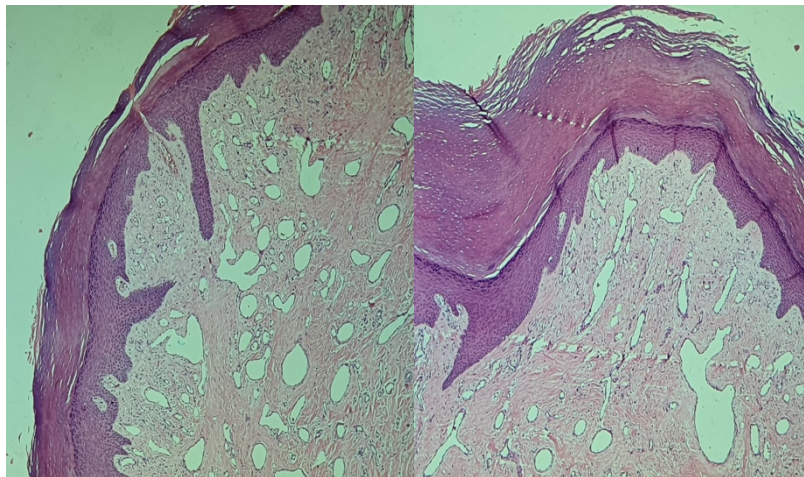


Figura 5. Observa-se hiperqueratose, acantose, hipergranulose focal e alongamento irregular das cristas epidérmicas, com estroma fibroso e vasos ectasiados proliferados na derme.

A correlação da clínica, dermatoscopia, exame de imagem e o anatomopatológico possibilitou o diagnóstico de fibroqueratoma ungueal adquirido.

No retorno após 60 dias da cirurgia a paciente apresentava cicatrização completa da lesão, sem queixas álgicas e grande satisfação estética e funcional (Figura 6). Nenhuma recorrência foi percebida em 4 meses de acompanhamento.



Figura 6. Aspecto final no 60º dia pós-operatório.

DISCUSSÃO:

A primeira descrição que se tem relato da patologia em questão remonta de 1965 onde Steel descreveu um serie de casos de tumores ungueais em forma de dente de alho². Já a nomenclatura fibroqueratoma ungueal adquirido só veio a ser empregada em 1977 por Cahan¹.

Por se tratar de um tumor raro, sua incidência atual ainda permanece incerta e são poucos os relatos de casos encontrados na literatura nacional e internacional, sendo a maior série a descrita por Hang et al (2017)⁴, descrevendo 20 pacientes. Todas as etnias são acometidas pela patologia, desde crianças a idosos, com aparente predileção pelo sexo masculino^{3,4}.

A fisiopatologia do fibroqueratoma ungueal não é totalmente compreendida, acredita-se que ele se origine da neocolagênese de fibroblastos. O aspecto histopatológico compreende fibras de colágeno mais densas que a pele normal, mais fibroblastos e fibras elásticas mais

grosseiras⁷. Aventa-se ainda a hipótese da expressão aumentada de fator XIIIa nas células dendríticas dérmicas dos tumores fibroblásticos¹⁰. Trauma e infecções prévias por *S. aureus* também parecem ter papel importante no surgimento da lesão^{3,6,11}. A paciente do caso clínico negava antecedentes de trauma e infecção do pododáctilo acometido.

Outros achados histopatológicos incluem acantose, hiperqueratose, hipergranulose e alongamento das cristas epidérmicas³. Tais achados foram encontrados no exame histopatológico do caso apresentando, o que corroborou para o diagnóstico clínico final.

As lesões de fibroqueratoma ungueal adquirido são geralmente únicas^{4,6}. O hálux é o local de maior frequência de acometimento, como na paciente em questão. Sendo a forma clínica mais comum a nodular, ou em forma de domo, representando cerca de 40% de todas as formas clínicas^{4,6}.

A apresentação clínica clássica é como pápula hiperqueratósica, normocrômica, com um colarete epidérmico circundando a lesão, em geral assintomática, com distribuição periungueal em mais de 50% dos casos⁴. Tais características são compatíveis com o quadro clínico em lide, com exceção da queixa dolorosa relatada pela paciente.

Com relação ao diagnóstico diferencial, algumas patologias malignas podem ser incluídas, como o carcinoma espinocelular e o adenocarcinoma papilar ungueal, porém o grande grupo de tumores para a diagnose diferencial é a classe dos tumores benignos, como dedos supranumerários, acrocordons/fibromas, endocondromas, cornos cutâneos, granulomas piogênicos, verrugas, poromas écrinos e o fibromixoma acral superficial^{4,6,10}. A maioria destes diagnósticos diferenciais foi aventada no caso clínico em questão, sendo o diagnóstico de fibroqueratoma ungueal confirmado por meio do exame anatomopatológico.

O aspecto dermatoscópico é pouco abordado na literatura revisada, com diferentes características a depender da forma clínica observada. No caso em questão observava-se lesão vermelho leitosa com estruturas branco-brilhantes, que representam a proliferação vascular rica

e o colágeno aumentado na histopatologia; observava-se ainda área central de escamas franjadas amarelas e hiperkeratóticas, que podem representar a hiperkeratose e acantose epidérmica pronunciada na lesão.

Ainda no escopo da dermatoscopia, Rubegni¹² et al em 2012 descrevem o fibroqueratoma ungueal adquirido como lesão de aspecto com núcleo central homogêneo pálido e amarelado, com franjas e um colarete hiperkeratótico, traduzindo assim a acantose epidérmica, hiperkeratose e a aumento de fibras colágenas densas. Tais dados podem representar uma tendência a um padrão dermatoscópico para uma futura descrição clássica auxiliar no diagnóstico clínico do fibroqueratoma.

O tratamento de eleição para o fibroqueratoma ungueal adquirido é a excisão cirúrgica completa, pois a remoção parcial resulta por vezes em recorrência do quadro^{4,6,13,14}. Não há descritos na literatura científica estudos comparando as taxas de sucesso e falhas na remoção do fibroqueratoma, dentre as diversas modalidades cirúrgicas, sendo descritas técnicas de remoção completa, parcial e até criocirurgia⁶.

A maior revisão sistemática de pacientes cirúrgicos data de 2020, realizada por Ballan et al⁶, onde foram incluídos 25 artigos versando sobre o fibroqueratoma ungueal, o tratamento mais frequentemente aplicado foi a excisão cirúrgica (mais de 90% dos casos), cuja técnica consiste na feitura de uma ou duas incisões longitudinais ao longo da borda ungueal proximal, elevação desta e exposição da base do tumor, dissecação romba cuidadosa, visando manter integridade da matriz ungueal, com sutura final da borda ungueal proximal e curativo.

Neste estudo outras modalidades terapêuticas com a remoção incompleta da lesão ou shaving foram realizadas em 8.3% dos casos. Apenas um tumor foi tratado exclusivamente por crioterapia isolada. O seguimento foi de 12 meses⁶.

A luz da revisão, a recorrência foi observada em 9.2% dos pacientes tratados com excisão cirúrgica completa contra 71.4% dos tratados por excisão incompleta ($P < 0.001$)⁶. Tal

dado é compatível com o quadro clínico da paciente do relato em questão que relatava ocorrência de shaving prévio da lesão há cerca de 5 anos, com posterior recorrência.

A taxa de recidiva total na revisão de Ballan et al foi de 15.7%, índice elevado em decorrência das altas taxas de recorrência das lesões removidas incompletamente⁶. Um ponto importante aventado por tal estudo é o fato de pacientes com recorrência após abordagem incompleta terem sido tratados com sucesso com posterior excisão cirúrgica completa.

Em última análise, a remoção cirúrgica completa do fibroqueratoma ungueal permanece como o tratamento de escolha a ser realizado, a medida em que abordagens incompletas apresentam altas taxas de recorrência^{4,6,13}. A técnica mais descrita é a que acessa a base do tumor por descolamento e incisão da prega ungueal proximal, com manutenção da integridade da matriz, bloqueio anestésico local e uso de torniquete para hemostasia.

Neste relato de caso foi utilizada a técnica de excisão cirúrgica com matricectomia, sem descolamento e abordagem da prega ungueal proximal individualmente, com resultado final estético e funcional excelente, podendo representar uma opção segura e de fácil execução no tratamento do fibroqueratoma ungueal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Cahn RL. Acquired periungual fibrokeratoma. A rare benign tumor previously described as the garlic-clove fibroma. Arch Dermatol. 1977;113:1564-8.
- 2) Steel HH. Garlic-clove fibroma. JAMA 1965;191:1082-3.
- 3) Jahan N, Ashwini PK, Chethana SG, Betkerur J, Shastry V. Horn on the Nail: Acquired Ungual Fibrokeratoma. J Cutan Aesthet Surg. 2021;14(1):121-124.
- 4) Hwang S, Kim M, Cho BK, Park HJ. Clinical characteristics of acquired ungueal fibrokeratoma [published correction appears in Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2017 May-Jun;83(3):414]. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2017;83(3):337-343.

- 5) Yasuki Y. Acquired periungual fibrokeratoma – A proposal for classification of periungual fibrous lesions. *J Dermatol.* 1985;12:349-56.
- 6) Ballan A, Zeinaty P, Tomb R, Kechichian E, El Hachem L, Nasr M, Jabbour S. Acquired unguinal fibrokeratoma: a systematic review of the literature. *International Journal of Dermatology.* 2020; 60(5), 533–539.
- 7) Ali M, Mbah CA, Alwadiya A, Nur MM, Sunderamoorthy D. Giant fibrokeratoma, a rare soft tissue tumor presenting like an accessory digit, a case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2015;10:187–90.
- 8) Hao X, Mirkin G, Baglio RJ. Recurrent familial digital fibrokeratoma: a case report. *J Foot Ankle Surg* 2019; 58: 1036-1039.
- 9) Mancuso CJ, Magro CM, Lipner SR. Acquired digital fibrokeratoma presenting as a painless nodule on the right fifth fingernail. *Cutis* 2019; 103: 340-342.
- 10) Nemeth AJ, Penneys NS. Factor XIIIa is expressed by fibroblasts in fibrovascular tumors. *J Cutan Pathol* 1989; 16: 266-271.
- 11) Pérez-Novo CA, Waeytens A, Claeys C, Cauwenberge PV, Bachert C. Staphylococcus aureus enterotoxin B regulates prostaglandin E2 synthesis, growth, and migration in nasal tissue fibroblasts. *J Infect Dis.* 2008 Apr 01;197(7):1036-43.
- 12) Rubegni P, Poggiali S, Lamberti A, Chiantini A, De Paola M, Peccianti C, Fimiani M. Dermoscopy of acquired digital fibrokeratoma. *Australas J Dermatol.* 2012 Feb;53(1):47-8.
- 13) Shelley WB, Phillips E. Recurring accessory “fingernail”: Periungual fibrokeratoma. *Cutis* 1985;35:451-4.
- 14) Mayer de Souza Bazzo, Iracema Lerianna, Cade, Karine Valentim, Kiyomura, Michelle Yoko, Tebcherani, Antônio José, Pegas, José Roberto, Soares de Sousa, Aline, Fibroqueratoma digital adquirido: a propósito de um caso clínico. *Surgical & Cosmetic Dermatology [Internet].* 2012;4(4):357-359.