

revistapodologia .com

Nº 72 - Fevereiro 2017



Revista Dígital de Podología

Gratuita - Em português

Tecnologia e profissionalismo, avanços na área da Podologia



A Shopfísio é especialista em vendas de produtos nas áreas de estética, fisioterapia, fitness, pilates e cosmetologia e hoje, está se especializando em mais uma área da saúde, a podologia. Iniciou suas atividades no mercado há 16 anos atrás, e desde então, se mantém focada no objetivo de levar produtos de qualidade e satisfação aos seus clientes, o que faz dela a maior empresa da área de saúde do Brasil.

A empresa também se preocupa com a qualidade do mercado de trabalho em que atua, ajudando seus clientes através de cursos, workshops e treinamentos. O objetivo é acompanhá-los, desde a decisão de se tornar um profissional, durante a fase de estudos, e posteriormente como profissional atuante.

Em homenagem aos podólogos, decidimos contar a história da Daniele Rodrigues, que trabalha como manicure há 15 anos e hoje faz o curso de podologia.

Inicialmente a Daniele optou em estudar técnico em podologia, pois o trabalho como manicure é limitado em ajudar seus clientes, suas patologias e orientá-los. Para ela, a área de manicure é puramente estética, porém a podologia traz benefícios para a saúde e bem-estar.

“Na podologia aprendemos sobre anatomia, fisiologia, doenças dos pés, desenvolvemos o conhecimento biomecânico do tornozelo e dos pés, a fim de compreender a marcha e os problemas que a dificultam, podendo dessa forma optar pelo melhor tratamento, dentro de uma visão ampla e multidisciplinar”. Comenta Daniele sobre suas aulas.

Quando perguntamos para Daniele sobre o mercado e a procura dos clientes, ela afirma que:

“A procura por esses cuidados tem aumentado, o cliente tem se preocupado com a saúde e bem-estar dos pés. O que mais me encanta no curso de Podologia, é a satisfação do cliente nos atendimentos e ver que realmente o tratamento tem eficácia”.

Para quem se interessa em estudar podologia, é uma área que exige muita dedicação. Para Dani, estar na área da podologia é “a realização de um sonho, pelo conhecimento adquirido e por poder ajudar e esclarecer meus clientes, eu super indico”.

É incrível ver como o podólogo tem uma grande ajuda por parte da tecnologia, como exemplo, a alta frequência, onde se cauteriza feridas causadas, ou no caso do laser

que conseguimos fazer diversos tipos de tratamentos, inclusive no auxílio à cicatrização.

A Shopfísio busca cada vez mais aprimorar seu portfólio de produtos e para isso, nos inspiramos em profissionais como a Daniele, que buscam evolução constante em sua carreira



HF IBRAMED - APARELHO DE ALTA FREQUÊNCIA TRATAMENTOS FACIAIS E PODOLOGIA

10x R\$ 42,90
R\$407,55 À VISTA



LASERPULSE IBRAMED APARELHO DE LASER E CANETA 660NM VERMELHA

10x R\$ 229,60
R\$2.181,20 À VISTA



Daniele Rodrigues, Manicure.



COMPRE PELO SITE
SHOPFISIO.COM.BR



COMPRE PELO TELEFONE
0800 721 8999



COMPRE NA LOJA FÍSICA
AV. PAVÃO, 842 - MOEMA - SP
(11) 5090-2772

revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 72
Fevereiro 2017

Diretor

Alberto Grillo

revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

5 - Onicomicoses, do diagnóstico à terapia.

Podólogo Ítalo Batista Ventura. [Brasil](#).

20 - Podagra, dor no hálux: GOTA.

Podóloga Judith Zacheo. [Uruguay](#).

34 - Osteomielite na articulação metatarsofalangeana do primeiro dedo.

Riera Hernández, Claudia; Sirvent González, Marc; Reverter Calatayud Jordi L; Viadé Julià, Jordi; Sabrià Leal, Miquel. [Espanha](#).

Revistapodologia.com

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 98316-7176 (WhatsApp) - Campinas - São Paulo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

A Editorial não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo dos avisos publicitários que integram a presente edição, não somente pelo texto ou expressões dos mesmos, senão também pelos resultados que se obtenham no uso dos produtos ou serviços publicados. As idéias e/ou opiniões expressas nas colaborações assinadas não refletem necessariamente a opinião da direção, que são de exclusiva responsabilidade dos autores e que se estende a qualquer imagem (fotos, gráficos, esquemas, tabelas, radiografias, etc.) que de qualquer tipo ilustre as mesmas, ainda quando se indique a fonte de origem. Proíbe-se a reprodução total ou parcial do material contido nesta revista, somente com autorização escrita da Editorial. Todos os direitos reservados.

11º

CONGRESSO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA



12 e 13 de Março 2017 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

PALESTRANTES e TEMARIO do CONGRESSO



Podólogo André Ferreira - Portugal
Tema: Podologia e artrite reumatoide.



Podologo Cristian E. Barroso
Argentina
Tema: Podologia deportiva.



Podólogo Omar Sampietro - Perú
Tema: Alterações biomecânicas frequentes. Suportes plantares ABC, avaliação, diagnóstico e tratamento. Experiências de consultório



Profª Sandra Augusto - Brasil
Tema: Onicoórteses e fotopolimerização com enfoque nas onicopatias associadas a hircurvatura ungueal.



Podólogo Mario A. Espinoza - México
Tema: Semiología dermatológica: sintomas e sinais.



Dr. Wagner Vieira - Brasil
Tema: Metatarsalgias. Diagnóstico, diagnósticos diferenciais e como o podólogo pode atuar.

12 de Março - 09:30 hs Abertura

10:00 hs Omar Sampietro (Perú)
11:00 hs Mario A. Espinoza (Mexico).
12:00 hs Palestrante a confirmar (Brasil)
13:00 hs Almoço/Almuerzo
14:30 hs Sandra Augusto (Brasil)
15:30 hs Cristian E. Barroso (Argentina)
16:30 hs André Ferreira (Portugal).
17:30 hs Mesa Redonda
18:30 hs Encerramento 1er dia

13 de Março

10:00 hs Omar Sampietro (Perú)
11:00 hs Mario A. Espinoza (Mexico).
12:00 hs Dr Wagner Vieira (Brasil)
13:00 hs Almoço/Almuerzo
14:30 hs Cristian E. Barroso (Argentina)
15:30 hs André Ferreira (Portugal).
16:30 hs Mesa Redonda
17:30 hs Encerramento do Congresso

VALORES:

Profissional: R\$ 380,00 em 2 x no cartão
Estudante: R\$ 320,00 em 2 x no cartão
Inscripciones del exterior: u\$d 150.-

INSCRIÇÕES:

Pagamento online: www.expohair.com.br
podologiacongresso@gmail.com
+55 16 98803-0127 WhatsApp - Sra Cristiane



Organização



Apoio



SINPOERJ
Sindicato dos podólogos do
Estado do Rio de Janeiro



eular
fighting rheumatic & musculoskeletal
diseases together



revistapodologia
.com

Local do congresso: Centro Eventos CENACON - www.cenaconrp.com.br
Av. Presidente Kennedy 1835 - Lagoinha - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil
Hotel conveniado: Nacional Inn - www.nacionalinn.com.br - anexo ao CENACON

Onicomices, do Diagnóstico à Terapia

Podólogo Ítalo Batista Ventura. *Brasil.*

RESUMO

As onicomices estão classificadas no hall das infecções fúngicas superficiais da pele. A onicomice é uma enfermidade distrófica das unhas de distribuição universal, ou seja a que tem a maior prevalência, chegando a ser responsável por até 50% dos casos de distrofias das unhas.

As alterações ungueais que se produzem nas onicomices podem prejudicar a qualidade de vida do indivíduo com repercussões negativas no aspecto emocional, social e laboral. Os métodos diagnósticos eletivos são o exame microscópico direto com KOH e a cultura in vitro.

O principal objetivo no tratamento das onicomices é erradicar a presença do microrganismo patogênico para conseguir uma unha saudável. O tratamento mais efetivo e rápido é a laserterapia sistêmica, pois com este se obtém maiores taxas de cura independente do fungo que esteja alojado nas unhas.

Palavras chave: Onicomices, dermatófitos, infecção ungueal, terapia fotodinâmica

Abstract: The onychomycosis are classified are superficial fungal infections of the skin. Onychomycosis is a dystrophic disorder of the nails of universal distribution, that is, that has a higher prevalence, being responsible for up to 50% of cases of nail dystrophies. The changes can not be considered as detrimental to quality of life with negative repercussions and do not have an emotional, social and labor aspect. The elective diagnostic methods are the direct microscopy with KOH and an in vitro cultivation.

The main goal not to treat onychomycosis is to eradicate the presence of the pathogenic microorganism to achieve a healthy nail. The most effective and fast treatment is a systemic laser therapy, because with this one obtains higher rates of cure independent of the fungus that received in the nails.

Key words: Onychomycosis, dermatophytes, nail infection, photodynamic therapy

INTRODUÇÃO

Podemos dividir as infecções por fungos em três tipos:

- Infecção fúngica profunda ou sistêmica, onde os microrganismos se disseminam de forma secundária por via hematogênica,
- Infecção fúngica subcutânea, a qual afeta a derme e os tecidos subcutâneos,
- Infecção fúngica superficial (dermatomices), onde o sítio de ação é a epiderme e os anexos cutâneos (pelos e unhas).

Dentre as dermatomices encontram-se as onicomices, cujo termo designa a infecção das unhas por fungos que podem ser dermatófitos, não dermatófitos ou leveduras

Tabela 1 – Agente causadores de onicomice.

Agentes etiológicos de onicomices	
Grupo	Agente
Dermatófitos	• <i>Tricophyton rubrum</i> • <i>Tricophyton mentagrophytes</i> • <i>Tricophyton violaceum</i> • <i>Tricophyton soudanense</i> • <i>Epidermóphyton floccosum</i>
Leveduras	• <i>Candida albicans</i> • <i>Candida parapsilosis</i> • <i>Candida tropicalis</i> • <i>Trichosporon spp.</i> • <i>Malassezia spp.</i>
Não dermatófitos	• <i>Fusarium spp.</i> (<i>F. Solani</i>; <i>F. Oxysporum</i>) • <i>Acremonium spp.</i> • <i>Aspergillus spp.</i> (<i>A. versicolor</i>; <i>A. flavus</i>; <i>A. niger</i>) • <i>Scopulariopsis brevicaulis</i> • <i>Scytalidium dimidiatum</i>

A onicomice é uma afecção ungueal de distribuição universal, com maior prevalência entre as distrofias ungueais, podendo chegar a 50% das causas de distrofia das unhas.

5 – 20% da população apresenta infecção fúngica apenas nas unhas, ocorrendo com maior frequência nos adultos idosos.

As onicomicoses representam 0,6% das micoses em crianças, 3,6% na faixa etária até os 20 anos, 15 – 20% entre os 40 e 60 anos e 48% nos maiores de 70 anos.

Existem fatores predisponentes, entre os mais importantes se destacam: a idade avançada, atividade laboral (Serviços de limpeza, cozinha militares, trabalhadores industriais), os traumas locais, alterações ungueais de cunho vascular (insuficiência vascular periférica) ou neurológicas, deficiências imunológicas (HIV+) ou imunossupressão medicamentosa, bem como as enfermidades sistêmicas do tipo endócrino-metabólicas.

No caso das onicomicoses por *Candida*, são muito mais comuns em mulheres, devido lesões acidentais durante a cutilação com manicure, agressões químicas, como o contato prolongado com produtos de limpeza durante a realização de atividades domésticas, estes fatores proporcionam uma porta de entrada para a contaminação da área.

A psoríase é outro dos fatores predisponentes, pois um paciente com psoríase ungueal pode padecer de uma infecção secundária por fungos em associação à psoríase em si.

Do ponto de vista geral, enfermidades sistêmicas como o Diabetes Mellitus, a disfunção tireoidiana e os estados de imunodeficiência (primária, secundária ou iatrogênica) facilitam uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento das onicomicoses.

Especula-se que as células de Langhans da epiderme processariam os produtos metabólicos dos fungos apresentando assim um antígeno aos neutrófilos e linfócitos. Ainda que não se conheçam alterações do sistema imunológico devido à presença do fungo, é provável que os pacientes com onicomicoses não tenham uma resposta imune adequada sendo suficiente para eliminar os microrganismos.

As alterações ungueais decorrentes da infecção fúngica podem afetar negativamente a qualidade de vida do indivíduo, com repercussões negativas na esfera emocional, social e laboral. Isso se deve ao fato de sentirem vergonha do aspecto estético das unhas, normalmente são tachados como pessoas com maus hábitos de higiene, ou como fonte de infecção para os mais próximos. Este tipo de situação pode levar o indivíduo ao isolamento social.

Os dermatófitos são os agentes mais frequentes das onicomicoses. Os fungos do gênero *Candida* e os não dermatófitos como o *Aspergillus* spp. *Fusarium* spp, *Acremonium* spp, e o *Scopulariopsis* spp. Também podem causar esta patologia (estão entre 1,5 e 12% dos casos).

As onicomicoses afetam com mais frequência as unhas dos pés com uma proporção de 5/1 quando comparado com as mãos. Os fatores que influenciam isso são a velocidade de crescimento das unhas que é 3 vezes menor nos pés que nas mãos, o uso de calçados fechados que dificultam a transpiração e mantém a umidade, a falta de cuidados pós banho em secar corretamente os pés e dedos, a dificuldade circulatória que os membros inferiores encontram.

FORMAS CLÍNICAS

Onicomicose Subungueal Distal e Lateral (OSDL): Esta forma clínica representa a maioria dos casos e quase sempre é causada por dermatófitos, especialmente o *Trichophyton rubrum*.

A infecção começa pelo hiponíquio (extremo distal), mas também pode começar pelas bordas laterais e logo estender-se proximalmente ao longo do leito ungueal (ver Figura 1).



Figura 1: OSDL

Isso resulta no desenvolvimento de uma hiperqueratose subungueal e uma onicólise. Inicialmente não se vê a superfície da unha distrófica.

Ainda que a OSDL possa se limitar a apenas uma lateral da unha, vêm-se muitos casos em que ela se estende ao longo do leito ungueal podendo comprometer até mesmo as dobras ungueais proximais e a matriz.

Quando o comprometimento é maior, a superfície da unha se torna porosa e descamativa chegando até a partir-se ao menor traumatismo, ainda que isso se deva à invasão do corpo da unha por dermatófitos que tem um grande potencial queratinolítico (ver Figura 2).

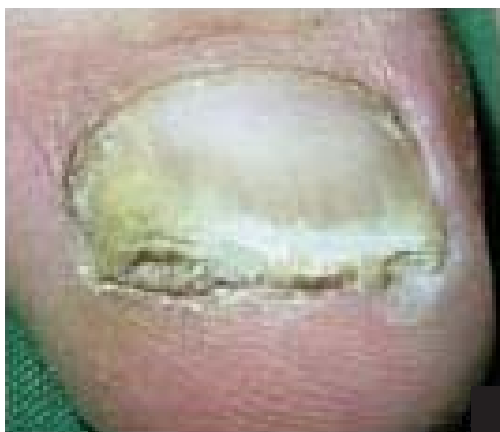


Figura 2: OSDL distrófica

Pode-se notar várias tonalidades de pigmentação, sendo o mais comum uma coloração branca ou amarelada, mas também se pode observar colorações de tons marrom, enegrecidas, esverdeadas e até alaranjadas. (ver Figura 3).



Figura 3: Variação de cores das onicomicoses

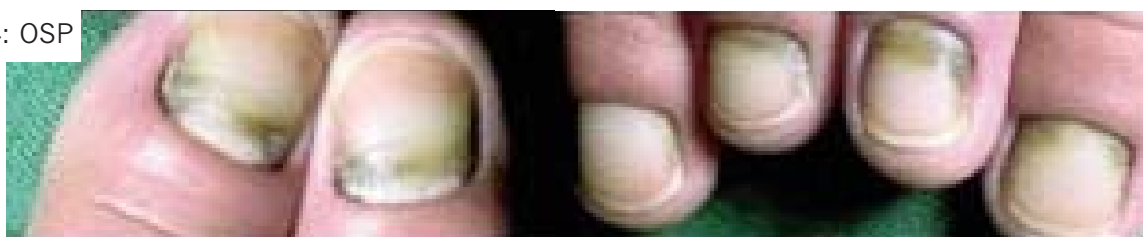
Também podem surgir linhas brancas nas unhas chamadas de dermatofitomas.

Quando várias unhas estão infectadas pelos fungos, costuma ser característica a sua infecção progressiva. As onicomicoses causadas por *Candida* originam comumente onicólises distais sem alteração do corpo da unha, todavia frequentemente está associada à inflamação dos tecidos periungueais (paroníquia).

Onicomicose Subungueal Proximal (OSP): É uma apresentação clínica incomum entre as onicomicoses. Afeta igualmente as unhas tanto das mãos quanto dos pés, é causada por *Trichophyton rubrum*. As infecções por *Candida albicans*, *Aspergillus* e *Fusarium* podem estar associadas a este tipo de forma clínica.

A unha fica opaca esbranquiçada ou marrom em sua porção proximal, como consequência da infecção fúngica na dobra ungueal proximal (ver Figura 4).

Figura 4: OSP



UNHAS
SAUDÁVEIS
EM TODOS OS
MOMENTOS



LINHA ONICOUNHA

EM TODOS OS MOMENTOS DA VIDA, MERECEMOS TER UNHAS SAUDÁVEIS E ANDAR LIVREMENTE COM OS PÉS MARAVILHOSOS. O ONICOUNHA É ANTIFÚNGICO DE AMPLO ESPECTRO, QUE AJUDA A COMBATER ONICOMICOSSES E AUXILIA NA HIDRATAÇÃO E RECUPERAÇÃO DAS UNHAS.

PEÇA JÁ O SEU!

47 3222-3068 | www.inadermocosmeticos.com.br

ina
dermocosméticos

Há ainda outras variações onde se forma uma faixa longitudinal que se estende desde a dobra ungueal proximal e se propaga até o extremo distal da unha, ou uma forma que se propaga rapidamente por estar associada à imunossupressão, especialmente ao HIV.

Onicomicose Superficial Branca (OSB): É uma apresentação muito rara de onicomicose que ocorre mais comumente, sobretudo em imunodeprimidos. Dá-se pela invasão direta da superfície dorsal do corpo da unha, onde origina áreas bem delimitadas de coloração embranquecida (pseudoleuconíquia).

Afeta principalmente a unha do hálux e é causada por dermatófitos (*Trichophyton mentagrophytes*) e fungos não dermatófitos como *Aspergillus*, *Scopulariopsis* e *Fusarium*.

Onicomicose Distrófica Total (ODT): A ODT representa a etapa final de uma série de possibilidades de invasão do corpo da unha por diferentes microorganismos. O tipo de onicomicose que mais comumente leva a ODT é a OSDL, mas outros tipos como a OSP também pode culminar na ODT (ver Figura 5).



Figura 5: ODT

Onicomicose Endonix (OE): É a apresentação clínica mais incomum das onicomicoses, caracteriza-se por uma coloração embranquecida difusa diretamente por todo o corpo da unha desde a face dorsal distal, sem comprometimento do leito ungueal.

Este padrão parece ser específica de *Trichophyton soudanense*, e possivelmente reflete a afinidade deste microrganismo por uma queratina dura, ainda que hajam referências na bibliografia de *Trichophyton violaceum* (ver Figura 6).



Figura 6: OE

Onicomicose Mista (OM): Diferentes padrões de infecção do corpo da unha se mostram simultaneamente, tanto no mesmo indivíduo como na mesma unha. Alguns autores propõem uma nova forma de classificação clínica e a chamam de OM, sendo menos comum que a OSDL (ver Figura 7).



Figura 7: OM

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

Mesmo que as infecções fúngicas representem 50% das onicodistrofias, antes de iniciar qualquer tratamento é necessário fazer um diagnóstico diferencial com estudo laboratorial.

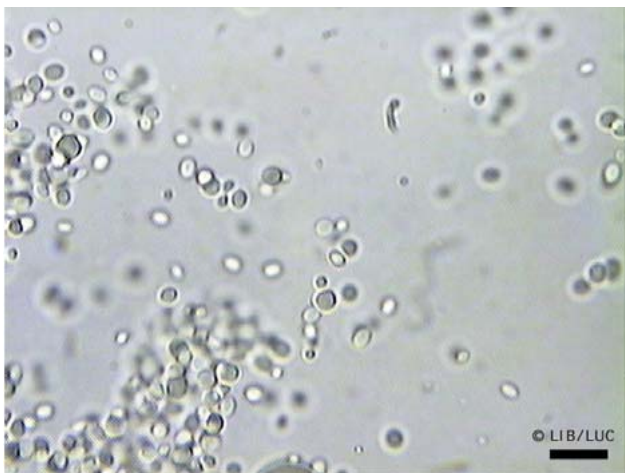
Tradicionalmente a microscopia direta com

solução de Swartz-Lamkins (hidróxido de potássio KOH a 20% com corante Parker negro a iguais proporções) e o cultivo em ágar sabouraud tem sido os métodos diagnósticos mais utilizados para a onicomicose, há os que aderiram a biópsia ungueal e o estudo histopatológico mediante a coloração com PAS, a coloração com calcoflúor, ou até mesmo técnicas de biologia molecular. (Ver Tabela 2)

Vantagens e desvantagens dos métodos diagnósticos em onicomicoses - Tabela 2		
Técnica	Vantagens	Desvantagens
Estudo direto c/KOH	• Detalhado • Rápido • Baixo custo	• Baixa sensibilidade • Carece profissional experiente • Não informa a espécie de fungo
Cultivo	• Boa especificidade • Informa a espécie do fungo	• Frequentes falsos negativo • Demanda muito tempo
Histologia	• Alta sensibilidade • Informa sobre patogenicidade Vs contaminação • Diagnóstico diferencial para outras onicopatias	• Processamento complexo • Não informa a espécie de fungo • Possibilidade de dano na matriz e onicodistrofia
PCR	• Muito alta sensibilidade • Rápido	• Pouca disponibilidade • Custo elevado • Não informa a patogenicidade Vs contaminação

ESTUDO MICROSCÓPICO

Este estudo é constituído por duas partes, o exame direto e o cultivo; ambos realizados após a coleta de amostras a partir das lesões.



Identificação de numerosas células de leveduras blastosporadas e hialinas

Para sua realização é muito importante que o paciente não esteja em tratamento com antifúngicos tópicos ou sistêmicos, pois isso pode ser causa de falsos negativos. Se estiver em tratamento tópico suspender por uma semana no

mínimo, e se estiver em tratamento sistêmico a suspensão deve ser por um mês antes da coleta de amostras para a realização dos exames.

Para a realização do exame direto se colocam as amostras em lâminas de microscopia com KOH e observa-se ao microscópio.

Num estudo, Escobar et al. demonstraram a alta associação que existe entre o exame direto e o cultivo, de maneira que ao se obter um direto positivo, espera-se obter um cultivo igualmente positivo(72%). E ante um direto negativo, o mais provável é um cultivo negativo (76%).



Aspecto macroscópico de colônia de Aspergillus

A sensibilidade geral do exame direto comparado ao cultivo, para diagnosticar qualquer fungo na lesão ungueal é alta (84%); por sua vez a especificidade geral é baixa (60%).

Em um estudo, Vigile et al. descrevem que os cultivos positivos para leveduras, 72% dos pacientes eram do sexo feminino. As espécies isoladas com maior frequência foram *C. parapsilosis* (36,7%), *C. albicans* (26,5%) e *C. famata* (10,2%), o que está de acordo com resultados de outras séries clínicas.

Gomez Moyano et al. propõem que o exame micológico direto deve ser a técnica diagnóstica de primeira eleição para as onicomicoses, dada a elevada taxa de falsos negativos encontrados no cultivo (40%) secundária a inviabilidade do fungo, ou ao processamento errado das amostras. Mesmo assim, é recomendável realizar o cultivo junto ao exame direto, já que o primeiro nos possibilita identificar o agente etiopatológico e nos fornece dados epidemiológicos.

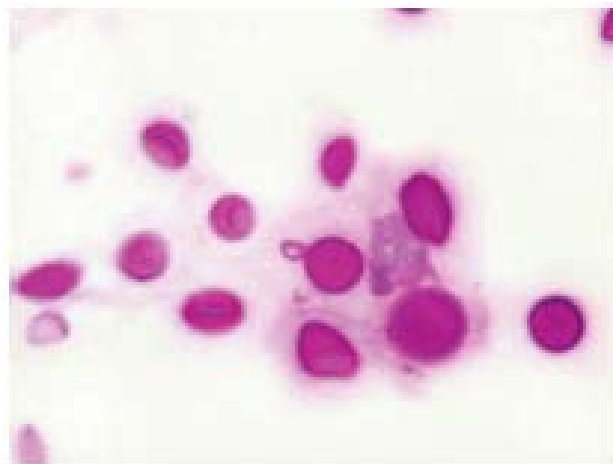
Hajar et al. propõem técnicas de coloração com PAS modificada, que consiste em raspar as hiperqueratoses subungueais, colocar em vidrarias e proceder com a coloração com PAS. Chegaram a conclusão de que a coloração com PAS modificado tem uma sensibilidade de 92,5% e uma especificidade de 55,55% quando comparado com o estudo micológico convencional que tem uma sensibilidade de 75% e 72% de especificidade.

ESTUDO HISTOPATOLÓGICO E COLORAÇÃO COM PAS

Sabemos que o cultivo é o estudo mais específico para o diagnóstico de onicomicose, a biópsia ungueal para o estudo histopatológico e a coloração com PAS é a mais sensível (80,8 - 92%). Este é um método rápido, já que não se faz necessário esperar várias semanas para obter os resultados.

Ao microscópio se observam as hifas paralelas à superfície, que se dispõem entre as camadas

das unhas, especialmente na face ventral e a camada córnea do leito ungueal. Na onicomicose por espécies de *Candida* as pseudohifas invadem todo o corpo da unha e as estruturas adjacentes.



Técnica de coloração com PAS, diagnóstico de células leveduriformes

TÉCNICAS MOLECULARES (PCR)

Métodos baseados na reação em cadeia da polimerase (PCR) se utilizam para complementar o diagnóstico microbiológico.

Um estudo comparativo da PCR em tempo real e o estudo micológico em amostras ungueais alcançaram resultados comparáveis para dermatófitos e negativos para leveduras e fungos filamentosos não dermatófitos. A PCR proporciona um resultado equivalente a um bom estudo direto por microscopia, todavia é muito cara.

Existem kits de PCR que fazem com que a técnica seja ainda mais rápida, este método poderia proporcionar não apenas ganho de tempo, mas também uma fácil extração. A disponibilidade destes kits para o diagnóstico das onicomicoses é sem dúvidas um progresso considerável, mas é importante levar em consideração que ainda não há muita informação crítica para poder utilizar estas ferramentas de forma rotineira para o diagnóstico das onicomicoses.

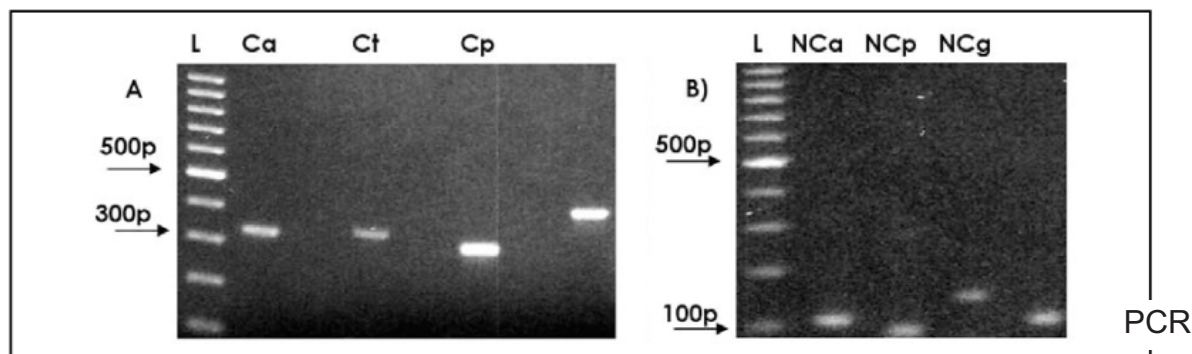


Figura – Gel de agarose a 1,5% para amostras de *Candida* submetidas à determinação de espécie pela reação de N-PCR. A) Reação de PCR. L: padrão de peso molecular de 100pb; Ca: amostra de *C. albicans*; Ct: amostra de *C. tropicalis*; Cp: amostra de *C. parapsilosis*; Cg: amostra de *C. glabrata*. B) Reação de N-PCR. L: padrão de peso molecular de 100 pb; NCa: amostra de *C. albicans*; NCp: amostra de *C. parapsilosis*; NCg: amostra de *C. glabrata* e NCt: amostra de *C. tropicalis*

MICROSCOPIA CONFOCAL

A microscopia confocal é uma técnica não invasiva, de imagem em tempo real da pele, se utiliza para a realização diagnóstica do câncer de pele e existe um crescente interesse para o estudo das infecções cutâneas, incluindo a onicomicose.

Esta técnica poderia ser interessante já que permite o diagnóstico rápido da onicomicose, ainda que faltem estudos a respeito.



Imagem em microscopia confocal em tempo real de um Penicillium notatum

TRATAMENTO

O principal objetivo no tratamento das onicomicoses é erradicar o microrganismo causador para conseguir uma unha saudável. Para tanto se deve informar o paciente quanto as expectativas do tratamento e o tempo que levará para que consiga a cura total da unha.

Deve-se informar ao paciente que este conseguirá uma unha saudável sempre e quando a distrofia ungueal se deva a uma infecção fúngica, pois se for devido a uma patologia prévia predisponente como a psoríase ou um traumatismo, logo após o tratamento da onicomicose a distrofia vai persistir. Isso é importante para conseguir fazer com que o paciente se comprometa com o tratamento e cumpra com as orientações correspondentes.

O principal tratamento das onicomicoses é o sistêmico, pois é o que alcança as melhores taxas de cura, independente do tipo de onicomicose. Porém devido às interações medicamentosas e considerando a relação custo-benefício é preferível avaliar cada caso individualmente.

Ao escolher um tratamento, devemos levar em consideração o grau de acometimento ungueal, o microrganismo patogênico envolvido e principalmente o grau de comprometimento por parte do paciente.

TÓPICO

Muitos agentes antifúngicos de amplo espectro são eficazes in vitro contra os fungos causadores da onicomicose. O resultado terapêutico das formulações tópicas é, todavia, um tanto insatisfatório, devido a baixa permeabilidade da unha, o que impede a penetração das drogas.

Atualmente existem apenas dois princípios ativos de passagem transungueal, a amorolfina entre 1 a 5% em base e a ciclopiroxolamina a 8% em base ou solução.

A amorolfina se aplica uma vez por semana enquanto a ciclopiroxolamina se aplica diariamente. Em monoterapia de longo prazo (6 – 12 meses) e têm sido utilizadas para o tratamento da OSDL e da OBS com o comprometimento do extremo distal das unhas desde que sejam afetados apenas alguns poucos dedos. A eficácia clínica das monoterapias com bases é baixa, mas em associação com outros métodos pode apresentar uma alta taxa de cura.

Também dispomos de agentes queratolíticos, como por exemplo, a uréia e o ácido salicílico, para promover uma descamação e inflamação das unhas através de um processo de desnaturação da queratina. Existe, por exemplo, o creme de ureia a 40% que se utiliza com frequência para a avulsão das unhas cirurgicamente.

NOVAS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

Ainda em fase de estudos estão sendo experimentadas a terbinafina em solução e o efinaconazol a 10% em solução, que em 2 estudos fase III, multicêntricos e aleatórios conseguiram uma taxa de cura de 15% das onicomicoses ante 6% conseguido com o veículo após 48 semanas de tratamento.

SISTÊMICO

Os tratamentos sistêmicos têm como objetivo, de uma maneira ou outra, a inibição da síntese do ergosterol, este é um componente essencial da membrana celular do fungo. A administração sistemática das drogas antifúngicas pode ser de maneira contínua ou através de pulsos. Isso depende da eficácia demonstrada por cada uma em cada forma de administração. A administração em pulsos pode apresentar várias vantagens como: redução de custos, melhor comprometimento do paciente com a terapêutica, menos efeitos adversos e menos resistência.

Terbinafina:

É uma alilamina, sendo fungicida e fungistática. Atua inibindo a síntese do ergosterol, o faz a nível da enzima esqualenoperoxidase e não sobre

Atenção Podólogos! Chegou uma solução que vai dar um grande alívio para seus clientes. Conheça a Mini Palmilha Pillow Feet!



Desenvolvidas com uma tecnologia para maior absorção de impacto as mini palmilhas **Pillow Feet** são uma solução para colar nas sandálias ou sapatos retirando a sobrecarga da parte da frente dos pés. Não são almofadas para os metatarsos, como a maioria que existe no mercado e que na maior parte das vezes não funcionam. Foram desenvolvidos com conceito ortopédico para retirar o excesso de carga que sapatos de saltos altos e sandálias rasteirinhas geram na parte da frente dos pés.

Agora os sapatos bonitos não vão ser mais castigo para os pés!!

Acesse nosso Site e entre em contato com a gente

Mini Palmilha
Pillow
F E E T

www.pelight.com.br

a C-14-alfa-demetilase (azóis); como consequência se produz além da inibição da síntese do ergosterol, o acúmulo de esqualeno, o que culmina em sua ação fungicida. A terbinafina é muito eficaz contra os dermatófitos e não dermatófitos, e é mais eficaz que o itraconazol e o fluconazol no tratamento dos dermatófitos a partir dos estudos realizados em adultos.

Não está indicado para o tratamento de onicomicoses por leveduras, pois apresenta uma eficácia variável sobre as espécies deste gênero.

As doses recomendadas para os adultos é de 250 mg ao dia durante 6 semanas para as unhas das mãos e 12 semanas para as unhas dos pés. A dose diária de terbinafina para crianças se calcula a partir do peso: 62,5 mg para crianças com menos de 20 kg, 125 mg para crianças entre 20 e 40 kg, e 250 para crianças acima dos 40 kg.

A maioria dos efeitos adversos são a nível gastrointestinal como diarreia, náuseas, alterações no gosto dos alimentos e aumento na produção de enzimas hepáticas.

Itraconazol:

É um antifúngico triazólico que apresenta boa atividade terapêutica contra os dermatófitos, leveduras e não dermatófitos. Devido ao fato de ser altamente lipofílico, pode chegar a permanecer nas unhas por períodos entre 6 e 9 meses mesmo após finalizado o tratamento. É utilizado em terapia contínua ou em pulsos, esta última apresenta uma taxa de resposta positiva melhor com um menor custo financeiro para o paciente. O Itraconazol apresenta uma melhor absorção gástrica quando ingerido com alimentos gordurosos e de pH ácido; em caso de interação com protetores gástricos como omeprazol ou pantoprazol, recomenda-se tomar com um espaço de 2h antes ou depois. Pode ser a primeira alternativa no tratamento dos dermatófitos quando não se puder tomar a terbinafina e é o tratamento mais indicado no caso das onicomicoses causadas por *Candida* ou não dermatófitos, onde a terbinafina não mostra resultados tão expressivos.

A dose indicada no tratamento em pulsos é de 400 mg ao dia, uma semana por mês com 2 pulsos para as unhas das mãos e 3 para as unhas dos pés. A dose contínua é de 200 mg por dia durante, pelo menos, dois meses para as unhas das mãos e 3 meses para as dos pés. Para crianças são 5 mg/kg por dia para as menores que 50 kg e maiores que 50 kg recebem a mesma dose do adulto (200 mg/dia).

Fluconazol:

É um triazol mais hidrofílico que os anteriores e por isso interage menos com a queratina que o

itraconazol. Possui atividade fungistática contra os dermatófitos, alguns não dermatófitos e espécies do gênero *Candida*.

Administra-se sempre em forma de pulsos semanais com doses de 150 – 300 mg/dia (apenas um dia na semana) por períodos de 3-12 meses.

Uma metanálise informa que a taxa de cura para as crianças foi de 66,7%. Nos adultos, a taxa de cura comprovada com exames micológicos foi de 48% e de cura clínica de 41%.

Griseofulvina:

Devido a tempo muito prolongado de tratamento, aos efeitos adversos, às poucas possibilidades de interação medicamentosa e baixa taxa de cura, a griseofulvina deixou de ser utilizada no tratamento das onicomicoses.

Cetoconazol:

O cetoconazol foi o primeiro medicamento azólico utilizado com êxito por via oral para o tratamento das onicomicoses, mas atualmente está em desuso.

Requer um tempo de uso muito maior que os outros azóis; como principais inconvenientes apresenta uma alta taxa de toxicidade hepática, absorção errática e alteração secundária na síntese dos hormônios esteróides.

Voriconazol:

Foi aprovado pela FDA em 2002 e ainda não existem experimentos e pesquisas científicas suficientes sobre o seu uso em onicomicoses, ainda que pareça ser muito eficaz no tratamento de infecções fúngicas por não dermatófitos.

Posaconazol:

É um novo antifúngico de amplo espectro que apresenta uma boa resposta contra o *Aspergillus* e algumas formas de leveduras do gênero *Candida*. Em terapias contínuas a dose é de 200 mg/dia, chegando a taxas de cura próximo aos 54% em até 6 meses.

TERAPIAS COM LASER

High Intensity Laser Therapy (HILT):

Recentemente o laser surgiu como uma nova modalidade potencial no tratamento das onicomicoses. A laserterapia apresenta a vantagem de ter poucas restrições e raros efeitos adversos.

O Nd-Yang 1064 nm gera um aquecimento gradativo no leito ungueal, o que desativa os microrganismos por efeito térmico. Este é um fenômeno físico de promoção do aumento da temperatura tecidual em reação a irradiação intensa da onda eletromagnética.

É possível que a irradiação da unha provoque uma mudança no meio histológico do leito ungueal que leve à morte do fungo por desnaturação das queratinas necessárias para que os fungos se alimentem.

Low Level Laser Therapy (LLLT):

Esta é uma modalidade em que se utilizam equipamentos de baixa potência, ou seja, incapazes de gerar calor ou elevação da temperatura de maneira primária.

Os LLLT são equipamentos de 100 mW de potência com luz vermelha na faixa dos 660 nm do espectro visível (luz vermelha) que quando utilizada pura e irradiada sobre a unha não apresenta nenhum efeito relevante no que diz respeito ao combate a microrganismos fúngicos.

Todavia, existe hoje uma opção terapêutica muito promissora chamada Photodynamical Therapy (PDT) ou, em português, Terapia fotodinâmica. Que consiste no uso de uma substância fotorreagente, normalmente baseada em fenotiazina como o azul de metileno ou o azul de ortotoluidina, numa concentração variável entre 0,001-0,2%. Estas substâncias podem ser utilizadas isoladamente ou em associação desde que apresentem a mesma concentração.

Os corantes a base de fenotiazina são ricos em moléculas de porfirina, estas por sua vez tem uma grande afinidade pelo material genético, a carioteca e a membrana celular do fungo, o que torna estas estruturas fotossensíveis. Uma vez que as porfirinas são irradiadas pela luz na banda dos 660 nm do espectro visível estas vão reagir à presença do oxigênio convertendo o estado fundamental para o estado singleto, dessa forma o oxigênio singleto, que é um radical livre, promoverá uma oxidação do DNA, a quebra da carioteca uma oxidação na membrana plasmática e inibição da síntese do ergosterol. Podemos afirmar que a célula fúngica morrerá por stress oxidativo.

As aplicações variam em protocolos podendo ser realizadas aplicações semanais, quinzenais ou mensais. A duração de cada aplicação é também variável entre 12 e 25 J. Há autores que afirmam ser necessário aplicar como varredura, em cruz (4 pontos na unha), tocando a superfície ou não. Não existe um consenso, pois esta modalidade terapêutica ainda apresenta discretas pesquisas e estudos clínicos, sendo que a grande maioria dos estudos até hoje publicados foram realizados in vitro, o que apresenta a eficácia da técnica em fotossensibilizar os microrganismos, mas não se sabe até que ponto é eficiente in vivo. Aí cabe um estudo.

Para o profissional de podologia a terapêutica



Onicomicose por Fusarium sp, antes da Terapia Fotodinâmica



Onicomicose por Fusarium sp, após 5 meses de tratamento por Terapia Fotodinâmica

com a laserterapia é a mais indicada por não apresentar efeitos adversos, ser completamente tópica e não apresenta quase nenhuma contraindicação.

PREVENÇÃO

A recorrência da onicomicose pode acontecer em alguns pacientes após a conclusão da terapia. O *Trichophyton rubrum* se encontra comumente em quartos de hotel, tapetes, academias, vestiários e banheiros públicos.

Por esta razão é importante o uso de calçados para evitar a re-exposição em pacientes em situação de risco. Outras medidas interessantes são a utilização de um talco absorvente, ou com efeito antimicótico nos pés e nos calçados, bem como utilizar meias de algodão.

Também é interessante manter as unhas dos pés sempre o mais curtas possível evitando sem-

pre compartilhar os instrumentos utilizados para a onicotomia e cutilação e esmaltes.

É importante discutir com os pacientes sobre o papel dos salões de beleza, esmalterias e manicures/pedicures independentes home care, sobre as formas de prevenção de contaminação, promoção de aperfeiçoamento profissional para as manicures, para que estas tenham acesso à informação e tenham condições de realizar um serviço o menos insalubre quanto for possível.

Autor

Podólogo Ítalo Batista Ventura
facebook.com/italobatistaventura
www.institutoitaloventura.com.br

REFERÊNCIAS

1. FITZPATRICK, G. Dermatologia em medicina geral. 8ª edição. Editora Médica Panamericana, 2014.
2. MEZZARI, A. e FUENTEFRÍA, A.M. Micologia no Laboratório Clínico. 1ª edição. Editora Manole, 2015.
3. MINAMI, P. S. Micologia: Métodos Laboratoriais de diagnóstico das micoses. 3ª Edição. Editora Manole, 2014.
4. TORTORA, G. J. Microbiologia. 10ª edição. Editora Artmed, 2012
5. ARENAS, R. Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. 5ª Edición. Editorial MC Graw Hill, 2013.
6. ARENAS, R. Micología Médica Ilustrada. 3ª edición. Editorial MC Graw Hill, 2008.
7. OLIVEIRA, J. C. Tópicos em Micologia Médica. 4ª edição, 2014
8. LUTZ, A. Dermatologia e Micologia, Obra Completa. 3ª edição. Editora Fiocruz, 2004.
9. MORAES, A. M. L. PAES, R. A. HOLANDA, V. L. Conceitos e Métodos para a Formação de Profissionais em Laboratórios de Saúde. Cap. 4 - Micologia. Editora Fiocruz, 2016.
10. OLIVEIRA, J. C. Micologia Médica ao Microscópio. Volume II, 2015.
11. ALMEIDA, S. R. Apostila de Micologia Clínica. FCF-USP. 2016.
12. OLIVEIRA, J. C. Atlas de Micologia Médica, Colônias. 2013.
13. ISSA, M. C. A. AZULAY, M. M. Terapia Fotodinâmica, Revisão da Literatura e documentação iconográfica. Anais Brasileiros da Dermatologia, 2010.
14. TOREZAN, L. NIWA, A. B. M, NETO, C. F. Terapia fotodinâmica em Dermatologia, Princípios Básicos e Aplicações. Anais Brasileiros da Dermatologia, 2009.
15. MARINHO, S. A. Efeito da Terapia Fotodinâmica (PDT) Sobre Culturas de Candida sp. E de Células Epiteliais: Estudo in vitro. PUCRS, 2006.
16. SOUSA, G. R. Análise Comparativa da Emissão de Luz por LED e LASERS Emitindo no Vermelho do Espectro Eletromagnético na Redução de Bactérias Periodontopatogênicas. Estudo in vitro. UFMG, 2007.
17. SIQUEIRA, I. A. W; BACHESK, C. C; POSSO, M. B. S; SILVA, N. S; Terapia Fotodinâmica em Dermatomicoses. IVAP, 2014.
18. CHIACHIO, N; JUNIOR, W. B; CRIADO, P; Unhas, o que há de novo. 1ª EDIÇÃO. Editora Atheneu, 2015.
19. MAFFEI, C. M. L; Agentes Antifúngicos. FMRP-USP, 2010.

2º Simpósio de Podologia de Foz do Iguaçu

7 e 8 de Maio de 2017 - Foz do Iguaçu/PR - Brasil



Profº Pdgo. Ítalo Batista Ventura

Temas:

- 1- Diferentes métodos de espículaectomia para onicocriptose crônica.
- 2- Órteses ungueais, atualizações e confecção.



Marcelo Trincado

Tema:

Aprenda a calcular o valor do seu atendimento.



Pdga. Adriana Franzon

Tema:

O pé do diabético no dia a dia do podólogo.

Simpósio: R\$ 350,00
Até dia 20/2 R\$ 280,00

Mais informações e inscrições:
www.revistapodologia.com/simposio-foz

Organização:



revistapodologia
-com



Empresa
expositora



Distribuidora de produtos



22 a 25 de Julho 2017
João Pessoa - Paraíba, PB

COPONN

2º CONGRESSO DE PODOLOGIA DO NORTE E NORDESTE

22 e 23 Congresso
24 e 25 Curso Pós



Podólogo Ítalo Batista Ventura

- Técnicas para o controle da dor em procedimentos de Onicocriptose.
- Curativos especiais e sua aplicação nas feridas do membro inferior.



Dra. Edlene Lima Ribeiro

- Fisiologia do envelhecimento humano e suas implicações



Dra. Rossana Sette de Melo

- Agentes causadores de micoses em podologia e seu diagnóstico.



Dr. Tseng Cheng

- Doenças reumáticas e como afetam os membros inferiores.



Podólogo Joel Lizana Gonzalez

- Orteses de silicone e suas aplicações em Podologia.
- Manejo da onicocriptose em consultório de Podologia.



Podólogo Omar Sampietro.

- Avaliação biomecânica em Podologia Esportiva.
- Órteses plantares e suas indicações.



Podóloga Marisavel Levano Sarmiento

- Podologia geriátrica - Cuidados avançados com os pés do idoso.
- Ácidos Graxos Superoxigenados na cicatrização de Feridas.

Local: Verdegreen Hotel - Av. João Maurício 255 - Manaíra.

Info: italobvs@gmail.com - +55 81 98592-6122





22 a 25 de Julho 2017
João Pessoa - Paraíba, PB



Dias 24 e 25 de Julho - Curso Pós Curso de Micologia Clínica - Do diagnóstico à cura



Podólogo Ítalo Batista Ventura

Graduado em Podologia pela UAM, especialista em nutrição e docência. Mestre em Saúde Pública e acadêmico de biomedicina.



Dra. Rossana Sette de Melo

Médica especialista em micologia pela Universidade Federal de Pernambuco.



Conteúdo Programático

- Biologia e taxonomia dos fungos
- Diagnóstico diferencial das micoses
- Técnicas de coleta de material
- Manifestações clínicas das micoses
- Tratamento das micoses cutâneas
- Terapia fotodinâmica e suas indicações
- Fitoterapia no combate aos fungos



Local: Verdegreen Hotel - Av. João Maurício 255 - Manaíra.
Info: italobvs@gmail.com - +55 81 98592-6122



CURSO DE ATENDIMENTO PODOLÓGICO

**AO PORTADOR
DE DIABETES
MELLITUS E
PODOGERIATRIA.**

Atendimento em casas
de repouso e na rede de
atendimento do SUS.

dahma comunicação

 Início
20/02/2017

47 3037.3068
inainstituto.com.br

Rua Hermann Hering, 573
Bom Retiro // Blumenau // SC

INA
INSTITUTO
Educação no seu tempo

CURSO Led na Podologia

Dia
05.03.17 - domingo

INA
INSTITUTO



(47) 3037-3068
www.inainstituto.com.br

Podagra, Dor no Hálux: GOTA

Podóloga Judith Zacheo. *Uruguay.*

Na consulta de podologia é visto com frequência inúmeros casos de pacientes com antecedentes de Gota.

Por esse motivo, decidiu-se fazer um estudo e publicá-lo.

A gota é uma síndrome produzida pelo depósito de sal sódica do ácido úrico (cristais de urato monossódico). Os cristais de urato monossódico formam-se quando o organismo está saturado ou por estes e como consequência de:

Excessiva produção de ácido úrico

Diminuição da eliminação de ácido úrico

Uma combinação de ambos os mecanismos.

DEFINIÇÃO

A GOTA é um distúrbio do metabolismo das purinas que se caracterizam por episódios recorrentes de artrites aguda e/ou depósitos tissulares de urato monossódico mono-hidratado (tofós), preferentemente em tecidos articulares e periarticulares.

A GOTA primária é uma enfermidade que essencialmente afeta ao homem adulto na 5ª ou 6ª década da vida. Solo um 5% dos pacientes com gota primária são mulheres. A gota é excepcional em crianças e em mulheres pré-menopáusicas. O aumento da concentração sérica (hiperuricemia) não é sinônimo de gota, solo uma minoria de pacientes hiperuricémicos chegam a padecer gota. Em um estudo de 200 pacientes hiperuricémicos, solo o 12% na sua evolução clínica chegaram a padecer gota, contrariamente todos os pacientes com gota apresentam hiperuricemia em algum momento evolutivo de sua enfermidade.

Todas aquelas enfermidades que incrementam a uricemia, podem produzir gota. A hiperuricemia pode classificar-se em primária e secundária:

- Primária se denomina assim quando não se identifica a causa que explique o aumento da concentração sérica.

- Secundária se refere aquelas condiciones que presentes com hiperuricemia o eventualmente podem estar acompanhada de gota. Entre estas se destacam as enfermidades hematológicas e neoplásicas, a psoríase, sobreingestão de purinas, etc.

A evolução da gota se pode classificar em quatro estágios:

- Hiperuricemia assintomática
- Ataque agudo
- Período intercrítico
- Artrite gotosa ou tofácea crônica.

Os pacientes acodem ao consultório na segunda etapa pela dor e a inflamação. É frequente que o máximo de dor se manifesta pela madrugada, o paciente não pode suportar o mais leve contacto com a pele que cobre sua articulação.

Fatores desencadeantes da artrite aguda produzem o ataque agudo da gota que podem ser: especialmente cerveja, alimentos ricos em purinas, exercício intenso, traumatismo prévio ...

A localização mais frequente do ataque agudo é a articulação metatarso falangica do primeiro dedo do pé.

A clássica Podagra em um 70%
Tornozelo/Pé 34%
Joelhos <20%
Dedos da mão 12%
Cotovelo 7% Outras 17%

Deve distinguir-se se gotosa aguda de outros transtornos que podem ser:

Infecção dos tecidos brandos
Hálux Valgus Inflamado (joanete)
Traumatismo local
Artrite reumatoide
Artrite Psoriásica
Pseudogota, etc.

TRATAMENTO

El tratamento deve ter uma dupla finalidade:

- Lograr a remissão do ataque agudo.
- Normalizar a concentração sérica de uratos.

É importante a educação do paciente já que a gota é uma enfermidade crônica e deve modificar alguns hábitos de sua vida como, por exemplo:

- Manter o peso ideal.
- Moderação na ingestão de bebidas alcoólicas.
- Beber de 2 a 3 litros de líquidos por dia para prevenir la formación de cálculos renales.

- Evitar a aspirina já que agrava a hiperuricemia.
- As mulheres evitar o calçado de bico fino, prevenindo a deformação do Hálux Valgus.
- Evitar o sedentarismo.
- Em caso de deformações ou alterações no pé se realizará o tratamento ortopodológico, já seja com plantares ou com orteses de silicone evitando pressões produzidas pelo calçado.



Comparativo MMIII



Podagra

Imagens extraídas da internet



Sobrecarga no 2do dedo



Unha



Rx da articulação metatarsofalângica do primeiro dedo

CONCLUSÃO

Cada dia são mais as enfermidades de tratamento médico que necessitam suporte da Podología. Uma das localizações mais importantes de esta enfermidade de origem sistêmico é o pé, por isto, e como especialistas podemos dar suporte ao tratamento médico com um estudo funcional do pé e de marcha, pontos de máxima pressão, descargas, zonas dolorosas, etc.

Autora:

Tec. Pod. Méd. Judith E. Zacheo Puertas

Directora Técnica de Consultorios y Ortopedia TCP

Presidente de la ATPU Asoc, de Tec. en Podologia del Uruguay

Email: jzacheo@gmail.com.uy

9º

Congresso de Podologia HAIR BRASIL

23 de ABRIL
2017 EXPO CENTER NORTE
SÃO PAULO



Um evento

HairBrasil
Profissional

16ª Feira Internacional de
Beleza, Cabelos e Estética

21 A 24 ABRIL 2017

Expo Center Norte
SÃO PAULO

30%
Desconto!

Use o código promocional
REVPCOM e ganhe desconto
na inscrição do congresso!

➔ **hairbrasil.com**

Turmas especiais
aos fins de semana.



do@ina

CURSO TÉCNICO EM PODOLOGIA

A saúde
dos pés em
suas mãos

47 3037.3068

www.inainstituto.com.br

Credenciado pelo Parecer CEE/SC nº 395/05, por delegação
de competência do MEC em 20/12/2005 e decreto Estadual
nº 4.102 de 16/02/2006 (Parecer CEDP nº 040 em 28/04/2008)

Rua Hermann Hering, 573
Bom Retiro // Blumenau // SC

INA
INSTITUTO
Educação no seu tempo

Osteomielite na Articulação Metatarsofalangeana do Primeiro Dedo

Riera Hernández, Claudia (1); Sirvent González, Marc (1); Reverter Calatayud Jordi L (2); Viadé Julià, Jordi (2); Sabrià Leal, Miquel (3). *Espanha*.

1 *Servicio de Angiología y Cirugía Vascular*

2 *Servicio de Endocrinología y Nutrición. Unidad de Pie Diabético.*

3 *Servicio de Medicina Interna. Unidad de enfermedades infecciosas. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

Paciente mulher de 53 anos. Sem alergias a medicamentos conhecidas, com antecedentes pessoais de obesidade, hipertensão arterial, atualmente sem tratamento medicamentoso, uveíte anterior associada à HLA-B27 positivo, diabetes mellitus tipo 2 (insulina lantus e metformina) complicada com retinopatia diabética e polineuropatia sensitiva simétrica distal. Tratamento usual: AAS 100 mg 1 x 24 h. Metformina 850 mg 1 x 24 h. Insulina Glargina 56 u x 24 h.

Ela foi internado em agosto 15 em outro hospital para infecção grave (febre, celulite extensa, leucocitose, proteína C reactiva 253 mg/dl), or *S. aureus* s. resistente à meticilina (culturas do frontis da úlcera) de pé diabético secundário a úlcera neuropática da articulação metatarsofalângica do pé esquerdo de 1,5 meses de evolução.

Veio a nossa Unidade de Pé Diabético em Fevereiro de 2016 por supuração no mesmo lugar da úlcera anterior (Fig. 1).



Fig 1

Exame físico: Bom geral, afebril, estado hemodinamicamente estável.

Extremidades inferiores: No se evidenciam assimetrias de relevância. Coloração e temperatura normais. Úlcera de um 1 cm de diâmetro na região plantar, próxima a base do primeiro dedo, sem evidenciar sinais flogóticos.

Sensibilidades (palestésica, barestésica e dolorosa) muito diminuídas. Pulsos: Femoral, poplíteo e distais de ambas as extremidades presentes.

Mobilidade articular da articulação afetada muito diminuídas, provavelmente devido ao processo séptico apresentado.

Resultados analíticos: proteína C reativa (PCR) 4,3 mg/dl, 7400 leucocitos. Explorações radiológicas: erosões ósseas, escleroses subcondral e deformidade de articulação metatarso falângica do pri-

meio dedo, compatível com artrite séptica evoluciona (Fig. 2). Se solicita Gammagrafia óssea com leucócitos marcados com ^{99m}Tc -HMPAO.



Fig 2

Analítica (7/6): 5200 leucócitos, hemoglobina 10 m /dl, hematócrito 29,9%, VCM 96,5 fl, plaquetas normais. Glucose 209 mg/dl, ureia 30 mg/dl, creatinina de 0,5 mg/dl de sódio 138 mmol/l de potássio 3,9 m /l, PCR 16,2 mg/dl.

Teste de contato ósseo: positivo.

Se prescreveu tratamento antibiótico oral (levofloxacino 750 mg/24h) durante 6 semanas, descarga com feltro adesivo de distintas grossuras para evitar a hiperpressão e cura tópica com polihexanida, sem lograr curar a lesão (Fig. 3).



Fig 3

Resultado da cintilografia óssea com leucócitos marcados com ^{99m}Tc -HMPAO (Fig. 4): Marcada hiperemia em partes moles de região distal do pé esquerdo durante a fase inicial.

Na fase tardia evidenciamos intensa absorção em articulação metatarso falângica do primeiro dedo do pé esquerdo e de menor intensidade na mesma articulação e na interfalângica do 2º e 3er dedo do mesmo pé, que pode ser secundária a atividade inflamatória artropática por neuropatia diabética.

Nas imagens observamos um aumento de atividade difuso em partes moles sem clara fixação patológica de leucócitos a nível osteoarticular do pie esquerdo. Exploração não concluinte para infecção óssea.

Ante a suspeita de infecção articular, embora o resultado da cintilografia foi negativo pero com um teste de contacto ósseo claramente positivo, se valoro a possibilidade de realizar resseção cirúrgica da articulação metatarso-falângica do primeiro radio. Transmitiu-se a decisão a paciente que deu seu consentimento.

Baixo anestesia regional se realizo resseção de articulação metatarso-falângica do primeiro dedo do pé esquerdo, sem incidências (Fig. 5). Os fragmentos ósseos extraídos foram enviados para análise microbiológica.

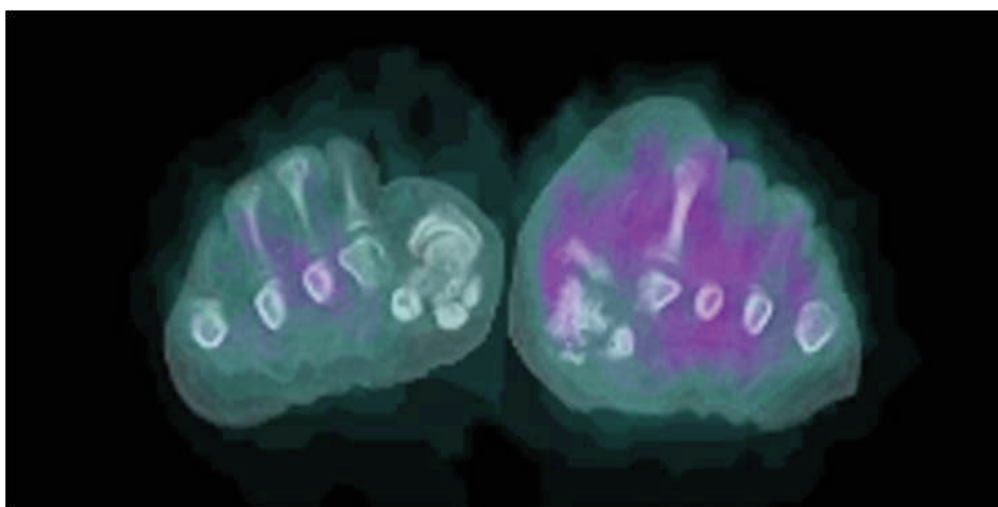


Fig 4



Fig 5

Cultivo bacteriológico: Flora mista com predomínio de *Proteus mirabilis*. Antibiógrama: resistente a ampicil•lina, cefotaxima, ciprofloxacino, amoxicil•lina/ácid clavulânico y trimetoprim/sulfametoxazol, intermédio a cefuroxima e sensível a cefepima meropenem e gentamicina.

Evolução pós-cirúrgica:

A paciente permaneceu internada durante 24 horas. A evolução clínica foi favorável. Manteve-se afebril e com a dor controlada (Figs. 6 y 7).



Fig 6



Fig 7

Prescreveu-se

- Reposo com a perna para cima. Só deambular com calcanheira para ir ao banheiro.
- Clexane 40mg/24 h sc durante 15 dias.
- Levofloxacino 750 mg/24h durante 10 dias.
- Clindamicina 300 mg/8h durante 10 dias.
- Paracetamol 1g/8 h se tem dor.
- Resto de sua medicação habitual sem câmbios.
- A nível tópico: Cura diária com polihexanida/24h.

Seguiu controles na Unidade de Pé Diabético cada semana ate a cura completa (Figs. 8 y 9).



Fig 8



Fig 9

Imagens aos 7 meses pôs intervenção.

Somos a diferença na podologia!



LORENS FEET

Exclusivo desodorante 100% natural com poder de inibir a transpiração e esterilizar pés e sapatos.

Combate o mal cheiro proveniente dos fungos e bactérias, liberando um delicioso perfume de cidreira.



MELALEUCA NANO VETORIZADO:

Sendo pioneiro na podologia com tecnologia nanométrica, de origem australiana, 100% puro e natural.

Tem super penetração atingindo fungos e bactérias com extrema facilidade. Por ser encapsulada sua molécula não oxida, evitando alergias com liberação do ativo prolongado.



EMOLUX

Emoliente concentrado com poder de remoção das áreas hiperqueratinizadas. Rende até dois litros.



KARIM

BASE FORTALECEDORA DE UNHAS:

Enrijece as unhas na primeira passada, pois contém Cálcio, Queratina e D- Pantenol, associados com Cravo, Tomilho e Melaleuca que protegem do ataque de fungos e bactérias.

Esta nova tecnologia que chega ao Brasil, pode ser usado em crianças e gestantes, pois não contém petrolato. Removível com água quente se aplicado puro ou da forma tradicional, utilizando por cima um esmalte de sua preferência.



ONICO FREE

Contem cinco fungicidas naturais: Melaleuca, Tomilho, Argem Cravo e Menta, o que faz este produto ser o responsável pela cura de todas as

Sua alta concentração de cravo e menta aumenta sua ação



CURCUMINA

Produto para ser usado com luz azul ou verde. Criado com a tecnologia de nano vetorização.

Suas partículas de cúrcuma, cravo e rosa mosqueta, são de cinco a dez vezes menores que fungos e bactérias.



HIGILUX

O primeiro antisséptico concentrado na podologia comprovado com teste laboratorial. Rende até cinco litros.



A.G.E.

ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS

Loção oleosa, altamente hidratante e cicatrizante. Formulada com óleos vegetais naturais como: girassol, milho e cenoura, Triglicerídeos de cadeia média, Ácidos graxos essenciais, Vitaminas A e E, Lecitina e Alfa Bisabolol.

Age formando uma camada que previne e trata a pele lesada. Ideal para ser usado por pessoas acamadas, que necessitam de uma alta regeneração na pele.

Fone: 11 - **2693.3723** Cel/Whatsapp: 11 - **98390.9070**

e-mail: dermolorens@yahoo.com.br www.dermolorens.com.br

 **DermoLorens**
Nós tocamos sua vida.

SEJA UM
REPRESENTANTE
Lorens

www.shop.mercobeauty.com
Shop de Revistapodologia.com

Compilado Revistapodologia.com

22 TEMAS

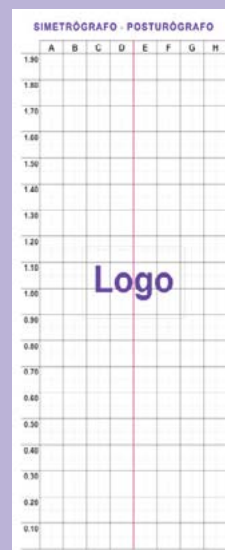
Formatos: PowerPoint/PDF
Idiomas: Português-Español

Para ver no seu / Para ver en su
Pc, Notebook, Tablet ou/o Celular.

Envios via download (baixar - bajar)

Posturógrafo

- ✓ Para fazer a avaliação postural em pacientes.
- ✓ Medida 2,10 x 1,0 m, de lona tipo banner.
- ✓ Para ser colocado na parede.



LIVRO Podología Esportiva



Libro Podología Deportiva

✓ **Idiomas español e português.**

Este libro disponibiliza informaciones sobre el paciente que ejerce alguna disciplina deportiva, y colabora estimulando al profesional a un mejor desempeño.

Este livro disponibiliza informações sobre o paciente que exerce alguma atividade esportiva, e colabora estimulando ao profissional para um melhor desempenho.

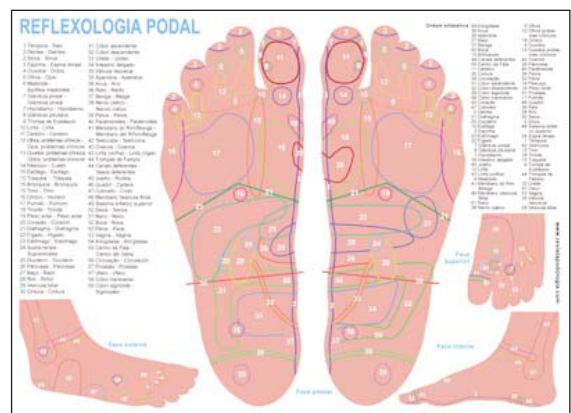
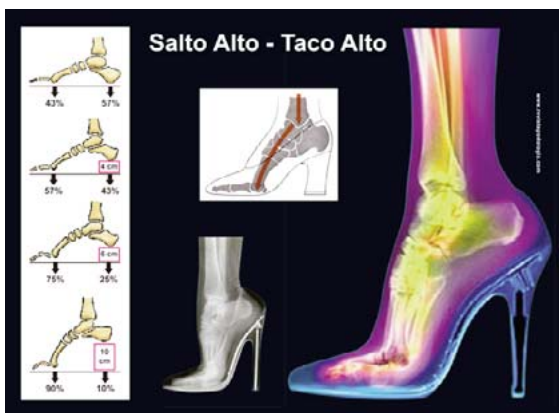
Envios de Brasil para todo el mundo



+55 19 98316-7176

Fuera de Brasil el pago es por **PayPal**
en moneda/tarjeta de su país.

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS - 40 x 30 cm



revista@revistapodologia.com - Tel.: +55 - 19 - 98316-7176 whats - Campinas - SP - Brasil
A venda no nosso Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com
Envios desde Brasil para Brasil e para todo o mundo !!!