



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**PAQUIDERMODACTILIA: ANÁLISE SECUNDÁRIA DE DADOS**

**DISCENTES: AMANDA RÊGO DE VASCONCELOS**

**BEATRICE NÓBREGA DANTAS**

**Orientadora:**

**Prof<sup>a</sup>. Dra. *Evânia Claudino Queiroga* de Figueiredo**

Campina Grande-PB, novembro de 2015.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Discentes:**

**Amanda Rêgo de Vasconcelos**

**Beatrice Nóbrega Dantas**

**PAQUIDERMODACTILIA: ANÁLISE SECUNDÁRIA DE DADOS**

Trabalho apresentado como requisito para cumprimento da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande

**Orientadora:**

**Prof<sup>a</sup>. Dra. *Evânia Claudino Queiroga* de Figueiredo**

Campina Grande-PB, novembro de 2015.

## RESUMO

**PAQUIDERMODACTILIA: ANÁLISE SECUNDÁRIA DE DADOS.** A paquidermodactilia é uma forma de fibromatose digital benigna adquirida pouco frequente. Acomete principalmente adolescentes e adultos jovens do gênero masculino. É clinicamente caracterizada por aumento assintomático de partes moles em torno das falanges proximais, principalmente nas regiões dorsal e lateral, e articulações interfalangianas. Geralmente é adquirida e alguns autores fazem associação a traumas mecânicos de repetição por atos compulsivos, porém sua etiopatogenia ainda não foi esclarecida. Trata-se de uma doença rara, com poucos casos descritos na literatura. Portanto, é ainda pouco conhecida e provavelmente subnotificada. A análise será realizada por meio da aplicação de um questionário em relatos e séries de casos sobre paquidermodactilia identificados nos bancos de dados (MEDLINE e LILACS) e na busca ativa pelas referências bibliográficas até agosto de 2015. As variáveis analisadas serão gênero, idade, história familiar, presença de dor e restrição de movimento, dedos acometidos, articulações envolvidas, outros locais de acometimento, tempo até o diagnóstico, presença de traumas mecânicos de repetição, laboratório, imagem, biópsia, condições associadas e tratamento. Os dados dos casos selecionados serão avaliados e os resultados discutidos de forma predominantemente descritiva (frequência e porcentagens), além de média, mediana e moda para variável quantitativa (faixa etária).

**Palavras-chave:** paquidermodactilia, fibromatose digital, espessamento digital, trauma mecânico de repetição.

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG**

V331p

Vasconcelos, Amanda Rêgo de.

Paquidermodactilia: análise secundária de dados / Amanda Rêgo de Vasconcelos, Beatrice Nóbrega Dantas. – Campina Grande, 2015.

47 f.; il; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2015.

Orientador: Profa. Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo, Dra.

1. Paquidermodactilia. 2. Fibromatose digital. 3. Espessamento digital. I. Dantas, Beatrice Nóbrega. II. Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.5-006.38

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. REVISÃO DO CONHECIMENTO PRÉVIO.....	6
3. METODOLOGIA.....	8
3.1 Desenho do estudo.....	8
3.2 Proposta de estudo.....	8
3.2.1 Critérios de seleção.....	8
3.2.1.1 Critérios de inclusão.....	8
3.2.1.2 Critérios de exclusão.....	8
3.2.2 Critérios de sistematização.....	8
3.2.3 Estratégia de pesquisa para identificar artigos.....	9
3.2.4 Estratégia para pesquisa nas bases de dados.....	10
3.2.5 Recuperação de artigos.....	10
3.2.6 Avaliação da qualidade dos artigos.....	10
3.3 PLANEJAMENTO ESTATÍSTICO.....	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
5. CONCLUSÕES.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE I.....	37
APÊNDICE II.....	38

## 1. INTRODUÇÃO

A paquidermodactilia (PD) é uma forma de fibromatose digital benigna adquirida pouco frequente. Acomete principalmente adolescentes e adultos jovens do gênero masculino. É clinicamente caracterizada por aumento assintomático de partes moles em torno das falanges proximais, principalmente nas regiões dorsal e lateral, e articulações interfalangianas (VALE et al. 2009).

Trata-se de uma doença rara, com poucos casos descritos na literatura. Portanto, é ainda pouco conhecida e provavelmente subnotificada. Desse modo, faz-se necessária a identificação e síntese das melhores evidências existentes visando a fundamentação de propostas de mudanças relacionadas à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Além disso, permite uma melhor compreensão da enfermidade, o que é relevante no esclarecimento de questões ainda obscuras.

Este trabalho tem como objetivo principal, realizar uma análise secundária de dados de relato e série de casos sobre paquidermodactilia, além de avaliar o perfil dos pacientes relatados na literatura, coletar informações acerca dessa doença rara e propiciar um conteúdo consistente e atualizado sobre o tema baseado nas evidências mais recentes.

## 2. REVISÃO DO CONHECIMENTO PRÉVIO

A palavra Paquidermodactilia (PD) deriva do grego *pachý* (grosso), *dérma* (pele) e *dáctyla* (dedo). O primeiro relato dessa patologia data de 1973, sendo realizado por Bazex, que inicialmente utilizou o termo *pachidermie digitale des premières phalanges*. O termo paquidermodactilia foi usado pela primeira vez em 1975 por Verbov ao apresentar o caso de um jovem de 19 anos. Porém, condição semelhante havia sido descrita por Garrod em 1904. Outras denominações também já foram empregadas para PD como paquidermia, discreta ceratodermia, acanto-hiperceratose e fibromatose (PEREIRA et al., 2014; CHEN et al., 2015).

Sua etiopatogenia ainda não foi esclarecida. Geralmente é adquirida e alguns autores fazem associação a traumas mecânicos de repetição por atos compulsivos, no qual os pacientes atritam ou entrelaçam os dedos de uma mão contra os da outra. A maioria dos casos acomete segundo, terceiro e quarto dedos. Pode haver liquenificação da pele eritema, e descamação na região da lesão, evolui de forma indolor e mais raramente pode se tornar dolorosa (REQUENA et al., 2014).

Condições coexistentes são relatadas associadas a PD como esclerose tuberosa, atrofia maculosa varioliforme cútis, contratura de Dupuytren, síndrome do túnel do carpo, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Asperger, ginecomastia, artrite idiopática juvenil, disfunção tireoidiana, sindactilia e braquidactilia (VALE et al., 2009; SMALL et al., 2011; ULOSOY et al., 2012; REQUENA et al., 2014).

A PD é classificada em cinco formas principais segundo proposto por Bardazzi et al. (1996), a forma clássica de etiologia idiopática ou associada ao trauma, a monopaquidermodaquitilia quando localizada, e com acometimento de um único dedo, a transgressiva onde as alterações cutâneas se estendem para metacarpofalangeanas, a familiar e a sintomática, esta associada à esclerose tuberosa e pode ser dolorosa (PEREIRA et al., 2004; VALE et al., 2009; CHEN et al., 2015).

O diagnóstico de PD é eminentemente clínico e exames laboratoriais não apresentam alterações específicas. Exames de imagem evidenciam apenas aumento do volume de partes moles, não demonstrando alteração de ossos, tendões ou cápsula. Entretanto, é possível encontrar subluxação interfalangiana e déficit funcional, achados relacionados a traumas mecânicos de repetição (REQUENA et al., 2014).

Várias patologias são incluídas no diagnóstico diferencial como doença de Thiemann, coxins interfalangianos, paquidermatoperiostose, depósitos xantomatosos, doenças infecciosas, tumores e artrite, principalmente artrite idiopática juvenil (AIJ) e artrite reumatoide pelo acometimento simétrico de articulações interfalangeanas, sintoma inicial típico destas doenças (HIGUCHI et al., 2014).

O histopatológico mostra hiperqueratose, acantose, espessamento acentuado da derme devido aumento de fibroblastos e depósito de colágeno I, III e V, com fibras mais finas que o normal. Pode haver ainda aumento da espessura da membrana basal, aumento das glândulas sudoríparas écrinas, que podem estar fibrosadas, depósito de mucopolissacarídeos, pobre demarcação entre derme papilar e reticular, eosinofilia e infiltrado linfocitário. Também pode ser observado depósito de mucina pela coloração por alcian blue (PEREIRA et al., 2004).

Os tratamentos propostos incluem remoção cirúrgica, infiltração intralesional de triancinolona e controle do ato compulsivo objetivando redução do atrito, nos casos associados a traumas de repetição (PEREIRA et al., 2004; VALE et al., 2009).

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Desenho de estudo

O desenho de estudo consiste em uma análise secundária de dados de relato e de série de casos de paquidermodactilia.

#### 3.2. Proposta de estudo

##### 3.2.1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

###### ➤ Critérios de inclusão

Todos os artigos identificados nos bancos de dados e na busca ativa até agosto de 2015. O segundo critério, foram as publicações de artigos em língua inglesa, espanhola ou portuguesa.

###### ➤ Critérios de exclusão

- Artigos de estudos que não apresentem relato ou série de casos;
- Artigos que não relatem os casos isoladamente;
- Artigos que não contenham pelo menos 50% dos critérios a serem sistematizados (v. adiante);
- Artigos publicados em outras línguas;
- Artigos não recuperados

##### 3.2.2. CRITÉRIOS DE SISTEMATIZAÇÃO

Será utilizado um questionário (Apêndice I) com diversas variáveis a serem analisadas afim de sistematizar os artigos mais adequados para a elaboração da análise secundária de dados:

- Variáveis relacionadas ao estudo: título, autor, ano de publicação, idioma, país e revista.
- Variáveis relacionadas ao relato ou série de casos: gênero, idade, história familiar, presença de dor e restrição de movimento, dedos acometidos, articulações envolvidas, outros locais de acometimento, tempo até o diagnóstico, presença de traumas mecânicos de repetição,

laboratório, radiografia, RNM, USG, biópsia, condições associadas e tratamento.

### 3.2.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA PARA IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS

Foi realizada pesquisa nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, acessado gratuitamente através da Biblioteca Regional de Medicina – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME), São Paulo, Brasil;) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System onLINE, acessado gratuitamente através da PubMed).

As bases de dados citadas foram incluídas na revisão, por serem amplamente reconhecidas como as principais fontes de cobertura bibliográfica contendo resumos de artigos e publicações de literatura biomédica internacional. O MEDLINE é a contração de MEDlars (Medical Literature Analysis and Retrieval System) on LINE. O MEDLINE, disponível *on-line* ou em *CD-ROM*, contém informações do *Index Medicus*, bem como de outras fontes de coberturas nas áreas aliadas da ciência da informação, humanidades, ciência da biofísica e da saúde e relaciona cuidados de saúde e medicina e reprodução biológica.

A base LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) permitiu ampliar a revisão para documentos da América Latina e Caribe não publicados nas bases de dados apresentadas. Baseia-se em uma base de dados cooperativa do Sistema BIREME (Biblioteca Regional de Medicina – Latin-American and Caribbean Centers on Health Sciences Information, São Paulo, Brasil), compreendendo a literatura relativa às Ciências da Saúde, a partir de 1982.

Além desses dois bancos eletrônicos foi realizada, sistematicamente, a pesquisa (busca ativa) em lista de referências bibliográficas dos artigos selecionados e de revisões.

### 3.2.4. ESTRATÉGIA PARA PESQUISA NAS BASES DE DADOS

Como estratégia para identificação dos estudos, foram utilizados os termos de pesquisa relevantes para esta revisão:

- “pachydermodactily”
- “case report”
- “case series”
- “pachidermodactily”
- “swollen fingers”
- “digital enlargement”

A escolha dos termos acima preconiza a inclusão de termos referentes à condição e a metodologia dos estudos.

### 3.2.5. RECUPERAÇÃO DE ARTIGOS

Os artigos selecionados foram recuperados através do download da versão em pdf e da visualização online do texto completo disponibilizado. Além disso, foi utilizado a Red Informática de Medicina Avanzada (RIMA) e o Programa de Comutação Bibliográfica (Comut).

### 3.2.6. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ARTIGOS

Neste estudo, foi utilizado modelo de classificação semelhante ao idealizado por Figueiredo & Tavares-Neto (2001), aplicado à análise de série de casos ou relatos de caso, com modificação para ser utilizada especificamente nessa análise.

O critério de Figueiredo & Tavares-Neto (2001) diz respeito à quantidade da informação registrada em cada artigo, após ser submetido ao questionário previamente elaborado (Apêndice I). Desse modo, cada artigo foi incluído em uma das seguintes classes:

- Classe A – 100% das variáveis;
- Classe B – de 86% a 99% das variáveis;
- Classe C – de 71% a 85% das variáveis;
- Classe D – de 51% a 70% das variáveis;
- Classe E – de 50% ou menos das variáveis pesquisadas.

### **3.3. Planejamento estatístico**

As variáveis utilizadas foram predominantemente qualitativas. A análise foi descrita (frequência e porcentagens), além de média, mediana e moda para variável quantitativa (faixa etária). O software utilizado para análise estatística foi o SPSS (Statistical Package for Social Sciences) na versão 18.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos artigos sobre paquidermodactilia registrados na plataforma estatística, foram observados os seguintes resultados:

a) Da busca dos artigos

Foram encontrados 86 artigos nos bancos de dados MEDLINE, quatro no LILACS e seis por busca ativa, totalizando 96 artigos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Número de artigos segundo a busca programada.

<i>Fonte do artigo</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
<i>MEDLINE</i>	86	89,58
<i>LILACS</i>	4	4,17
<i>Busca ativa</i>	6	6,25
<b><i>Total</i></b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

Inicialmente foi feita a pesquisa na base de dados MEDLINE, acessado através do PubMed utilizando-se as palavras-chave “pachydermodactily”, “pachydermodactily”, “digital enlargement”, “swollen fingers”, resultando em 86 artigos. A pesquisa adicionando as palavras-chave “case report” e case series” não mostrou novos resultados.

Em seguida, a pesquisa foi realizada na base de dados LILACS, acessado através da BIREME com a palavra-chave “pachydermodactily”, resultando em quatro artigos. A pesquisa com as demais palavras-chave não demonstrou novos resultados.

Através da busca ativa em lista de referências bibliográficas dos artigos selecionados e de revisões foram adicionados mais seis trabalhos, totalizando ao final da busca 96 trabalhos.

b) Da exclusão

- **Da exclusão de artigos através de critérios previamente definidos**

A exclusão de sete artigos ocorreu após a leitura dos títulos e resumos, nos quais observou-se a ausência de referência à patologia estudada (Tabela 2).

Após essa avaliação inicial, a exclusão dos artigos que faziam referência ao assunto foi refinada, suprimindo artigos que não apresentavam separação dos relatos de caso individualmente nas publicações que referiam mais de um caso clínico, sendo excluídas três publicações. Além disso, houve a exclusão de mais seis artigos escritos em idiomas diferentes dos idiomas de inclusão previamente definidos. As duas publicações que apresentaram sobreposições entre bases de dados MEDLINE-LILACS também foram excluídas.

Dentre os artigos restantes, não foi possível recuperar 15, os quais também foram excluídos. Portanto, de um total de 96 artigos localizados através da busca programada nos bancos de dados e busca ativa, 36 foram excluídos do estudo, restando um total de 60 artigos para serem incluídos.

**Tabela 2.** Motivo da exclusão dos artigos

<b><i>Motivo da exclusão dos artigos</i></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Não relacionados ao tema estudado</i>	7	19,4
<i>Sobreposição em bases de dados</i>	2	5,5
<i>Não separou os casos individualmente</i>	3	8,3
<i>Artigos que não apresentem relato ou série de casos</i>	3	8,3
<i>Idioma de exclusão (alemão e francês)</i>	6	16,7
<i>Artigos não recuperados</i>	15	41,7
<b><i>Total</i></b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

- **Exclusão de relatos de casos pela qualidade da descrição**

Após a exclusão dos 36 artigos supracitados, restaram 60 artigos, os quais continham 81 relatos de caso no total. Os artigos restantes foram submetidos a uma nova classificação segundo a quantidade de critérios sistematizados, com o intuito de avaliar a qualidade do artigo, conforme citado na metodologia da pesquisa. Os relatos pertencentes a categoria E (menos de 50% dos critérios de sistematização) foram excluídos.

A maioria dos relatos, 72/81 (88,89%), pertenciam às classes C e D. Os relatos com categoria E, totalizaram 6/81 (7,41%) e os relatos classe B representaram 3/81 (3,70%) dos casos (Tabela 3).

Nesse contexto, após a avaliação da qualidade dos 81 relatos de casos contidos nos 60 artigos selecionados, foram excluídos 6 por serem classificados como de categoria E, restando 75 relatos a serem estudados na pesquisa.

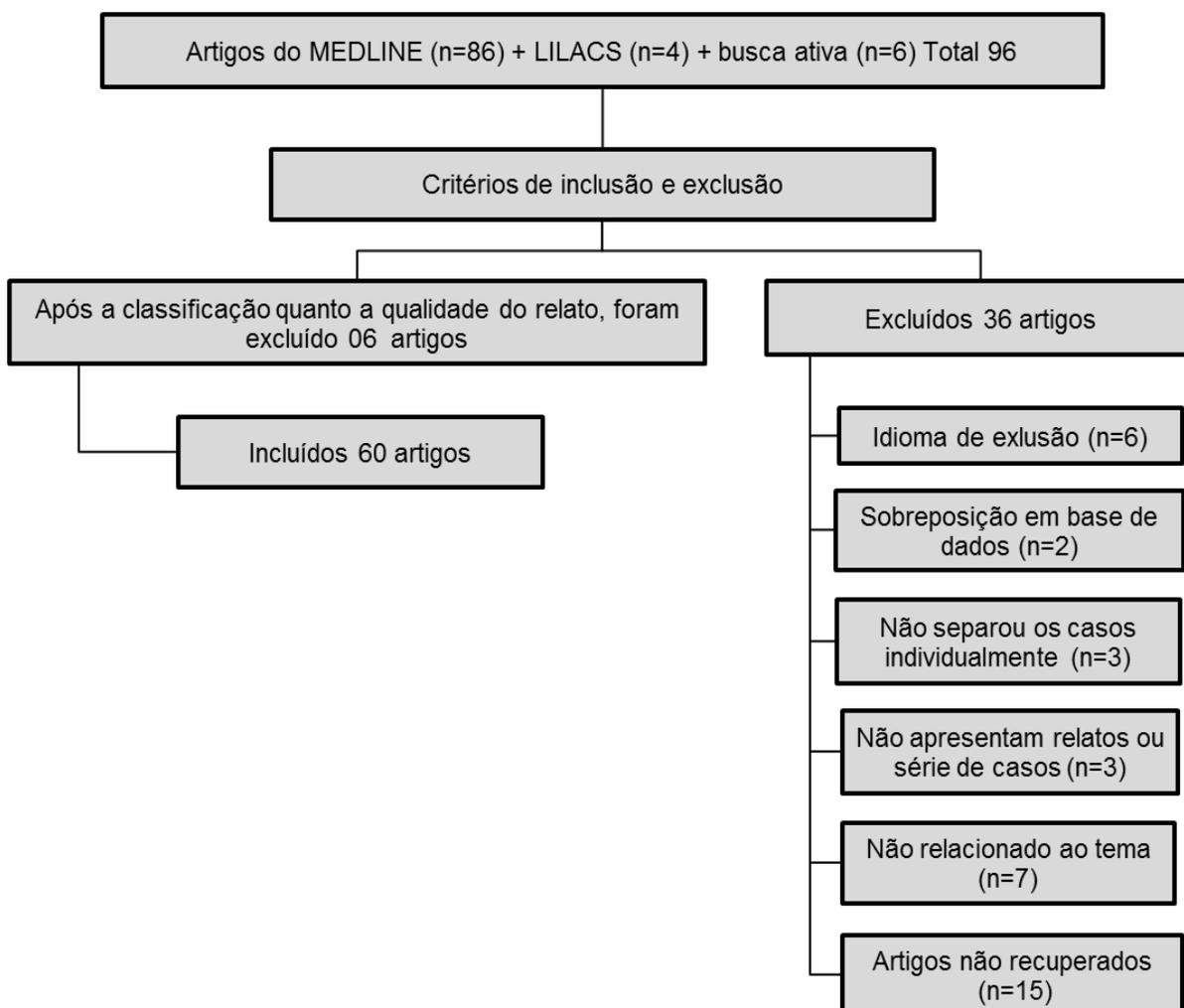
**Tabela 3.** Número de relatos de casos segundo a qualidade da descrição

<b><i>Qualidade da descrição</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
<i>Classe A</i>	0	0,0
<i>Classe B</i>	3	3,7
<i>Classe C</i>	46	56,8
<i>Classe D</i>	26	32,1
<i>Classe E</i>	6	7,4
<b><i>Total</i></b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>

c) Da inclusão

Foram incluídos 60 artigos neste estudo, contendo 75 relatos de casos e/ou série de casos provenientes da seleção dos achados dos bancos de dados eletrônicos e da busca ativa na leitura destes artigos (Figura 1).

**Figura 1.** Busca de artigos



## **CARACTERÍSTICAS DOS PERIÓDICOS ESTUDADOS**

### a) Do periódico de publicação

Os 75 relatos de casos, retirados de 60 artigos, foram publicados em 33 periódicos diferentes. O periódico que mais publicou artigos sobre PD foi o *Clinical and Experimental Dermatology*, 7/60 (11,70%), enquanto o Anais Brasileiros de Dermatologia publicou três (5%) artigos (Tabela 4).

**Tabela 4.** Frequência dos artigos segundo o periódico de publicação

<i>Periódico</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Acta Medica Iranica</i>	1	1,7
<i>Actas Dermo-Sifiliográficas</i>	3	5,0
<i>Anais Brasileiros de Dermatologia</i>	3	5,0
<i>Annals of Dermatology</i>	1	1,7
<i>Archives of Dermatology</i>	4	5,7
<i>Archives of Disease in Childhood</i>	1	1,7
<i>Archivos Argentinos de Pediatría</i>	1	1,7
<i>Arthritis and Rheumatism</i>	3	5,0
<i>Australian Journal of Dermatology</i>	1	1,7
<i>BMJ Case Reports</i>	2	2,8
<i>British association of Dermatologists</i>	1	1,7
<i>British Journal of Dermatology</i>	2	3,3
<i>Case reports in Orthopedics</i>	1	1,7
<i>Clinical and Experimental Dermatology</i>	7	11,7
<i>Clinical and experimental Rheumatology</i>	1	1,7
<i>Dermatology</i>	1	1,7
<i>Dermatology Online Journal</i>	2	3,3
<i>European Journal of Dermatology</i>	1	1,7
<i>Internacional Journal of Dermatology</i>	2	3,3
<i>Journal of Clinical Rheumatology</i>	4	5,7
<i>Journal of the American Academy of Dermatology</i>	3	5,0
<i>Journal of Postgraduate Medicine</i>	1	1,7
<i>Journal of Microbiology, Immunology and Infection</i>	1	1,7
<i>Journal of Paediatrics and Child Health</i>	1	1,7
<i>Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology</i>	1	1,7
<i>Pediatric Dermatology</i>	2	3,3
<i>Reumatologia Clínica</i>	1	1,7
<i>Rheumatology International</i>	1	1,7
<i>The Journal of Dermatology</i>	1	1,7
<i>The Journal of Hand Surgery</i>	1	1,7
<i>The Journal of Pediatrics</i>	1	1,7
<i>The Journal of Rheumatology</i>	3	5,0
<i>The Turkish Journal of Pediatrics</i>	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

b) Da frequência de participações de especialidades nos periódicos publicados

A especialidade que mais apresentou publicações foi a Dermatologia (30/60 [50,00%], seguida da Reumatologia (13/60 [21,70%]), (tabela 5). As demais pesquisas foram publicadas por diversas áreas como Pediatria, Ortopedia, Dermatologia Pediátrica, Imunologia/Infecologia, além de artigos publicados em Revista de Medicina Geral, sem especificação de especialidade.

Nesse contexto, observou-se que o maior número de publicações relacionados à Dermatologia pode ser atribuído ao fato das alterações iniciais da PD se manifestarem primordialmente na pele e serem indolor e sem limitação de movimentos. Além de que a doença não apresenta alterações significativas nos exames de imagens ou exames laboratoriais que pudessem motivar um número de diagnósticos aumentado pela Ortopedia ou Reumatologia.

**Tabela 5.** Frequência de artigos por especialidade

<b>Especialidade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Dermatologia</i>	30	50,0
<i>Reumatologia</i>	13	21,7
<i>Medicina Geral</i>	7	11,7
<i>Pediatria</i>	5	8,3
<i>Dermatologia pediátrica</i>	2	3,3
<i>Ortopedia</i>	2	3,3
<i>Imunologia + Infecologia</i>	1	1,7
<b>Total</b>	60	100,0

c) Idiomas de publicação dos artigos:

Dos 60 artigos registrados, a maioria foi escrita no idioma inglês (56/60[93,3%]), espanhol (2[3,33%]), português (1[1,67%]), e português/inglês (1[1,67%]), (tabela 6).

**Tabela 6.** Frequência de artigos por idioma de publicação

<b><i>Idioma de publicação</i></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Inglês</i>	56	93,3
<i>Espanhol</i>	2	3,3
<i>Português</i>	1	1,7
<i>Português/Inglês</i>	1	1,7
<i>Total</i>	60	100,0

c) O período de publicação do relato de caso

O primeiro relato sobre PD correu em 1975, sendo observado uma ascensão progressiva dos relatos acerca da patologia nos anos subsequentes, como pode ser observado na tabela 7.

Esse aumento de publicações observados pelo estudo nas últimas três décadas pode ser atribuído a um maior conhecimento por parte dos profissionais acerca da PD, a qual, muitas vezes, é subnotificada em virtude do desconhecimento. Um dos objetivos desse estudo consiste em produzir evidências consistentes sobre o tema, a fim de propiciar um maior número de diagnósticos médicos.

**Tabela 7.** Frequência de relatos de casos segundo o período de publicação por décadas.

<b><i>Intervalo de tempo (décadas)</i></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>1975</i>	1	1,7
<i>1980-1989</i>	1	1,7
<i>1990-2000</i>	14	23,3
<i>2000-2009</i>	19	31,7
<i>2010-2015</i>	25	41,7
<i>Total</i>	60	100,0

e) Distribuição da origem dos relatos

Houve o predomínio de relatos com diagnóstico realizado nos Estados Unidos (9[15,00%]), seguidos pela Espanha (8 [13,36%]), e países do Reino Unido (8[13,36%]). O Brasil registra apenas quatro relatos (6,67%), confirmando a hipótese de baixas taxas de diagnóstico não só no nosso país, mas no mundo inteiro.

**Tabela 8.** Frequência de artigos segundo o país de publicação.

<i><b>País</b></i>	<i><b>n</b></i>	<i><b>%</b></i>
<i>Alemanha</i>	2	3,3
<i>Austrália</i>	2	3,3
<i>Áustria</i>	1	1,7
<i>Bélgica</i>	1	1,7
<i>Brasil</i>	4	6,7
<i>Canadá</i>	2	3,3
<i>China</i>	4	6,7
<i>Coreia</i>	3	5,0
<i>Espanha</i>	8	13,3
<i>EUA</i>	9	15,0
<i>França</i>	1	1,7
<i>Itália</i>	3	5,0
<i>Irã</i>	2	3,3
<i>Japão</i>	2	3,3
<i>Malásia</i>	1	1,7
<i>Portugal</i>	2	3,3
<i>Reino Unido (4 países)</i>	8	13,4
<i>Suíça</i>	2	3,3
<i>Turquia</i>	3	5,0
<i>Total</i>	60	100,0

## **CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES**

A partir da aplicação do questionário (Apêndice I), obtivemos os seguintes resultados acerca das características da PD nos pacientes dos relatos de caso clínico estudados (Apêndice II):

### a) Gênero:

Foi observada uma predominância da PD em pacientes do sexo masculino. Numa proporção de 3,29 casos masculinos para cada caso feminino diagnosticado (Tabela 9).

O resultado obtido seguiu a mesma linha dos outros estudos acerca do doença, os quais evidenciaram uma predominância da patologia no sexo masculino, numa proporção de 4:1. Dessa forma, um caso clínico de um paciente do sexo masculino com história clínica sugestiva, leva ao médico a considerar a PD como uma hipótese diagnóstica sugestiva.

**Tabela 9.** Classificação dos pacientes por gênero

<b><i>Gênero</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
<i>Masculino</i>	56	74,7
<i>Feminino</i>	17	22,7
<i>Não especificado</i>	2	2,7
<b><i>Total</i></b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

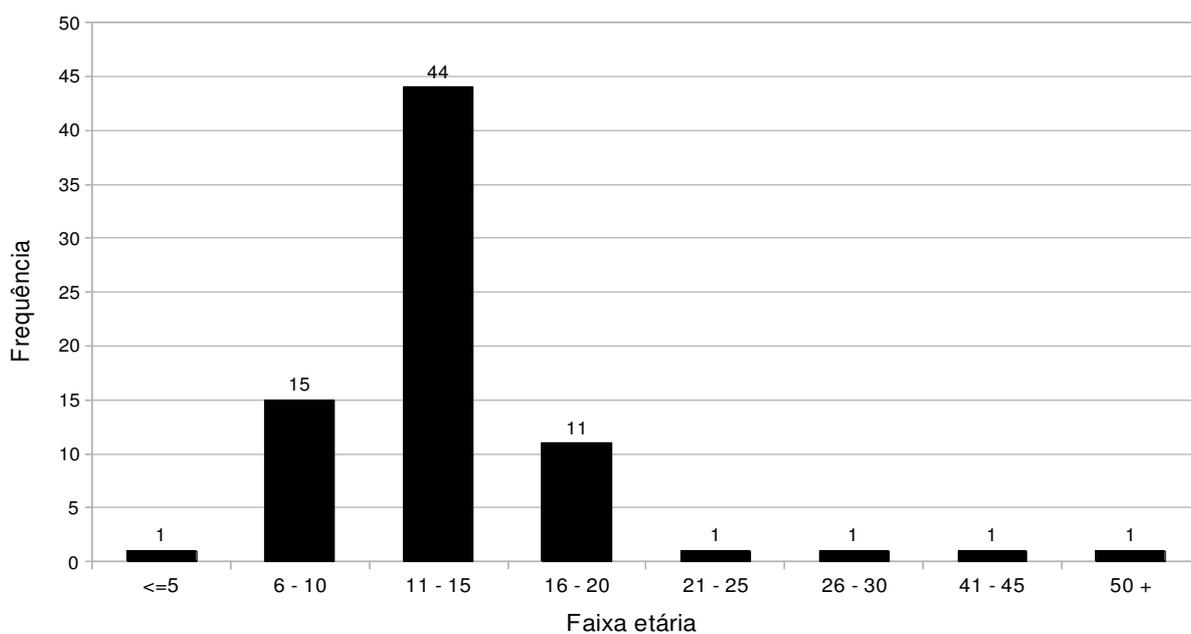
### b) Faixa etária:

A faixa etária predominante encontrada foi de 11-15 anos, sendo encontrados 44 relatos de casos, correspondendo a 58,67% dos 75 casos estudados (tabela 10), visualizar classificação dos pacientes por idade no gráfico 1.

Dessa forma, podemos inferir que a PD é uma doença atribuída principalmente a pacientes jovens do sexo masculino.

**Tabela 10.** Classificação dos pacientes por idade

<b>Faixa etária</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<= 5 anos	1	1,3
6-10 anos	15	20,0
11-15 anos	44	58,7
16-20 anos	11	14,7
21-25 anos	1	1,3
26-30 anos	1	1,3
35-40 anos	0	0,0
41-45 anos	1	1,3
>50 anos	1	1,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 1.** Classificação dos pacientes por faixa etária

Foi observado estatisticamente que a idade média dos pacientes estudados foi de 18,58 anos, mediana 16 e a moda de idades também foi de 16 anos.

c) História familiar:

Os pacientes foram classificados conforme a existência de história familiar, apenas dois pacientes (2,67%) apresentaram história familiar positiva, 48 (64,00%) apresentaram história familiar negativa e 25 pacientes (33,33%) não apresentaram especificação quanto a existência ou não de história familiar (tabela 11).

A história familiar dos casos clínicos abordados nesse estudo se apresentou como não significativa, tal conjuntura havia sido evidenciada previamente nas referências utilizadas para o embasamento dessa pesquisa.

**Tabela 11.** Classificação por presença de história familiar

<i><b>História familiar</b></i>	<i><b>n</b></i>	<i><b>%</b></i>
<i>Positiva</i>	2	2,7
<i>Negativa</i>	48	64,0
<i>Não especificado</i>	25	33,3
<i>Total</i>	75	100,0

d) Dor:

Na análise dos pacientes para verificar a existência de dor, foi constatado que houve uma predominância da ausência do sintoma, 61(81,33%) referiram não apresentar dor, seis (8,00%) referiram queixa de dor e em oito (10,67) casos não houve especificação quanto a presença ou ausência de dor (Tabela 12).

Conforme evidenciado nos estudos de referência para essa análise de dados, a dor mostrou-se um sintoma não relevante da PD.

**Tabela 12.** Classificação dos pacientes por presença de dor

<i>Dor</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Positiva</i>	6	8,0
<i>Negativa</i>	61	81,3
<i>Não especificado</i>	8	10,7
<i>Total</i>	75	100,0

## e) Limitação de movimentos

Na análise dos pacientes para verificar a existência de limitação dos movimentos, foi constatado que houve uma predominância da ausência do sintoma, 48/75 (64,00%) referiram não apresentar limitação de movimento, cinco (6,67%) referiram limitação de movimento e em 22 (29,33%) casos não houve especificação quanto a presença ou ausência de limitação dos movimentos (Tabela 13).

A limitação do movimento se mostrou ausente na maioria dos casos, além disso em 22 (29,33%) não houve especificação, o que pode corroborar com a ideia de que nesses casos não especificados não havia sintomas de limitação na movimentação.

Dessa forma, pudemos inferir que as alterações digitais ocorridas na doença são majoritariamente sem dor ou limitação do movimento. Apresentando-se principalmente através de alterações estéticas.

**Tabela 13.** Classificação por presença de limitação dos movimentos

<i>Limitação de movimentos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Presente</i>	5	6,7
<i>Ausente</i>	48	64,0
<i>Não especificado</i>	22	29,3
<i>Total</i>	75	100,0

## f) Mãos acometidas

Na classificação acerca do acometimento de mãos foi constatado uma predominância do acometimento bilateral (66[88,00%]), cinco (6,67%) apresentaram acometimento apenas da mão esquerda, três pacientes (4,00%) apresentaram acometimento apenas da mão direita e em um caso não houve especificação quanto ao acometimento de mãos (tabela 14).

Dessa forma, o estudo confirmou o que havia sido constatado em outras referências: a PD é uma doença de acometimento predominantemente bilateral, sendo observados raros casos de incidência unilateral.

**Tabela 14.** Classificação dos pacientes por mãos acometidas

<b>Mãos acometidas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Mão direita</i>	3	4,0
<i>Mão esquerda</i>	5	6,7
<i>As duas</i>	66	88,0
<i>Não especificado</i>	1	1,3
<b>Total</b>	75	100,0

## g) Etiologia

As causas da PD ainda são desconhecidas. Porém, traumas mecânicos de repetição parecem ter um importante papel na etiologia. Dos 75 casos analisados foi possível observar essa associação em 39 (52,00%) deles, ressaltando-se que em alguns pacientes foi possível identificar mais de um tipo de trauma mecânico de repetição (Tabela 15). Entre eles, o principal foi manipulação das mãos que apareceu em 28 (37,33%) relatos. Dentro dessa categoria estão incluídos qualquer movimento que promova o atrito, estalar ou entrelaçar de dedos. Esse dado está concordante com o descrito na literatura, que mostra associação com traumas de repetição por ato compulsivo, principalmente movimentos de fricção e entrelaçar de dedos.

Entre outros tipos de traumas mecânicos de repetição observados estão a prática de esportes, presente em cinco (6,67%), o hábito de tocar instrumentos musicais e o uso prolongado de computador/videogame, cada um aparecendo em quatro (5,33%) casos, atividade ocupacional e comportamento compulsivo não especificado apareceram em dois (2,67%) casos cada e o hábito de desenhar, que esteve presente em apenas um (1,33%) relato. Não fizeram referência à existência de traumas mecânicos 13 (17,33%) casos.

Em 23 (30,67%) não foi demonstrada a associação com traumas mecânicos de repetição, ressaltando a etiologia idiopática dessa patologia, pois mesmo que a maioria dos casos descritos esteja associado ao trauma mecânico de repetição, ainda existe uma porcentagem significativa em que nenhuma causa parece justificar o espessamento digital.

**Tabela 15.** Frequência dos traumas mecânicos de repetição

<b><i>Frequência dos traumas mecânicos de repetição</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
<i>Atividade ocupacional</i>	2	2,7
<i>Comportamento compulsivo não especificado</i>	2	2,7
<i>Hábito de desenhar</i>	1	1,3
<i>Instrumentos musicais</i>	4	5,3
<i>Prática de esportes</i>	5	6,7
<i>Manipulação das mãos</i>	28	33,3
<i>Computador/videogame</i>	4	5,3
<i>Nega</i>	23	30,7
<i>Não faz referência</i>	13	17,3

#### h) Condições associadas

As condições associadas encontradas nos relatos analisados e suas respectivas frequências estão discriminadas na Tabela 16. Elas estiveram presentes em 29 (38,67%) casos analisados.

É importante ressaltar a associação da PD com desordens psiquiátricas presente em 16 (21,33%) relatos, principalmente o transtorno obsessivo-compulsivo associado a cinco (6,67%) destes, dado este compatível com o já anteriormente descrito na literatura, uma vez que o principal tipo de trauma mecânico associado a PD é o ato compulsivo de manipular mãos. É importante ressaltar a associação com asma/rinite alérgica encontrada em quatro (5,33%) relatos, fato não demonstrado na literatura pesquisada, mas que em nossa análise ocupou o segundo lugar entre as mais frequentes. Ficou à frente até mesmo de condições já consagradas associadas na PD com a esclerose tuberosa que inclusive participa da sua classificação como a forma sintomática, estando presente em apenas dois (2,67%) relatos. Não foram identificadas ou não foram relatadas condições coexistentes em 46 (61,3%) relatos.

#### i) Exames laboratoriais

Em relação aos exames laboratoriais, os principais realizados foram hemograma, bioquímica, função hepática e renal, urinálise, provas inflamatórias, marcadores de autoimunidade, complemento, screening hormonal, imunoglobulinas e eletroforese de proteínas que não mostraram alterações específicas, como já havia sido comprovado pelos estudos analisados para elaboração dessa análise.

A pobreza de achados laboratoriais confirma a natureza eminentemente clínica do diagnóstico da PD, que pode ser confirmado com um exame de imagem que não demonstre alterações ósseas ou articulares como discutido a seguir.

**Tabela 16.** Frequência das condições associadas

<b>Frequência das condições associadas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Esclerose tuberosa</i>	2	2,7
<i>Síndrome do túnel do carpo</i>	1	1,3
<i>Disfunção tireoidiana</i>	1	1,3
<i>Síndrome de Ehlers-Danlos</i>	1	1,3
<i>Síndrome de Asperger</i>	1	1,3
<i>Ginecomastia</i>	1	1,3
<i>Síndrome de Tourette</i>	1	1,3
<i>Asma/rinite alérgica</i>	4	5,3
<i>Atopia</i>	1	1,3
<i>Persistência do canal arterial</i>	1	1,3
<i>Coxins interfalângianos</i>	1	1,3
<i>Prolapso valvar</i>	1	1,3
<i>Cicatrização anormal de feridas</i>	1	1,3
<i>Hipercolesterolemia</i>	1	1,3
<i>Sindactilia</i>	1	1,3
<i>Hipertricose</i>	1	1,3
<i>Geno varo</i>	1	1,3
<i>Vitiligo</i>	1	1,3
<i>Contato com substância de fotografia</i>	1	1,3
<i>Acne facial leve</i>	1	1,3
<i>Alopécia androgenética</i>	1	1,3
<i>Ansiedade</i>	3	4,0
<i>Transtorno obsessivo-compulsivo</i>	5	6,7
<i>Déficit de atenção/hiperatividade</i>	2	2,7
<i>Tricotilomania</i>	1	1,3
<i>Comportamento neurótico</i>	1	1,3
<i>Epilepsia</i>	1	1,3
<i>Retardo mental</i>	2	2,7
<i>Depressão</i>	1	1,3
<i>Nega ou não relata</i>	46	61,3

#### j) Imagem

Os exames de imagem realizados também não mostraram alterações específicas. Do total de artigos, 70 (93,33%) apresentaram pelo menos um exame de imagem dentre os quais estão inclusos radiografia (RX), ressonância nuclear magnética (RNM) e ultrassonografia (USG). O achado radiológico mais frequente, presente em 59 (78,67%) relatos foi o espessamento de partes moles, que corrobora com o diagnóstico de uma fibromatose digital assintomática. Anormalidades ósseas e articulares são pouco frequentes, sendo mostradas em poucos casos: um (1,33%) caso com sinovite e um (1,33%) com espessamento e aumento da sinóvia, um (1,33%) caso com subluxação de IFP (achado descrito na literatura como possível na PD), e apenas dois (2,67%) casos mostraram lesões ósseas (lesão óssea cortical e osteoartrite crônica), provavelmente relacionadas a outras causas que não PD. Foi encontrado ainda formações sólidas com sinais de vascularização em um (1,33%) caso. Apenas cinco (6,67%) trabalhos não apresentaram exames de imagem e dez (13,3%) tiveram resultados normais.

#### k) Achados histopatológicos

A biópsia foi realizada em 57 (76,00%) relatos analisados. Os achados mais frequentes (Tabela 17) foram: hiperqueratose (39[52,00%]), alterações estruturais do colágeno (28[37,33%]), espessamento da derme (25[33,33%]), acantose (29[38,67%]), aumento do número de fibroblastos (26[34,67%]), aumento do número de fibras colágenas (22[29,33%]), depósito de mucina (20 [26,67%]) e hiperplasia da epiderme (11[14,67%]), compatível com o já descrito na literatura: hiperkeratose, acantose, espessamento importante da derme devido aumento de fibroblastos e depósito de colágeno I, III e V, com fibras mais finas que o normal. No entanto, dentro de alterações estruturais do colágeno observadas, a mais frequente foi o espessamento de fibras colágenas arranjadas desorganizadamente, em desacordo com a presença de fibras colágenas mais finas descrita, encontrada em apenas um dos relatos.

Outros achados histopatológicos incluíram, hipergranulose (7 [9,3%]), papilomatose (3[4,0%]), proliferação vascular (6 [8,0%]), alterações das fibras elásticas (6[8,0%]), infiltrado linfocitário (4[5,3%]), fibrose (4 [5,3%]), aumento das

glândulas sudoríparas (1[1,3%]), reação mononuclear (1[1,3%]), edema da derme (1[1,3%]). Em um dos casos foi relatado realização de biópsia, porém não houve especificação dos resultados.

**Tabela 17.** Frequência dos principais achados histopatológicos

<i>Frequência dos principais achados histopatológicos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Hiperqueratose</i>	39	52,0
<i>Alterações estruturais do colágeno</i>	28	37,3
<i>Espessamento da derme</i>	25	33,3
<i>Acantose</i>	29	38,7
<i>Aumento do número de fibroblastos</i>	26	34,7
<i>Aumento do número de fibras colágenas</i>	22	29,3
<i>Depósito de mucina</i>	20	26,7
<i>Hiperplasia da epiderme</i>	11	14,7

#### l) Tratamento

Não existem evidências de que o tratamento realizado para os dedos espessados seja efetivo. A maioria das publicações sugerem que não há necessidade de tratamento pela benignidade e pobreza de sintomas do quadro. Alguns autores relatam que o tratamento com triancinolona apresenta resposta parcial. A excisão cirúrgica é considerada uma opção cosmética efetiva, embora não se conheça sobre a recorrência pós-operatória. A suspensão do estímulo mecânico pode levar a redução significativa do espessamento e a psicoterapia para aqueles com comportamento obsessivo-compulsivo é uma boa escolha (ULUSOY et al., 2012). Dentre as opções de tratamento observadas as mais utilizadas foram suspensão de estímulos mecânicos (12[16,0%]) e infiltração de corticoide intralesional (11[4,67%]). A opção pela excisão cirúrgica só ocorreu em três (4,0%) casos. Em quatro (5,3%) relatos foram realizadas orientações sobre o cuidado com a pele, como uso de queratolíticos. Outras formas de tratamento foram realizadas

com corticoide por via oral e uso de AINEs (1[1,3%]) em paciente que apresentava queixa de dor. Dois (2,67%) pacientes foram encaminhados para terapia como forma de auxílio a sessar o estímulo mecânico. Em sete (9,33%) casos não foi realizada nenhum tipo de terapia medicamentosa ou comportamental. Não houve referência à realização de qualquer tratamento em 39 (52,00%) dos casos (Tabela 18).

**Tabela 18.** Frequência das opções de tratamento

<b><i>Frequência das opções de tratamento</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
<i>Suspensão de estímulos mecânicos</i>	12	16,0
<i>Corticoide intralesional</i>	11	14,7
<i>Excisão cirúrgica</i>	3	4,0
<i>Cuidados com a pele</i>	4	5,4
<i>Corticoide oral</i>	1	1,3
<i>AINEs</i>	1	1,3
<i>Terapia</i>	2	2,7
<i>Nenhum</i>	7	9,3
<i>Não fez referência</i>	39	52,0

## 5. CONCLUSÕES

Esse estudo foi motivado pelo surgimento de um caso de paquidermodactilia no Hospital Universitário Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. A existência de poucas publicações na literatura pode ser atribuída aos baixos índices de diagnóstico, pelo desconhecimento dos profissionais sobre a patologia, como também pelo fato da doença na maioria dos casos se comportar de forma assintomática.

Nesse contexto, a escassez de estudos sistematizados a respeito provocaram o estímulo em desenvolver o projeto nesta linha de pesquisa, através da Medicina baseada em evidências. A partir da análise dos relatos e séries de casos contidos nos artigos incluídos no estudo pudemos concluir:

- ✓ Foi observada uma predominância da PD em pacientes do sexo masculino, numa proporção de 3,29 casos masculinos para cada caso feminino.
- ✓ A faixa etária predominante encontrada foi de 11-15 anos.
- ✓ A presença de história familiar de PD foi observada em pequeno número de pacientes.
- ✓ A ausência de dor é uma característica observada na maioria dos pacientes com PD.
- ✓ Na análise da limitação do movimento foi constatado que houve uma predominância de ausência deste sintoma.
- ✓ Na classificação acerca do acometimento de mãos foi constatado uma predominância do acometimento bilateral.
- ✓ Dos 75 casos analisados foi possível observar essa associação com trauma mecânico de repetição em 52% deles, ressaltando-se que em alguns pacientes foi possível identificar mais de um tipo de trauma mecânico de repetição. Entre eles, a manipulação das mãos foi o trauma mecânico mais observado.
- ✓ Foi evidenciado uma importante associação com desordens psiquiátricas, presente em 18,66% dos relatos, principalmente o transtorno obsessivo-compulsivo associado a 6,67% destes.
- ✓ Os exames laboratoriais avaliados não mostraram alterações.

- ✓ Os achados mais frequentes sobre a biópsia foram hiperqueratose, alterações estruturais do colágeno, espessamento da derme, acantose, aumento do número de fibroblastos, aumento do número de fibras colágenas , depósito de mucina e hiperplasia da epiderme.
- ✓ Dentre as opções de tratamento observadas as mais utilizadas foram suspensão de estímulos mecânicos.

Os principais achados descritos em cada relato de caso analisado foi sintetizado na tabela contida no apêndice II.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anandacoomarasamy A, Bak HS, Peduto A, Manolios N. Magnetic resonance imaging in pachydermodactyly. *J Rheumatol*. 2005 Nov;32(11):2239-41.
2. Akikusa JD, Weinstein M, Laxer RM. Clinical images: Pachydermodactyly. *Arthritis Rheum*. 2005 Mar;52(3):990.
3. Balassiano V, Sodr e CT, Ramos-e-Silva M. Pachydermodactyly: report a case. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1996 May; 6(3): 260-263.
4. Bardazzi F, Neri I, Fanti PA, Patrizi A. Pachydermodactyly in two young girls. *Pediatr Dermatol*. 1996 Jul-Aug;13(4):288-91.
5. Beltraminelli H, Itin P. Pachydermodactyly--just a sign of emotional distress. *Eur J Dermatol*. 2009 Jan-Feb;19(1):5-13.
6. Cabanillas M, Monteagudo B, León-Mu nos E, Suárez-Amor O. Pachydermodactyly in a young girl: cutaneous manifestation of a psychiatric disorder? *Pediatr Dermatol*. 2010 May-Jun;27(3):306-8.
7. Calikođlu E. Pseudo-knuckle pads: an unusual cutaneous sign of obsessive-compulsive disorder in an adolescent patient. *Turk J Pediatr*. 2003 Oct-Dec;45(4):348-9.
8. Carpentier KG, Sevenants L, Wouters CH, Morren MA. Pachydermodactyly may mimic juvenile idiopathic arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2005 Sep-Oct;23(5):725.
9. Carrascosa R, Godoy A, Gordillo C, de Argila D. Pachydermodactyly in a patient with generalized anxiety disorder and tics. *Actas Dermosifiliogr*. 2014 Jul-Aug;105(6):625-6.
10. Castellanos González M, Sanz Motilva V. [Pachydermodactyly: case report]. *Arch Argent Pediatr*. 2011 Oct;109(5):e97-9.
11. Castori M, Paradisi A. Pachydermodactyly with mild features of heritable connective tissue disorder and no sign of emotional distress. *Clin Exp Dermatol*. 2011 Aug;36(6):690-2.
12. Chamberlain AJ, Venning VA, Wojnarowska F. Pachydermodactyly: a forme fruste of knuckle pads? *Australas J Dermatol*. 2003 May;44(2):140-3.
13. Chen CK, Shyur SD, Chu SH, Huang LH, Kao YH, Liu LC. Pachydermodactyly: Three new cases in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect*. 2015 Jun;48(3):340-4.
14. Costa MM, Romeu JC, da Costa T. Pachydermodactyly a rare cause of finger joint swelling. *J Rheumatol*. 1995 Dec;22(12):2374-5.
15. Curley RK, Hudson PM, Marsden RA. Pachydermodactyly: a rare form of digital fibromatosis--report of four cases. *Clin Exp Dermatol*. 1991 (2):121-3.
16. Dias JM, Costa MM, Romeu JC, Soares-Almeida L, Filipe P, Pereira da Silva JA Mar;16. Pachydermodactyly in a 16-year-old adolescent boy. *J Clin Rheumatol*. 2012 Aug;18(5):246-8.
17. De Cunto A, Maschio M, Da Dalt E, Lepore L. A 15-year-old boy with digital enlargement. *Arch Dis Child*. 2008 Sep;93(9):744.

18. Draluck JC, Kopf AW, Hodak E. Pachydermodactyly: first report in a woman. *J Am Acad Dermatol*. 1992 Aug;27(2 Pt 2):303-5.
19. El-hallak M, Lovell D. Pachydermodactyly mimicking juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum*. 2013 Oct;65(10):2736.
20. Fathalla BM, Goldsmith DP. Pachydermodactyly mimics polyarticular juvenile idiopathic arthritis. *J Pediatr*. 2009 Dec;155(6):931-3.
21. Ferguson L, Sanjeev P, Holden C. Pachydermodactyly. *BMJ* 2015; 350: h2889.
22. Figueiredo GC, Tavares-Neto J: Estruturação de um banco de dados para análise secundária de informações em relatos ou série de casos. *Rev Bras Ortop* 36:203-11, 2001.
23. Fleeter TB, Myrie C, Adams JP. Pachydermodactyly: a case report and discussion of the pathologic entity. *J Hand Surg Am*. 1984 Sep;9(5):764-6.
24. García-Miguel J, Blanch-Rubió J, Calvo N, Iglesias M. [Young male with pachydermodactyly: imaging findings]. *Reumatol Clin*. 2005 Aug;1(2):131-3.
25. Higuchi C, Tomita T, Yoshikawa H. Pachydermodactyly treated with tranilast in a young girl. *Case Rep Orthop*. 2014;2014:132854.
26. Hunt R, Mandal R, Walters R, Schaffer JV. Pachydermodactyly. *Dermatol Online J*. 2010 Nov;16(11):5.
27. Kang BD, Hong SH, Kim IH, Kim WK, Oh CH. Two cases of pachydermodactyly. *Int J Dermatol*. 1997 Oct;36(10):768-72.
28. Kim TH, Cho YH, Park HB. Two cases of pachydermodactyly. *J Dermatol*. 1996 Jun;23(6):419-24.
29. Kopera D, Soyer HP, Kerl H. An update on pachydermodactyly and a report of three additional cases. *Br J Dermatol*. 1995 Sep;133(3):433-7.
30. Latheef F, Fairhurst D. Pachydermodactyly: an unusual case of swollen fingers managed successfully with surgery. *BJD* 2014; 171(1):115-30.
31. Lautenschlager S, Itin PH, Ruffli T. Pachydermodactyly: reflecting obsessive-compulsive behavior? *Arch Dermatol*. 1994 Mar;130(3):387.
32. Lo WL, Wong CK. Localized pachydermodactyly in tuberous sclerosis. *Clin Exp Dermatol*. 1993 Mar;18(2):146-7.
33. Mansouri P, Safaii Naraghi Z, Seirafi H, Mortazavi MR. Pachydermodactyly: report of two cases. *Acta Medica Iranica*. 1999;37(4): 232-6.
34. Meunier L, Paillet C, Barneon G, Meynadier J. Pachydermodactyly or acquired digital fibromatosis. *Br J Dermatol*. 1994 Nov;131(5):744-6.
35. Nicolay JP, Faulhaber J, Kutzner H, Schneider SW. A new subtype of pachydermodactyly: unilateral pachydermodactyly transgrediens. *Clin Exp Dermatol*. 2015 Aug;40(6):633-5.
36. Okuyama R, Kagatani S, Tagami H, Aiba S. Pachydermodactyly in an elderly Japanese patient showing distal involvement of the fingers. *Dermatology*. 2006;213(2):177-8.

37. Pereira JM, Pereira, FCN, Pereira, VCN. Coxins interfalangeanos sobre Opaquidermodactilia. *An. Bras. Dermatol.* Rio de Janeiro, 2004 May;79(3): 313-21.
38. Plana Pla A, Bassas Vila J, Toro Montecinos MA, Ferrandiz Foraster C. Pachydermodactyly successfully treated with triamcinolone injections. *Actas Dermosifiliogr.* 2014 Apr;105(3):319-21.
39. Preston PW, Brundler MA, Southwood TR, Moss C. Swollen fingers in na adolescent boy. *Clin Exp Dermatol.* 2007 Jan;32(1):117-8.
40. Prieto D, Gallego E, López-Navarro N, Matilla A, Herrera-Ceballos E. Pachydermodactyly: na uncommon acquired digital fibromatosis. *J Clin Rheumatol.* 2011 Jan;17(1):53-4.
41. Requena CB, Miot HA, Marques ME, Miot LD. Case for diagnosis. Pachydermodactyly. *An Bras Dermatol.* 2014 Mar-Apr;89(2):359-60.
42. Sagransky MJ, Pichardo-Geisinger RO, Muñoz-Ali D, Feldman SR, Mora DC, Quandt SA. Pachydermodactyly from repetitive motion in poultry processing workers: a report of 2 cases. *Arch Dermatol.* 2012 Aug;148(8):925-8.
43. Saka B, Mezdegi A, Ozturk A, Erten N, Cefle K, Palanduz S. Two siblings with distal pachydermodactyly. *Clin Exp Dermatol.* 2005 Nov;30(6):707-9.
44. Sandobal C, Kuznietz A, Varizat A, Roverano S, Paira S. Pachydermodactyly: four additional cases. *Clin Rheumatol.* 2007 Jun;26(6):962-4.
45. Seo SH, Sung HW. A case of pachydermodactyly. *Ann Dermatol.* 2011 May;23(2):258-61.
46. Sinha NK, Ling SP, Nema SK, Pai DR. Pachydermodactyly does not need rheumatologic work-up. *J Postgrad Med.* 2013 Oct-Dec;59(4):335-6.
47. Small S, Murthy V, Sridhar AV. A 12-year-old boy presenting with unilateral proximal interphalangeal joint swelling. *BMJ Case Rep.* 2011 Apr 13;2011.
48. Sola A, Vazquez-Doval J, Sola J, Quintanilla E. Pachydermodactyly transgrediens. *Int J Dermatol.* 1992 Nov;31(11):796-7.
49. Taylor-Gjevre R, Saxena A, El Maadawy S, Classen D, Nair B, Gjevre J. A case of deforming pachydermodactyly. *J Clin Rheumatol.* 2009 Mar;15(2):78-80.
50. Thakkar V, Singh-Grewal D. Swollen digits. Diagnosis: Pachydermodactyly. *J Paediatr Child Health.* 2010 Jun;46(6):356, 368.
51. Tollefson MM, Wright TI, Davis DM. Soft-tissue swelling around the proximal interphalangeal joints bilaterally: pachydermodactyly. *Arch Dermatol.* 2008 Dec;144(12):1651.
52. Tompkins SD, McNutt NS, Shea CR. Distal pachydermodactyly. *J Am Acad Dermatol.* 1998 Feb;38(2 Pt 2):359-62.
53. Ulusoy H, Tas NP, Akgol G, Gulkesen A, Kamanli A. Unusual unilateral presentation of pachydermodactyly: a case report. *Rheumatol Int.* 2012 Jun;32(6):1747-50.
54. Verbov J. Letter: Pachydermodactyly: a variant of the true knuckle pad. *Arch Dermatol.* 1975 Apr;111(4):524.

55. Wollina U. Chewing pads versus pachydermodactyly: comment on the clinical image by Akikusa et al. *Arthritis Rheum.* 2005 Sep;52(9):2953.
56. Woodrow SL, Burrows NP. Pachydermodactyly in association with Asperger syndrome. *Clin Exp Dermatol.* 2003 Nov;28(6):674-5.
57. Vale LR, Coeli FR, Michalany N, Hassun KM, Porro AM. Transgrediens pachydermodactyly: report of a case. *An Bras Dermatol.* 2009 Mar-Apr;84(2):190-3.
58. Yang MF, Perdue NJ, Warren S. Pachydermodactyly in a patient with Tourette syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 2012 Apr; 5084.
59. Ye S, Chen SL, Dong YQ, Lin F, Guo Q, Bao CD. Pachydermodactyly: six new cases from China. *J Clin Rheumatol.* 2005 Apr;11(2):72-5.
60. Zamanian A, Ansar A. Pachydermodactyly, a new case from Iran. *Dermatol Online J.* 2011 Dec 15;17(12):8.
61. Zhu J, Liu F, Hu Z. An unusual presentation of joint inflammation in pachydermodactyly. *J Rheumatol.* 2015 May;42(5):899-900.

**APÊNDICE I - Questionário utilizado na coleta de dados da pesquisa**Registro: 

Título: \_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_

Ano de publicação: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Revista: \_\_\_\_\_

1.Gênero:  M  F 2.Idade: \_\_\_\_\_ 3.História familiar:  Positiva  Negativa4.Dor:  Presente  Ausente 5. Limitação de movimentos:  Presente  Ausente6.Dedos acometidos: Mão direita 1°- 2°- 3°- 4°- 5°- Mão esquerda: 1°- 2°-3°- 4°- 5°- 7.Articulações envolvidas:  IFP  IFP  Metacarpofalangeanas8. Outras regiões envolvidas:  Não  Sim: \_\_\_\_\_

9.Tempo até diagnóstico: \_\_\_\_\_

10.Traumas mecânicos de repetição:  Não  Sim:  Prática de esportes  Hábito de estalar  
dedos  Outros: \_\_\_\_\_11.Laboratório:  Não  Sim:  VSH: \_\_\_\_\_  PCR: \_\_\_\_\_  FR: \_\_\_\_\_ FAN: \_\_\_\_\_  Outros: \_\_\_\_\_12.Radiografia:  Não  Sim:  Anormalidades ósseas  Espessamento de partes moles Outros: \_\_\_\_\_ 13. RNM:  Não  Sim:  Anormalidades ósseas Espessamento de partes moles  Anormalidades tendinosas  Espessamento capsular Outros: \_\_\_\_\_ 14.USG:  Não  Sim: Espessamento de partes moles  Anormalidades de vascularização  Sinovite Artropatia  Anormalidades tendinosas  Outros: \_\_\_\_\_15.Biópsia:  Não  Sim:  Hiperqueratose  Espessamento da derme  Aumento donúmero de fibras colágenas  Depósito de mucina  Acantose  Aumento da espessura damembrana basal  Aumento das glândulas sudoríparas  Depósito de mucopolissacarídeos Sinovite  Aumento do número de fibroblastos Outros: \_\_\_\_\_ 16.Condições associadas:  Não  Sim: Esclerose tuberosa  Atrofia maculosa varioliforme cútis  Contratura de Dupuytren Síndrome do túnel do carpo  Síndrome de Ehlers-Danlos  Síndrome de Asperger Ginecomastia  Artrite crônica juvenil  Disfunção tireoidiana  Desordem psiquiátrica:\_\_\_\_\_  Outros: \_\_\_\_\_17. Tratamento:  Nenhum  Suspensão de estímulos mecânicos  Corticoide intralesional Excisão cirúrgica  Outros: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II – Tabela resumo

<b>AUTOR</b>	<b>ANO</b>	<b>CASOS</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE</b>	<b>DEDOS ACOMETIDOS</b>	<b>CONDIÇÕES ASSOCIADAS</b>	<b>TRAUMAS DE REPETIÇÃO</b>	<b>BIÓPSIA</b>	<b>IMAGEM</b>
<i>Verbov</i>	1975	1	M	19	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Violão	Hiperqueratose, acantose e aumento do tecido fibroso	Sem alterações
<i>Fleeter</i>	1984	1	M	22	Direita: 1-4 Esquerda: 1-2	-	-	Hiperqueratose, espessamento da derme, acantose, aumento de fibras colágenas e fibroblastos	RX com espessamento de partes moles
<i>Curley</i>	1991	1	M	19	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Nega	Depósito de mucina, aumento de fibroblastos, fibras colágenas irregulares e infiltrado linfocítico	RX com espessamento de partes moles
		2	M	22	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	Ginecomastia	-		RX com espessamento de partes moles
		3	M	20	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Ocupacional		-
<i>Draluck</i>	1992	1	F	29	Direita: 3-4 Esquerda: 4-5	-	Nega	Hiperqueratose, espessamento da derme, depósito de mucina, aumento de fibroblastos, hiperplasia epidérmica, proliferação de vasos,	RX com espessamento de partes moles

<i>Sola</i>	1992	1	M	24	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	-	-	hipergranulose Hiperqueratose, espessamento da derme, depósito de mucina, acantose, aumento de fibroblastos, colágeno irregular e espessado, papilomatose	RX com espessamento de partes moles
	<i>Lo</i>	1993	1	M	5	Direita: 3 Esquerda: 4	Esclerose tuberosa	Nega	-
<i>Lautenschlager</i>	1994	1	M	12	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Manipulação das mãos	-	Sem alterações
<i>Meunier</i>	1994	1	M	18	Direita: 2-3 Esquerda: 2-3	-	Fricção	Derme espessada, acantose, depósito de mucina e fibras colágenas irregulares	Sem alterações
		2	M	26	Direita: 3-4 Esquerda: 3-4	-	Fricção		-
<i>Kopera</i>	1995	1	-	16	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Nega	Aumento de fibras colágenas e fibroblastos e hiperplasia da epiderme	RX com espessamento de partes moles
		2	-	19	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	-	Nega	Derme espessada e aumento de fibras colágenas	Sem alterações

		3	M	12	Direita: 4 Esquerda: 2-4	-	Nega	-	-
<i>Costa</i>	1995	1	M	14	Direita: 1-5 Esquerda: 1-5	-	Esporte		
		2	M	13	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	-	Hiperqueratose, espessamento da derme, acantose, fibras colágenas mais finas, proliferação de vasos	RX com espessamento de partes moles
<i>Kim</i>	1996	1	F	16	Direita: 3	-	Manipulação da mão	Hiperqueratose, derme espessada, aumento de fibras colágenas com menor diâmetro, depósito de mucina, hiperplasia da epiderme	RX com espessamento de partes moles
		2	M	14	Direita: 3 Esquerda: 3-4	-	Fricção		
<i>Bardazzi</i>	1996	1	F	11	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	Esclerose tuberosa e epilepsia com retardo mental	-	Hiperqueratose, depósito de mucina, acantose, fibras colágenas espessadas e desorganizadas, aumento de fibroblastos	Sem alterações
		2	F	9	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	Síndrome de Ehlers- Danlos e comportamento neurótico	Manipulação de mãos	-	RX e USG com espessamento de partes moles
<i>Balassiano</i>	1996	1	F	12	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Nega	Hiperqueratose, acantose e discreta reação mononuclear	RX com espessamento de partes moles

								perivascular	
<i>Kang</i>	1997	1	M	27	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Fricção	Hiperqueratose, derme espessada, aumento de fibras colágenas com diâmetro diminuído, acantose	RX com espessamento de partes moles
		2	F	33	Esquerda: 3-4	-	Fricção		
<i>Tompkins</i>	1998	1	F	80	Direita: 1-5 Esquerda: 1-4	Síndrome do túnel do carpo e disfunção tireoidiana	Nega	Derme espessada, aumento de fibras colágenas espessadas, acantose, fibrose permeando glândulas écrinas	RX com espessamento de partes moles e osteoartrite crônica
<i>Mansouri</i>	1999	1	M	18	Direita: 2-4 Esquerda: 4	Contato com substância de fotografia, alopecia androgenética e acne facial leve	Manipulação de mãos, piano	Hiperqueratose, espessamento da derme, hiperplasia epidérmica, proliferação de vasos, depósito de mucina, aumento de fibroblastos, hipergranulose	RX com espessamento de partes moles
		2	F	13	Direita: 1-5	-	Esporte e desenho	Hiperqueratose, acantose, fibras colágenas desorganizadas, hipergranulose, aumento de fibroblastos	
<i>Chamberlain</i>	2003	1	M	16	Direita: 2 e 4 Esquerda: 2-5	-	Nega	Hiperqueratose, espessamento da	RX e USG com espessamento de

								derme, aumento de fibras colágenas, acantose, hiperplasia da epiderme	partes moles
<i>Calikoglu</i>	2003	1	M	12	Não específica	Transtorno obsessivo-compulsivo	Fricção	Hiperqueratose, acantose, papilomatose	RX com espessamento de partes moles
<i>Woodrow</i>	2003	1	M	15	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	Síndrome de Asperger e vitiligo	Fricção	-	RX com espessamento de partes moles
<i>Pererira</i>	2004	1	M	17	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	-	Fricção, videogame	Hiperqueratose, acantose, depósito de mucina, aumento e espessamento de fibras colágenas, aumento de fibroblastos	Sem alterações
<i>Akikusa</i>	2005	1	M	14	Direita: 2-5 Esquerda: 2-4	-	-	-	RX com espessamento de partes moles
<i>García-Miguel</i>	2005	1	M	19	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	-	Nega	Hiperqueratose, hiperplasia epidérmica	RX e RNM com espessamento de partes moles
<i>Carpentier</i>	2005	1	M	16	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	-	Violão, videogame, estalar dedos	Hiperqueratose, aumento das fibras colágenas, depósito de mucina, acantose, hipergranulose	RX e USG com espessamento de partes moles

<i>Saka</i>	2005	1	F	18	Direita: 2 e 5 Esquerda: 3 e 5	-	-	Hiperqueratose, acantose, aumento de fibroblastos, proliferação de vasos, colágeno aberrante	RX com espessamento de partes moles
		2	F	14	Direita: 2 Esquerda: 2-3	-	-		
<i>Anandacoomara samy</i>	2005	1	M	15	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	-	Esporte	Hiperqueratose, acantose, espessamento de fibras colágenas	RX e RNM com espessamento de partes moles
<i>Ye</i>	2005	1	M	14	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Nega	Aumento de fibras colágenas	
		2	M	19	Direita: 2-3 Esquerda: 2-4	Comportamento compulsivo	Comportamento compulsivo	-	RX com espessamento de partes moles
		3	M	12	Direita: 1-4 Esquerda: 1-5	-	Nega	-	
		4	M	14	Esquerda: 3	-	Nega	-	
		5	M	18	Direita: 1-4 Esquerda: 1-4	Comportamento compulsivo	Comportamento compulsivo	Aumento de fibras colágenas	
		6	F	20	Direita: 2 Esquerda: 2	-	Nega	Aumento de fibras colágenas	
<i>Okuyama</i>	2006	1	M	65	Direita: 1-4 Esquerda: 1-4	-	Nega	Acantose, aumento de fibroblastos e espessamento do	RX com espessamento de partes moles

								colágeno	
<i>Preston</i>	2006	1	M	16	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	Comportamento obsessivo- compulsivo	Manipulação mãos	Hiperqueratose, espessamento da derme, aumento de glândulas sudoríparas, hiperplasia da epiderme	RX com espessamento de partes moles
<i>Beltraminelli</i>	2009	1	M	15	Direita: 3-4 Esquerda: 3-4	Sindactilia, hipertricrose, geno varo	Fricção	Hiperqueratose, acantose, espessamento do colágeno e inflamação linfocítica	-
<i>Tollefson</i>	2008	1	M	16	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	Déficit de atenção, hiperatividade	Manipulação de mãos	-	RX com espessamento de partes moles
<i>De Cunto</i>	2008	1	M	15	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	-	-	Aumento do número de fibras colágenas	Rx, RNM e USG com espessamento de partes moles
<i>Taylor-Gjevre</i>	2009	1	M	39	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	Hipercolesterolemia	Nega	Aumento do número de fibras colágenas e fibroblastos	RX com subluxação de interfalanganias proximais
<i>Vale</i>	2009	1	M	25	Direita: 1-5 Esquerda: 1-5	Retardo mental	Nega	Aumento de fibras colágenas e fibroblastos, depósito de mucina, espessamento da derme e hiperqueratose	RX com espessamento de partes moles e USG com formações sólidas com sinais de vascularização
<i>Fathalla</i>	2009	1	M	12	Direita: 2-5	-	-	Hiperqueratose e	RX e RNM com

					Esquerda: 2-5			fibrose dérmica	espessamento de partes moles
<i>Cabanillas</i>	2010	1	F	15	Esquerda: 2-4	Déficit de atenção e hiperatividade, comportamento compulsivo e tricotilomania	Fricção	Hiperqueratose e acantose	Sem alterações
<i>Morales Callaghan</i>	2010	1	M	14	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Esporte	Hiperqueratose, espessamento da derme, aumento de fibroblastos e fibras colágenas, depósito de mucina	RX com espessamento de partes moles
<i>Hunt</i>	2010	1	M	16	Direita: 2-4 Esquerda: 2-5	Asma e rinite alérgica	Fricção	Hiperqueratose, aumento de fibroblastos, depósito de mucina, acantose, colágeno espesso e desorganizado, hiperplasia da epiderme	RX com espessamento de partes moles
<i>Prieto</i>	2011	1	M	15	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Nega	Hiperqueratose, espessamento da derme, aumento de fibroblastos, depósito de mucina, acantose, colágeno desorganizado	RX com espessamento de partes moles
<i>Small</i>	2011	1	M	12	Esquerda: 3-4	-	Videogame, digitação e fricção	-	RX e USG com espessamento de partes moles

<i>Seo</i>	2011	1	M	14	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	Depressão	Manipulação de mãos	Hiperqueratose, espessamento da derme, depósito de mucina, acantose, colágeno desorganizado	RX com espessamento de partes moles
<i>Castori</i>	2011	1	M	18	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	Coxins interfalangeanos, cicatrização anormal de feridas	Nega	-	RNM com espessamento de partes moles
<i>Castellanos González</i>	2011	1	M	16	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	Asma alérgico	Fricção	-	RX com espessamento de partes moles
<i>Zamanian</i>	2011	1	M	15	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Ocupacional	Espessamento da derme, aumento de fibroblastos, espessamento de colágeno, hiperplasia da epiderme	RX com espessamento de partes moles
<i>Ulusoy</i>	2012	1	M	16	Direita: 2-5	Comportamento obsessivo- compulsivo	Videogame e computador	-	RX com espessamento de partes moles
<i>Dias</i>	2012	1	M	16	Direita: 2 Esquerda: 1-5	-	Nega	Espessamento da derme, hiperqueratose, depósito de mucina e acantose	USG com espessamento de partes moles
<i>Yang</i>	2012	1	F	20	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	Síndrome de Tourette	Manipulação das mãos	-	-

<i>El-hallak</i>	2013	1	M	16	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	-	Guitarra	Hiperqueratose, aumento do colágeno	RNM com espessamento de partes moles
<i>Sinha</i>	2013	1	F	24	Direita: 4 Esquerda: 3	Ansiedade	Estalar dedos	-	RX com espessamento de partes moles
<i>Carrascosa</i>	2014	1	M	19	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	Distúrbio de ansiedade generalizada associado a tiques	Entrelaçar dedos	Espessamento da derme, hiperqueratose, aumento de fibroblastos e espessamento de fibras colágenas	RX e RNM com espessamento de partes moles
<i>Plana Pla</i>	2014	1	M	15	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	Esporte	Espessamento da derme, hiperqueratose, aumento de fibras colágenas e fibroblastos	RNM com espessamento de partes moles
<i>Requena</i>	2014	1	M	22	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	Ansiedade	Fricção	Hiperqueratose, aumento de fibroblastos, acantose, depósito de mucina, papilomatose	Sem alterações
<i>Higushi</i>	2014	1	F	13	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	-	Nega	-	RNM com espessamento de partes moles
<i>Latheef</i>	2014	1	M	16	Direita: 1-5 Esquerda: 1-5	-	-	Hiperqueratose e espessamento do	Sem alterações

								colágeno	
<i>Nicolay</i>	2015	1	M	14	Esquerda: 3-5	-	Fricção	Aumento de fibroblastos	USG com espessamento e aumento da sinóvia
<i>Chen</i>	2015	1	M	13	Direita: 1-5 Esquerda: 1-5	Asma e rinite alérgica	Estalar dedos	-	RX com espessamento de partes moles
		2	F	13	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	Atopia, PCA	Nega	-	
		3	F	12	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	Asma e rinite alérgica	Nega	-	
<i>Zhu</i>	2015	1	M	24	Direita: 2-5 Esquerda: 2-5	-	-	Espessamento da derme, aumento do colágeno, hiperplasia epidérmica, hiperqueratose	RX com espessamento de partes moles e USG espessamento de partes moles, sinovite e lesão óssea cortical
<i>Fergusson</i>	2015	1	M	24	Direita: 2-4 Esquerda: 2-4	-	-	Hiperqueratose, acantose e edema dermal	Sem alterações