

TALON NOIR - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TALON NOIR - DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Brígida Amaral¹, Susana Machado², Manuela Selores²

1. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Porto

2. Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto

Acta Pediatr Port 2014;45:314-316

ABSTRACT

Talon noir is a trauma-induced sports dermatosis. It consists of black or bluish-brown punctate macules typically located on the heel, bilaterally and symmetrically, corresponding to intraepidermal haemorrhage. It is benign, self-limited and heals spontaneously. We report the case of a teenager who presented symmetric punctate black macules in a linear pattern on the backs of his heels. There were no related symptoms. The patient wore low tight shoes daily for walks. Although a typical sports dermatosis, talon noir is not exclusive to sports. This is an interesting case that highlights this diagnosis and its benignity, and the need to exclude other diseases that share the same topography.

Keywords: Talon noir; Calcaneal petechiae; Intraepidermal haemorrhage.

RESUMO

O talon noir é uma dermatose do desporto relacionada com o trauma. Caracteriza-se por máculas puntiformes castanho-azuladas ou negras, tipicamente localizadas no calcanhar, bilateralmente e simétricas, tradutoras de hemorragia intraepidérmica. São benignas, autolimitadas e resolvem espontaneamente. Os autores relatam o caso clínico de um adolescente que apresentava máculas negras puntiformes com disposição linear na região posterior dos calcanhares, simétricas, sem queixas associadas. O doente usava sapatilhas rasas e apertadas, diariamente, para percursos a pé. Apesar de ser uma dermatose típica de determinados desportos, o *talon noir* não é exclusivo desta prática. O caso descrito é interessante para alertar para o seu diagnóstico e benignidade e para a necessidade de exclusão de outras patologias que partilham a mesma topografia.

Palavras-chave: Talon noir; Petéquias do calcâneo; Hemorragia intraepidérmica.

INTRODUÇÃO

O talon noir, ou petéquias do calcâneo, foi descrito pela primeira vez em 1961 por Crissey e Peachey como uma erupção petequial traumática, associada aos saltos efetuados pelos jogadores de basquetebol^{1,2}. Desde a sua descrição inicial têm sido atribuídas outras denominações a esta entidade, como *black heel*, hemorragia *punctata* pós-traumática da pele, pseudocromohidrose plantar, hematoma subcórneo, queratose hemorrágica e calcanhares de basquetebolista^{1,4}. Trata-se de uma dermatose do desporto relacionada com o trauma^{1,4}. Movi-

mentos súbitos e repetidos, do tipo pára/arranca, mudanças na direção, saltos e embate repetido em superfícies duras, são a principal causa das lesões provocadas no calcanhar pelo calçado^{2,4-6}. No entanto, o mecanismo envolvido não inclui apenas desportos. Estão também descritas situações de talon noir após queimadura por contacto com areia quente, fricção ou calçado apertado ou inadequado^{3,4}. Caracteriza-se por discretas máculas puntiformes hiperpigmentadas castanho-azuladas ou negras, com distribuição horizontal, habitualmente indolores, bilaterais e simétricas^{1,3-7}. Consistem em microhemorragias intracorneanas pós-traumáticas devido a fricção e forças tangenciais aplicadas repetidamente na epiderme, com deslizamento desta sobre a derme papilar, levando à danificação dos capilares papilares delicados^{2,9}. Com a rutura dos mesmos ocorre extravasamento de sangue para a epiderme, formando-se os hematomas puntiformes característicos^{5,7,9}. Apesar de tipicamente assintomáticas, podem surgir queixas de dor e sensibilidade local¹. É característica a sua localização na zona convexa do calcanhar, principalmente na região posterior, postero-interna ou postero-externa, imediatamente acima do pânículo adiposo, locais onde os vasos sanguíneos se encontram menos protegidos^{3,6,8}. É muito frequente a hiperqueratose associada^{4,8}. Os principais diagnósticos diferenciais são: melanoma, lentigo, tatuagem traumática, verruga plantar e calosidade^{2,9}.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 15 anos de idade, do sexo masculino, de raça caucasiana, orientado para a consulta de dermatologia por “verrugas” plantares e “calosidades” nos calcanhares com mais de um ano de evolução. Tinha antecedentes de asma atópica e rinite alérgica e fazia

medicação habitual com montelucaste oral e fluticasona tópica nasal. Não praticava desporto regularmente. Não tinha antecedentes familiares relevantes. No exame físico foram observadas máculas negras puntiformes com disposição linear na região posterior de ambos os calcânhares, simetricamente, com calosidade associada (Figuras 1 e 2). Na dermatoscopia, observaram-se múltiplos glóbulos vermelhos escuros agrupados e bem delimitados, localizados às cristas. O doente não tinha outras lesões na restante superfície plantar, não tinha queixas de dor ou prurido. As lesões tinham aparecido subitamente, com evolução de cerca de seis meses e com aumento progressivo durante este período. O doente usava sapatilhas rasas e apertadas com as quais fazia percursos a pé diariamente.



Figura 1. Máculas negras puntiformes com disposição linear na região posterior de ambos os calcânhares com calosidade associada.



Figura 2. Pormenor das petéquias do calcâneo.

DISCUSSÃO

As petéquias do calcâneo são frequentemente observadas em adolescentes ou jovens adultos praticantes de desporto, principalmente das modalidades que exigem travagens rápidas (basquetebol, futebol, ténis e voleibol)^{2,5,9}. Está descrita uma incidência de 2,9% numa série de 569 praticantes de desporto com 19 anos de idade³. É provável que seja mais comum do que o que está descrito, uma vez que as lesões são habitualmente assintomáticas, sendo por vezes observadas acidentalmente ao exame físico. O risco de hemorragias intraepidérmicas com outra localização acral parece aumentar com a prática de desportos competitivos^{1,8}. O termo *tache noir* tem sido usado para descrever talon noir ectópico e a sua localização depende do fator desencadeante envolvido^{1,8}. Os halterofilistas, ginastas, golfistas, tenistas ou praticantes de outros desportos com raquetes e alpinistas são exemplos em que o *tache noir* se encontra descrito na eminência tenar, uma vez que é o local onde a pressão é aplicada. Recentemente, têm sido descritas lesões similares no polegar de jogadores de vídeo jogos³. A exclusão de outros diagnósticos com a mesma topografia pode ser efetuada com uma simples curetagem. Ao remover a camada superficial do estrato córneo, parte ou mesmo a totalidade da lesão pigmentada é também removida, confirmando o diagnóstico de talon noir. O mesmo não se verifica no caso do melanoma, do lentigo e da tatuagem traumática^{2,5,6,9,10}. As verrugas plantares são dolorosas, não se verifica a preservação da arquitetura normal da superfície da epiderme e habitualmente sangram com a curetagem. As calosidades são vulgarmente dolorosas e não sangram com a curetagem^{8,9}. A dermatoscopia ajuda no diagnóstico diferencial entre melanoma plantar e talon noir^{2,9}. O primeiro tem normalmente uma coloração negra e não apresenta um aspeto puntiforme⁷. O talon noir à dermatoscopia apresenta um padrão característico denominado *pebbles on the ridges*, em que uma pigmentação negra-avermelhada semelhante a um seixo se encontra distribuída nas cristas, correspondendo à agregação de hemossiderina no estrato córneo. Extravasamentos de sangue mais abundantes tornam esta pigmentação confluenta, formando uma banda e mimetizando uma lesão melânica. No entanto, a tonalidade destes glóbulos ou bandas é avermelhada e os seus limites bem demarcados². Quando persistirem dúvidas deve ser realizada uma biópsia⁴⁻⁶. No exame histopatológico verifica-se acantose epidérmica e várias massas homogéneas arredondadas vermelho-acastanhadas, que consistem em eritrócitos lisados no estrato córneo^{1,3}. A derme normalmente não apresenta alterações, embora possam

ser encontrados eritrócitos extravasados e hemossiderófagos³. Os depósitos de hemoglobina podem ser confirmados com colorações específicas como a benzidina³. As petéquias do calcâneo são benignas e autolimitadas resolvendo espontaneamente após duas a três semanas com a descontinuidade do traumatismo^{5,6,8}. A sua incidência pode ser reduzida com a hidratação da pele e diminuição da fricção/traumatismo com palmilhas, meias grossas duplas e uso de calçado adequado^{5,6}. Apesar de se tratar de uma dermatose do desporto, o talon noir não é exclusivo desta prática, como se verificou no caso apresentado, em que o traumatismo indutor de hemorragia intraepidérmica era provocado pelo calçado inadequado de uso diário. Por este motivo, este é um caso interessante para alertar para este diagnóstico, sua benignidade e necessidade de exclusão de outras patologias que partilham a mesma topografia.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CORRESPONDÊNCIA

Brígida Amaral
brigidamaral@gmail.com

Recebido: 15/05/2014

Aceite: 01/08/2014

REFERÊNCIAS

1. Silva G, Santos M, Craide F, Alves A, Filho F. Talon noir: relato de caso em uma criança. *Revista de Pediatria SOPERJ* 2013;14:33-35.
2. Zalaudek I, Argenziano G, Soyer H, Saurat J, Braun R. Dermoscopy of subcorneal hematoma. *Dermatol Surg* 2004;30:1229-1232.
3. Urbina F, Leon L, Sudy E. Black heel, talon noir ou calcaneal petechiae? *Australas J Dermatol* 2008;49:148-151.
4. Basto A. *Dermatologia Desportiva*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel; 2008.
5. Bender T. Cutaneous manifestations of disease in athletes. *Skinmed* 2003;2:34-40.
6. Mailler-Savage E, Adams, B. Skin manifestation of running; *J Am Acad Dermatol* 2006;55: 290-301.
7. Parier J. Dermatologie et sport. *Science et Sports* 2013;28:349-359.
8. Lao M, Weissler A, Siegfried E. Talon Noir. *J Pediatr* 2013;163:919. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.03.079>
9. Sardana K, Sagar V. black heel (talon noir) associated with a viral exanthem. *Indian Pediatr* 2013; 50:982.
10. Helm T, Bergfeld W. Sports Dermatology. *Clin Dermatol* 1998;16:159-165.