

## Lesão severa causada por onicofagia

*Rômulo Rocha REGIS<sup>a</sup>, Raphael Freitas de SOUZA<sup>b</sup>,*

*Helena de Freitas Oliveira PARANHOS<sup>b</sup>*

*<sup>a</sup>Estagiário da Disciplina de Prótese Total e Materiais Aplicados,  
Departamento de Materiais Dentários e Prótese, Faculdade de Odontologia, USP,  
14040-904 Ribeirão Preto - SP, Brasil*

*<sup>b</sup>Departamento de Materiais Dentários e Prótese, Faculdade de Odontologia, USP,  
14040-904 Ribeirão Preto - SP, Brasil*

Regis RR, Souza RF, Paranhos HFO. Severe lesion caused by onychophagia. Rev Odontol UNESP. 2007; 36(4): 379-382.

**Resumo:** O presente trabalho tem por objetivo descrever uma lesão severa decorrente da onicofagia, bem como apresentar uma breve revisão de literatura sobre esse hábito. Um paciente adulto, ao se apresentar para consulta odontológica de manutenção, descreveu que havia provocado uma lesão ungueal no polegar esquerdo. Sua unha possuía um aspecto irregular, de espessura reduzida, com uma depressão na lúnula e uma petéquia visível sob a lesão. Após relatar exacerbação de seus hábitos parafuncionais, tornou-se evidente a associação do hábito de roer unhas com a lesão. Foi planejada uma etapa de aconselhamento, na qual se buscou orientar o paciente, recomendando-se que evitasse roer as unhas e remover o epitélio circundante. Depois de um período de aproximadamente dois meses, a lesão havia regredido como consequência do crescimento ungueal.

**Palavras-chave:** *Hábito de roer unhas; estresse psicológico; automutilação.*

**Abstract:** The aim of this study was to describe a severe lesion associated with onychophagia and to present a brief literature review comprising this habit. An adult male patient undergoing a maintenance dental appointment had reported the development of a nail lesion on the left toe. The nail presented an uneven surface, with reduced thickness, a depression over the lunula and a red spot. After reporting exacerbation of parafunctional habits, the association of those habits and the lesion was evident. A counseling procedure was carried out, in order to avoid nail biting and picking by the patient. Following a two months period, the lesion had disappeared as a consequence of nail growth.

**Keywords:** *Nail biting; psychological stress; self mutilation.*

### Introdução

A onicofagia, hábito de roer unhas, é considerada um hábito nervoso<sup>1</sup>, repetitivo, embaraçante e socialmente indesejável<sup>2,3</sup>. Ballinger<sup>4</sup> estudando a presença desse hábito em grupos de 0 a 70 anos, encontrou prevalência em todas as faixas etárias havendo, no entanto, um declínio da prevalência após os 40 anos de idade. Pode ser considerada como uma forma de automutilação<sup>5</sup> e tem sido vista como um comportamento sistemático, que reflete angústia emocional ou elevada ansiedade<sup>6</sup>. O hábito geralmente se restringe aos dedos das mãos e todas as unhas são atingidas com a mesma intensidade; ocasionalmente, pode envolver as unhas dos pés<sup>2</sup>. Algumas variações desse hábito têm sido observadas, como morder as cutículas e a pele circundante, lábios e bochecha, bem como sucção digital de forma crônica<sup>7</sup>.

Ansiedade, estresse e aborrecimento são os fatores mais notáveis envolvidos na etiologia desse hábito parafuncional, sendo a onicofagia uma forma de alívio dessas tensões emocionais<sup>8</sup>. Outras causas têm sido relatadas como imitação de outros membros da família, hereditariedade, transferência do hábito de sucção digital e unhas mal tratadas<sup>2</sup>.

A onicofagia pode ser classificada em moderada e severa, de acordo com o grau de injúria<sup>9</sup>. Em ambas as formas, o comprimento da unha é controlado com os dentes. No entanto, na forma severa, a mordida nas unhas vai além da borda livre, levando a margem da unha abaixo da borda do tecido mole<sup>10</sup>. Segundo Wells et al.<sup>9</sup>, ela pode ser considerada severa quando a frequência e a intensidade são altas, causando dano físico substancial e consequências sociais adversas.

Dentre os problemas médicos mais comuns, destaca-se a paroníquia<sup>10</sup>, que envolve inflamação no tecido adjacente à unha, infecção e formação de pus<sup>11</sup>. No entanto, outras sérias complicações têm sido relatadas, principalmente associadas à forma severa de onicofagia, tais como: sangramento, infecção, dor significativa, escoriação e dano ao leito ungueal<sup>10,11</sup>, as quais não estão presentes na forma moderada. Além disso, a osteomielite, que se refere à infecção nos ossos, pode também ser resultado desse hábito<sup>12</sup>.

Quando a tolerância fisiológica do indivíduo é excedida<sup>13</sup>, a onicofagia, apesar de ser um hábito comum, pode ainda ser prejudicial à dentição, musculatura e articulação temporomandibular. As forças parafuncionais originadas podem levar à reabsorção apical radicular<sup>14</sup>, pequenas fraturas nas bordas dos incisivos, gengivite associada ao trauma contínuo<sup>2,15</sup> e complicações ortodônticas<sup>14</sup>. Vários autores desenvolveram estudos relacionando hábitos parafuncionais com distúrbios temporomandibulares, em diferentes grupos populacionais, encontrando a onicofagia como um dos mais prevalentes<sup>13,16-19</sup>.

Assim como a onicofagia, destacam-se a tricotilomania – remoção compulsiva de fios do cabelo –, e a onicotilomania, na qual o indivíduo, além de morder as unhas, busca extraí-las do seu leito ungueal, como manifestações dermatológicas dos distúrbios obsessivo-compulsivos<sup>20</sup>. O tratamento de escolha para a maioria dos pacientes com essas manifestações é a terapia comportamental, em que se busca identificar e intervir nas situações que levam o indivíduo ao estresse ou à angústia<sup>21</sup>. No entanto, em casos mais severos, a intervenção psicofarmacológica é necessária<sup>22,23</sup>. Dentre as drogas psicoativas comumente utilizadas, destacam-se a clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina<sup>24</sup>, paroxetina, sertralina e o citalopram<sup>25</sup>. Tratamentos tópicos com preparações de sabor desagradável no intuito de desencorajar o hábito também são utilizados<sup>26</sup>.

A proposta deste estudo é o relato de um caso clínico, no qual uma lesão atípica relacionada à onicofagia foi descrita. Por meio da anamnese, um diagnóstico e um plano de tratamento bem sucedidos foram realizados pelo cirurgião-dentista.

## Relato de caso

Um homem de 27 anos, caucasiano, procurou a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP para manutenção de tratamento odontológico. Durante a anamnese, o paciente não relatou nenhum aspecto sistêmico ou local de interesse clínico, exceto ser portador de hábitos parafuncionais orais. Especificamente, foram citados apertamento noturno e onicofagia. Clinicamente, observou-se boa higiene oral; presença de todos os dentes, exceto os terceiros molares, que se apresentavam hígidos; algumas restaurações conservadoras em amálgama; e tanto o periodonto como os demais tecidos orais possuíam boas condições de saúde.

O paciente declarou passar por uma exacerbação de seus hábitos parafuncionais, apesar de não apresentar sinais ou sintomas de distúrbios temporomandibulares. No entanto, descreveu que havia provocado uma lesão ungueal no polegar esquerdo. A Figura 1 mostra o aspecto da lesão, em comparação às estruturas contralaterais. A unha apresentava um aspecto irregular, formando uma depressão sobre parte da lúnula, espessura reduzida, observada pela flexibilidade à percussão no local e pela presença de arestas, indicando solução de continuidade nos incrementos de queratina. Ainda, uma petéquia era visível sob a lesão, mas nenhuma forma de exsudação ou processo inflamatório era evidente.

Ao ser questionado sobre a forma por meio da qual a lesão fora provocada, o paciente reportou que, ao remover fragmentos da unha com os incisivos centrais, conseguiu deslocar um incremento em forma de película, que se estendeu até a raiz ungueal. Ao retirar essa película, a eponíquia perdeu inserção e o epitélio radicular foi lesado. Isso foi deduzido por meio da descrição relatada, que citou a ocorrência imediata de um sangramento discreto e dor nessa região. Com o passar de alguns dias, o crescimento da unha se deu de forma anômala na área lesada, gerando uma superfície similar àquela observada no exame clínico.

Como o histórico tornou evidente a associação entre o achado clínico e a parafunção, um diagnóstico diferencial não foi buscado junto a um profissional especializado. Assim, foi planejada uma etapa de aconselhamento, na qual se buscou orientar o paciente quanto aos problemas associados à atividade parafuncional. No caso específico do polegar, foi recomendado ao paciente que evitasse remover fragmentos das unhas e epitélio circundante, a fim de promover o reparo



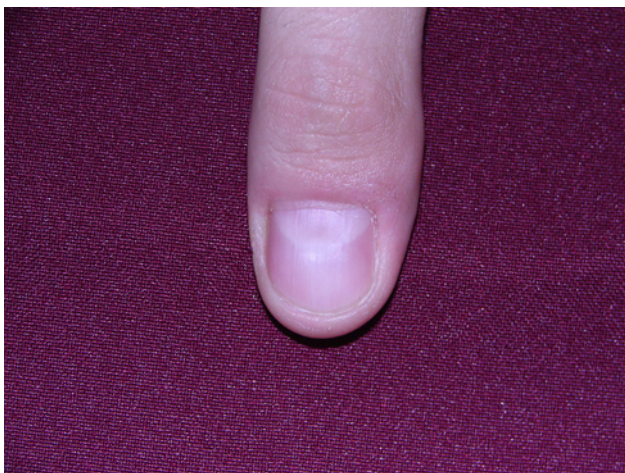
**Figura 1.** Aspecto dos polegares do paciente examinado. Observa-se em ambos uma redução no comprimento das unhas e ausência parcial da eponíquia, ambas causadas por atividade parafuncional. No polegar esquerdo (à direita na foto), encontra-se a lesão previamente citada.

tecidual. Uma primeira etapa foi realizada nos momentos finais da primeira seção clínica, quando a associação entre o hábito e suas possíveis conseqüências deletérias foi apresentada. Foram explicadas as possibilidades de infecções, problemas dentários e distúrbios temporomandibulares, bem como a continuidade do dano e desconforto já presentes. Um encaminhamento foi realizado para tratamento psicológico, a fim de intervir no estresse relatado. No entanto, não houve complacência por parte do paciente a esse encaminhamento. Retornos mensais foram planejados, aos quais ele compareceu. Após um período de aproximadamente dois meses, a lesão havia regredido como conseqüência do crescimento ungueal (Figura 2).

### Discussão

No caso apresentado, a associação evidente entre o hábito parafuncional e o achado clínico, conforme descrição do paciente, levou à conclusão de que a lesão ungueal havia sido causada pela onicofagia. Observou-se um quadro típico conseqüente do hábito severo de roer unhas<sup>2</sup>: nítida deformação ungueal, ferimentos no epitélio circunjacente e aspereza na margem livre. A anamnese forneceu dados quanto ao histórico progressivo, em que se relatou a presença do hábito desde a infância. Ainda, um relato de estresse emocional exacerbado foi dado durante a entrevista, o que é um agravante para a onicofagia<sup>2,10,27</sup>. Dessa forma, conduziu-se o diagnóstico com base em indícios relativamente óbvios. Segundo Hodges et al.<sup>7</sup>, o dentista tem um papel importante em identificar as complicações dentárias e o risco potencial da onicofagia. Ele deve considerar o hábito de roer unhas entre os diagnósticos diferenciais em casos de inchaços e recessões gengivais, principalmente entre crianças e adolescentes.

A conduta de se aconselhar o paciente foi tomada com base nas complicações que a ininterrupta onicofagia



**Figura 2.** Aspecto da unha do paciente após 2 meses de acompanhamento, com total regressão da lesão.

poderia acarretar<sup>7</sup>. Dentre elas destacou-se o risco de maior dano às unhas e cutículas, infecção bacteriana secundária, problemas dentários<sup>1</sup> e distúrbios temporomandibulares<sup>13,16-19</sup>. O acompanhamento foi realizado como forma de motivação do paciente, conforme preconizado por Leung<sup>2</sup>. Ainda, evitou-se qualquer recomendação com caráter punitivo ou pejorativo, o que poderia prejudicar a complacência com o tratamento.

Depois de dois meses, o paciente relatou amenização do hábito, o que coincidiu com o crescimento da unha e regressão da lesão. Isso está de acordo com Leung<sup>2</sup>, que cita não haver retardo no crescimento ungueal em decorrência da onicofagia.

### Conclusão

No caso apresentado, obteve-se um bom resultado com o aconselhamento e a recomendação de suspender a remoção de fragmentos das unhas e epitélio vizinho. Constatou-se o potencial do dentista na detecção da onicofagia, conduzindo-o ao tratamento correto.

### Referências

1. Miltenberger RG, Fuqua RW, Woods DW. Applying behavior analysis to clinical problems: review and analysis of habit reversal. *J Appl Behav Anal.* 1998;31:447-69.
2. Leung AK, Robson WL. Nailbiting. *Clin Pediatr.* 1990;29:690-2.
3. Schneider PE, Peterson J. Oral habits: considerations in management. *Pediatr Clin North Am.* 1982;29:523-46.
4. Ballinger BR. The prevalence of nail biting in normal and abnormal populations. *Br J Psychiatry.* 1970;117(539):445-6.
5. Weinlander MM, Lee SH. Suicidal age and childhood onychophagia among neurotic veterans. *J Clin Psychol.* 1978;34:31-2.
6. Walker BA, Ziskind E. Relationship of nail biting to sociopathy. *J Nerv Ment Dis.* 1977;164(1):64-5.
7. Hodges ED, Allen K, Durham T. Nail-biting and foreign body embedment: a review and case report. *Pediatr Dent.* 1994;16:236-8.
8. Mutz B, Sturmer D. Is stress higher in nail biters?: An examination of survey data. *Soc Work Res.* 2005;25:1-15. Available from: [http://www.stfrancis.edu/srsymposium/projects/swrk/bmutz\\_et\\_al\\_swrk.pdf](http://www.stfrancis.edu/srsymposium/projects/swrk/bmutz_et_al_swrk.pdf).
9. Wells JH, Haines J, Williams CL. Severe morbid onychophagia: the classification as self-mutilation and a proposed model of maintenance. *Aust N Z J Psychiatry.* 1998; 32:534-45.
10. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Rapoport JL. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine treatment of severe onychophagia (nail biting). *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:821-7.

11. Silber KP, Haynes CE. Treating nailbiting: a comparative analysis of mild aversion and competing response therapies. *Behav Res Ther.* 1992;30(1):15-22.
12. Waldman BA, Frieden IJ. Osteomyelitis caused by nailbiting. *Pediatr Dermatol.* 1990;7:189-90.
13. Farsi NM. Symptoms and signs of temporomandibular disorders and oral parafunctions among Saudi children. *J Oral Rehabil.* 2003;30:1200-8.
14. Odenrick L, Brattström V. Nailbiting: frequency and association with root resorption during orthodontic treatment. *Br J Orthod.* 1985;12:78-81.
15. Greene PR. An unusual self-inflicted gingival injury. *Br Dent J.* 1994;177:23-4.
16. Miyake R, Ohkubo R, Takehara J, Morita M. Oral parafunctions and association with symptoms of temporomandibular disorders in Japanese university students. *J Oral Rehabil.* 2004;31:518-23.
17. Winocur E, Littner D, Adams I, Gavish A. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents: a gender comparison. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102:482-7.
18. Santos ECA. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2006;11:29-34.
19. Sari S, Sonmez H. Investigation of the relationship between oral parafunctions and temporomandibular joint dysfunction in Turkish children with mixed and permanent dentition. *J Oral Rehabil.* 2002;29:108-12.
20. Koo J, Gambla C. Psychopharmacology for dermatologic patients. *Dermatol Clin.* 1996;14:509-23.
21. Inglese M, Haley HR, Elewski BE. Onychotillomania: 2 case reports. *Cutis.* 2004;73:171-4.
22. Koo JY, Smith LL. Obsessive-compulsive disorders in the pediatric dermatology practice. *Pediatr Dermatol.* 1991;8:107-13.
23. Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol.* 1992;26:237-42.
24. Moldavsky M, Lev D, Lerman-Sagie T. Behavioral phenotypes of genetic syndromes: a reference guide for psychiatrists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:749-61.
25. Serdlow NR. Obsessive-compulsive disorder and tic syndromes. *Med Clin North Am.* 2001;85:735-55.
26. Tosti A, Piraccini BM. Treatment of common nail disorders. *Dermatol Clin.* 2000; 18:339-48.
27. Deardoff PA, Finch AJ Jr, Royall LR. Manifest anxiety and nail-biting. *J Clin Psychol.* 1974;30:378.