

As unhas e o desportista – reconhecer, tratar, prevenir (1/2)

Prof. Doutor Osvaldo Correia

Dermatologista. Diretor Clínico do Centro de Dermatologia Epidermis. Professor Afiliado da Faculdade de Medicina do Porto

RESUMO ABSTRACT

A patologia das unhas é frequente e por vezes limitativa da prática desportiva. A expressão clínica é variada e de etiologia multifatorial. Por vezes requer uma abordagem multidisciplinar entre dermatologia, ortopedia e podologia. O conhecimento das patologias das unhas mais frequentes é importante para o médico de medicina desportiva e o médico de medicina geral familiar. A observação médica, frequentemente por dermatologia, é fundamental, pois a unha pode ter patologia com expressão sistémica ou haver doenças sistémicas com expressão na unha. Neste primeiro artigo são abordadas as patologias infecciosas que ocorrem no desportista.

Nail disease is common and sometimes sport limiting. The clinical expression is variable and the etiology is multifactorial. It sometimes requires a multidisciplinary approach between dermatology, orthopedics and podiatry. The knowledge of the most common diseases of the nails is important for the doctor of sports medicine and for the general family medicine doctor. The medical observation, often in dermatology, is essential because the nail might have pathology with systemic compromise or the systemic diseases can have expression on the nail. This first paper covers the most frequent infectious pathologies that occur in the athlete.

PALAVRAS-CHAVE KEYWORDS

Infeções das unhas, desporto

Nails infections, sport

Introdução

O conhecimento da anatomia e função do aparelho ungueal é essencial quando efetuamos um exame físico a um paciente ou na avaliação de um desportista. A existência de patologia, por vezes pouco sintomática, nas unhas de um desportista poderá, pela prática de exercício, condicionar limitação ou impedimento da prática de desporto pelo agravamento da patologia ungueal ou pela sua complicação. A observação clínica e dermatoscópica poderão fazer suspeitar de doenças

sistémicas (colagenoses, doenças hematológicas, cardiopulmonares, hepáticas ou renais, intolerâncias medicamentosas, etc.) ou neoplasias subungueais. A unha poderá ainda servir para a pesquisa de substâncias dopantes.

As patologias poderão estar relacionadas com a matriz, cutícula, prega lateral, lúnula, leito ou prato ungueal, hiponíquio ou no bordo livre. A abordagem terapêutica depende necessariamente da patologia em causa, mas também da localização da mesma, pelo que para tal é importante ter presente a estrutura anatómica da unha e dos tecidos circundantes (Fig. 1). É importante lembrar que as unhas das mãos têm um ritmo de crescimento mais lento (entre 1 a 3 mm por mês) e nas dos pés este ritmo diminui para metade a um terço. Isto tem implicações na duração do tratamento e no tempo de reavaliação da eficácia terapêutica. Nas unhas das mãos o seu crescimento completo pode demorar 4 a 6 meses,

enquanto nos pés pode estender-se de 8 a 12 meses. Na história clínica deve-se ter em atenção os antecedentes pessoais e familiares de patologias similares ou predisponentes a onicopatias, bem como ter em atenção o tipo de modalidade e a frequência dos treinos. A observação clínica deve ser feita em todas as unhas. A avaliação de patologia recorrente das unhas justifica estudos complementares como de bacteriologia, micologia e imagiologia, bem como, por vezes o estudo biomecânico do pé, em estática e em dinâmica, com a colaboração de podologia para a eventual execução de suportes plantares ou interdigitais personalizados. Por vezes a onicopatia provem de desalinhamento postural, com sobrecarga podal e alteração da pressão plantar.

As patologias das unhas a que os atletas ou seus médicos devem estar mais atentos, pela sua frequência, são infecciosas, traumáticas, inflamatórias, conseqüentes a malformação e as neoplásicas.

Patologias Infecciosas

Das patologias infecciosas destaque para as fúngicas, bacterianas e víricas. A patologia fúngica mais frequente das unhas (onicomicose) é provocada por dermatófitos (fig. 2, 3), estando associada muitas vezes a dermatofítia plantar ou interdigital (*pé de atleta*) (fig. 3). Podem ocorrer onicomicoses por *Cândida* (fig. 4) ou bacterianas, como por exemplo por *Pseudomona* (fig. 5). Quando existe infeção dos tecidos periungueais estamos perante a existência da perioníquia (panarício) (fig. 4) que pode ser bacteriano (frequentemente por *estafilococo*), fúngico ou misto. As verrugas peri ou subungueais (fig. 6), são infeções víricas provocadas pelos vírus HPV, mais frequentes nos atópicos e que podem se estender pelas áreas adjacentes ou à distância.

Onicomicose

As patologias mais frequentes das unhas são as onicomicoses e a elas será dedicada mais atenção. As onicomicoses são infeções causadas por fungos que podem envolver as unhas das mãos e dos pés. Apesar de

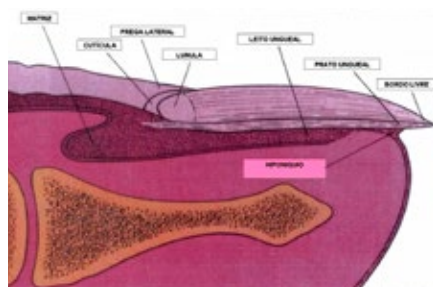


Fig. 1 – Estrutura anatómica da unha e tecidos circundantes



UMA SÓ
EMBALAGEM,
TRATAMENTO
COMPLETO
DAS ONICOMICÓSES



Locetar[®]
a m o r o l f i n a

Informações essenciais compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento

Nome do medicamento: LOCETAR verniz para as unhas medicamentoso. **Composição qualitativa e quantitativa:** O LOCETAR verniz para as unhas medicamentoso contém como substância activa o cloridrato de amorolfina (6,4% p/p). **Forma farmacéutica:** Verniz para as unhas medicamentoso. **Indicações terapêuticas:** O LOCETAR verniz para as unhas medicamentoso está indicado no tratamento de onicomicoses devidas a dermatófitos, fungos leveduriformes e bolores. **Posologia e modo de administração:** O LOCETAR verniz medicamentoso deve ser aplicado nas unhas dos dedos das mãos ou dos pés uma ou duas vezes por semana. O tratamento deve ser continuado sem interrupções até regeneração da unha e cura das áreas afectadas. A duração do tratamento depende essencialmente da intensidade e localização da infecção e da capacidade regenerativa das unhas. Na generalidade traduz-se por seis meses para as unhas das mãos e nove a doze meses para as unhas dos pés. O doente deve aplicar o verniz para as unhas medicamentoso do seguinte modo: Primeiro, limar as áreas infectadas das unhas (em particular a superfície da unha) tanto quanto possível, utilizando para tal a lima descartável fornecida (1). A superfície da unha deve de seguida ser limpa e desengordurada utilizando a compressa embebida em álcool, fornecida nas saquetas ou um pouco de algodão embebido em álcool (2). Para futuras aplicações de LOCETAR verniz medicamentoso, as unhas afectadas devem de novo ser limadas e limpas com a compressa ou algodão embebido em álcool de forma a retirar resíduos de verniz. O verniz é aplicado na totalidade da superfície da unha infectada (4). Para cada unha a tratar, mergulha-se a espátula no verniz sem a limpar no bordo do frasco (3). O frasco deve ser fechado de imediato após cada aplicação (5). O verniz deve secar durante aproximadamente 3-5 minutos (6). Por último, limpar a espátula com a compressa ou algodão embebido em álcool, anteriormente usado na limpeza da unha, retirando qualquer vestígio de verniz (7). Quando o doente utilizar solventes orgânicos (diluente ou similares) é imprescindível o uso de luvas impermeáveis de forma a proteger o verniz aplicado nas unhas. **Atenção:** Limas usadas em unhas infectadas não devem ser usadas em unhas sãs. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à amorolfina ou a qualquer dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Devido à falta de experiência clínica até à data, as crianças não devem ser sujeitas ao tratamento com LOCETAR. O uso de verniz cosmético ou unhas artificiais deve ser evitado durante o tratamento com LOCETAR verniz para as unhas medicamentoso. **Efeitos indesejáveis:** Em casos excepcionais foi observada uma ligeira e passageira sensação de queimadura periungueal após aplicação do verniz para as unhas medicamentoso. Foram descritos casos raros e variados de alterações nas unhas, tais como alteração na cor e unhas quebradiças, durante o tratamento com Locetar - verniz para as unhas medicamentoso. **Regime de comparticipação:** Regime Geral - 37%, Regime Especial - 52%. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** GALDERMA International - sucursal em Portugal, Rua Dr. António Loureiro Borges, nº 7 - 6º, Arquiparque - Miraflôres, 1495-131 ALGES. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Para mais informações contactar o titular da autorização de introdução no mercado.



estatísticas antigas apontarem para valores de 5% da população adulta, estudos recentes na população europeia demonstraram a existência desta afeição em mais de 20% da população (Projeto de Aquiles). Num estudo recente, em Portugal, estimou-se a existência de cerca de 16% da população portuguesa.

Em cerca de 70% as infeções são provocadas por dermatófitos. Num estudo efetuado por Jenkins e coll, em atletas Olímpicos, as onicomicoses, onicocriptoses (*unha encravada*) e a dermatofítia plantar (*pé de atleta*) foram detetadas numa percentagem significativa de atletas.

Existem várias **formas de apresentação clínica** das onicomicoses que nos poderão orientar no diagnóstico diferencial e orientação terapêutica, mas o diagnóstico definitivo passa pelo exame micológico direto e cultural, sendo por vezes necessário recorrer ao exame histológico, com estudo pelo PAS. Constituem populações de risco os pacientes com infeções prévias por *trichophyton rubrum*, os idosos, os possuidores de morfologia anormal das unhas, os frequentadores de locais públicos, como balneários, como sejam os atletas, havendo ainda fatores genéticos e de imunodeficiência que concorrem, não só como fatores de risco para infeção, mas também para recaída ou reinfeção.

A **incidência** crescente nos últimos anos relaciona-se com atividades de desporto, sobretudo em áreas públicas, como ginásios e piscinas. É também mais frequente nas pessoas com atividades domésticas ou profissionais de limpeza, nos diabéticos, obesos, idosos e nos imunodeficientes por doença ou medicamentos. O calçado apertado e inadequado favorece microtraumatismos e hematomas das unhas o que predispõe ao aparecimento e recaída das onicomicoses.

Os **primeiros sinais da doença** correspondem à modificação da cor da unha (amarelada ou esbranquiçada), ao seu espessamento, com aparecimento de depósito (tipo farinha) por baixo da unha, com engrossamento progressivo e alteração da forma. As onicomicoses não

são apenas um problema estético, originando por vezes problemas físicos (dores e desconforto ao andar ou praticar desporto) e psicológicos (com perda da autoestima, ansiedade e isolamento social), assumindo, dada a sua frequência, um importante problema de saúde pública. As onicomicoses não tratadas favorecem infeções associadas bacterianas e constituem um foco potencial de contágio para o próprio, para a família e para a comunidade.

As pessoas recorrem ao médico frequentemente numa fase avançada, quando têm dificuldade em andar, ou por contágio da micose a outras áreas, como os pés (com prurido, descamação e gretas entre os dedos: (o “*pé de atleta*”) ou as virilhas (com vermelhidão e prurido). Assiste-se frequentemente à automedicação, com utilização de cremes inadequados, por vezes com corticosteroides, para aliviar o prurido, e ao uso de exfoliações ou polimento das unhas, com utilização irregular de cremes ou vernizes que são frequentemente insuficientes para tratar as onicomicoses que envolvem a raiz da unha, prolongando e agravando estas afeições.

Os **tratamentos atuais** são mais eficazes, cómodos e seguros. A abordagem terapêutica pode ser tópica, oral ou combinada. Numa fase inicial a utilização adequada de vernizes antifúngicos poderá ser eficaz em cerca de 75% das onicomicoses. Nos vernizes realce para o ciclopirox e a amorolfina, em verniz. Esta última destaca-se pela sua eficácia e comodidade posológica. No entanto, as melhores curas clínicas e micológicas são obtidas pela terapêutica combinada, tópica e oral, havendo orientações gerais internacionais para a sua utilização, em particular quando há envolvimento da matriz ou de mais de 50% de uma ou várias unhas. Esta abordagem permite obter uma mais eficaz e alargada ação antifúngica. Da terapêutica oral destaca-se a terbinafina, o itraconazole e o fluconazol, em vários esquemas terapêuticos. O tempo de medicação oral, na maioria dos casos, varia entre 2 a 3 meses para as mãos e 3 a 4 meses para os pés, mas a medicação local é necessária até a unha ficar completamente bem,

o que poderá durar, em média, 6 meses nas mãos e 12 meses nos pés, com esquemas de prescrição que devem ser adaptados à patologia ou agentes em causa e às medicações sistémicas coexistentes e função analítica. A interrupção do tratamento favorece a persistência do fungo, ou a sua recaída, por vezes, com desenvolvimento de resistências. As recidivas são por vezes minimizadas pela compensação/correção de defeitos biomecânicos do pé, sendo um dos contributos mais importantes que o podologista pode dar para o médico e para o paciente. É aconselhável uma reavaliação clínica após o tempo de tratamento recomendado para verificar se ficou de facto curado, para minimizar as insuficiências de tratamento ou recaídas.

O **diagnóstico diferencial**, nomeadamente com várias dermatoses com expressão ungueal constitui uma das etapas mais importantes na orientação do paciente com patologia ungueal. A prevenção primária e secundária das onicomicoses deverão ser estimuladas em toda a população, cabendo aos diferentes profissionais de saúde que trabalham com o pé a sua divulgação e implementação.

Perioníquia

A inflamação dos tecidos periungueais (perioníquia ou panarício) é frequentemente traumática, pelo mau corte das unhas ou favorecida por curvatura inadequada das unhas. As complicações microbiológicas podem ser bacterianas (por *estafilococo* ou *Pseudomonas*), fúngicas (frequentemente por *Cândida*) ou mistas (fig. 4 e 5). A terapêutica tópica, antibacteriana e/ou antifúngica, e por vezes sistémica impõem-se. No caso das unhas das mãos são fatores predisponentes a permanência frequente em água e a utilização de substâncias agressivas ou detergentes, sem proteção adequada de luvas.

Verrugas

A infeção periungueal ou subungueal (fig. 6) por vírus da família dos papilomavírus é uma situação frequente, por vezes recorrente, como nos atópicos ou nos indivíduos com alguma forma de imunodeficiência

por doença ou iatrogênica. O tratamento consiste na destruição química por ácidos (ácido salicílico, ácido láctico, 5 fluoracilo ou até bleomicina nos casos mais refratários) ou na destruição térmica pelo frio (criocirurgia por azoto líquido) ou pelo calor (eletrocoagulação ou laser CO₂) precedidas ou não por curetagem.

O Desportista e o autoexame das unhas para a prevenção e diagnóstico precoce das onicopatias:

Prevenção primária:

- se frequenta ginásios ou piscinas, se tem antecedentes de alergias, diabetes ou má circulação, se tem antecedentes pessoais ou familiares de micose, sobretudo das unhas (onicomicoses) deve, após lavar as mãos e os pés, secá-los bem. Utilize um creme ou um pó de talco com ação antifúngica após utilização de espaços públicos. Mude frequentemente de calçado, deixe-os arejar e poderá periodicamente usar o pó de talco antifúngico nos próprios sapatos ou sapatilhas. Se tem gretas, descamação e prurido na planta dos pés ou entre dedos (*pé de atleta*) deverá tratar eficazmente com cremes antifúngicos. As unhas dos pés devem ser cortadas a direito;
- utilize sapatos adequados ao seu formato do pé. Que o seu sapato não seja um *martírio* para o seu andar. Se desenvolve frequentemente onicocriptose, hematomas subungueais ou calosidades, deverá efetuar estudo biomecânico do pé, sendo a observação do podologista e a realização de suportes plantares individuais uma etapa importante, não só para o tratamento, mas também para a prevenção.

Prevenção secundária:

- o diagnóstico precoce favorece a rapidez e simplicidade do tratamento;
- se as suas unhas estão amareladas ou esbranquiçadas, engrossadas ou com alteração progressiva da forma, com picotado ou estriação longitudinal ou transversal à superfície, com descolamento permanente ou recorrente, com

pigmentação ou tumefação ou verrucosidades persistente subungueal ou periungueal, consulte o seu médico assistente ou o seu dermatologista.

Conclusão

A patologia ungueal é diversa com múltiplas etiologias, podem ser causa de limitação de exercício, precipitadas ou agravadas pelo mesmo. O diagnóstico diferencial é essencial, a abordagem médica é indispensável pelo médico de família ou de desporto e sempre que necessário por dermatologia. A complementaridade multidisciplinar, nomeadamente da ortopedia e sempre que necessário com o apoio da podologia, sobretudo na avaliação biomecânica do pé, são muito importantes para a eficácia clínica em particular na minimização de eventuais recaídas.

Bibliografia

1. Burykowski T et al. High prevalence of foot diseases in Europe: results of the Achilles Project. *Mycoses* 2003; 46: 496-505.
2. Sabadin CS, et al. Onychomycosis and tinea pedis in athletes from the State of Rio Grande Do Sul (Brazil): a cross-sectional study. *Mycopathologia*. 2011;171(3):183-9.
3. Bassiri-Jahromi S et al. Evaluation of the association of superficial dermatophytosis and athletic activities with special reference to its prevention and control. *Int J Dermatol*. 2010 49(10):1159-64.
4. Rodrigo F. Guerra, Marques Gomes M. A., Mayer da Silva A, Filipe P. *Dermatologia*. Fundação Calouste Gulbenkian, 2010.
5. Jenkins DW et al. Prevalence of podiatric conditions seen in Special Olympics athletes: Structural, biomechanical and dermatological findings. *Foot (Edinb)*. 2011;21(1):15-25.
6. Brown HG, Perrett D. Detection of Doping in Sport: Detecting Anabolic-androgenic Steroids in Human Fingernail Clippings. *Med Leg J*; 2011 79:67-69.
7. Haneke E. *Controversies in the Treatment of Ingrown Nails*. *Dermatology Research and Practice* 2012, Article ID 783924.

Agradecimento

À Dr.^a Sofia Teixeira Gaspar, licenciada em Podologia (CESPU|ISSVS) pela colaboração na redação do texto relativo ao papel do podologista.



Fig. 2 Onicomicose

Fig. 3 Onicomicose

Fig. 4 Onicomicose mais dermatofítia interdigital (pé de atleta)

Fig. 5 Perioníquia por Cândida

Fig. 6 Onicopatia por *Pseudomona*

Fig. 7 Verrugas periungueais e subungueais