revistapodologia.com

N° 75 - Agosto 2017

Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em português

CUIDADOS INDISPENSÁVEIS COM SEUS INSTRUMENTOS

Biossegurança é como se chama a série de procedimentos necessários para prevenir e controlar os riscos que pessoas correm em determinadas situações, onde podem estar expostas a agentes químicos, físicos ou biológicos. Todos oferecem riscos, dependendo da situação do ambiente em que se encontram.

A podologia é uma prestação de serviço, o que torna a biossegurança indispensável, devendo fazer parte do dia a dia dos profissionais que realizam esse trabalho

Para sua concretização, existem práticas e técnicas que são fundamentais para realizar a limpeza completa dos instrumentos utilizados no serviço.

Na área da saúde, como é o caso da podologia, a limpeza física dos instrumentos não é o suficiente, mesmo sendo uma parte muito importante para uma limpeza perfeita.

Para uma esterilização completa e eficaz nos instrumentos, é necessário o uso de uma autoclave, aparelho onde o procedimento é realizado através de vapor aquecido, úmido e sob pressão.

Este equipamento é usado no mundo todo e recomendado para esterilizar instrumentos reutilizáveis.

POR DENTRO DAS AUTOCLAVES

Com este equipamento a esterilização acontece dentro de um envelope próprio que deve ser vedado, para então ser inserido na máquina. Cada autoclave tem uma capacidade máxima de envelopes que devem ser distribuídos em uma prateleira no seu devido espaçamento. Dentro da autoclave é inserida água destilada, para que o vapor não contamine os instrumentos com os minerais presentes na água potável.

Após a esterilização com a autoclave, os equipamentos estão disponíveis para uso em até 7 dias e devem ser mantidos em local seco e limpo, com a temperatura local de até 25°C.

A Shopfisio está no mercado de Saúde há mais de 17 anos, fornecendo o que há de melhor em tecnologia e qualidade. Conheça nossa linha completa de produtos para esterilização e veja qual se enquadra melhor em seu dia a dia.

AUTOCLAVE AMORA
04 LITROS EM INOX BIVOLT
CRISTÓFOLI
10X DE R$ 253,50

DESTILADOR DE ÁGUA PARA AUTOCLAVES
CRISTÓFOLI
10X DE R$ 84,99

MINI INCUBADORA PARA TESTES BIOLÓGICOS BIVOLT
CRISTÓFOLI
4X DE R$ 58,22

EMBALAGEM TUBULAR 15CM X 100M
CRISTÓFOLI
8X DE R$ 53,08

Shopfísio .com.br
COMPRE PELO SITE SHOPFISIO.COM.BR
COMPRE PELO TELEFONE 0800 721 8999
COMPRE EM NOSSA LOJA AV. PAVÃO, 842 - MOEMA -SP (11) 5090-2772

revistapodologia.com

Revistapodologia.com nº 75
Agosto 2017

Diretor
Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

5 - O papel dos angiomas na cicatrização das úlceras isquêmicas em pacientes diabéticos.
Podóloga María Nicolás Piera. Espanha.

11 - O exercício da podologia médica no Uruguai.
Judith E. Zacheo Puertas, Técnica en Podologia Médica. Uruguai.

13 - Sequelas de fraturas de pilão tibial. Análises de variáveis.
E. Gardella Gardella, A. Santamaría Fumas, J. Muriano Royo, J. Álvarez San Nicolás, A. Domínguez Sevilla, M. Videla Ces, J. Giros Torres. Espanha.

20 - 11 Congresso Internacional de Podologia em Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil. Todas ls fotos do congresso.

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.

PREMIUM QUALITY

NUEVA GAMA DE EVAS DE CALIDAD PREMIUM

EVASTAR

NUEVA GAMA DE EVAS DE CALIDAD PREMIUM

AL MEJOR PRECIO

Presentamos la nueva gama de materiales de EVA, **EVASTAR Calidad Premium**. Están diseñados y fabricados con los últimos procedimientos, y las mejores materias primas, con el fin de conseguir la máxima calidad. Calidad Premium. La diferencia se nota en el acabado, pero sobre todo en la calidad del material: mejor memoria, más densidad.

Disponibles en varios grosores y colores, y en liso y perforado.

El material **EVASTAR Rebolastic**, además, es un material innovador de gran memoria, amortiguador, ideal para el forrado de las plantillas, a las cuales proporciona una textura y confort extraordinarios.

www.herbitas.com

Herbitas
Productos Herbitas, S.L.

Alcalde José Ridaura, 27-29 (Pol. Ind. El Molí) · 46134 Foios VALENCIA (Spain)
E-mail: export@herbitas.com · www.herbitas.com

O Papel dos Angiomas na Cicatrização das Úlceras Isquêmicas em Pacientes Diabéticos

Podóloga María Nicolás Piera. Espanha.

Resumo

Introdução

A revascularização é um dos procedimentos terapêuticos mais importantes para cicatrização das úlceras isquêmicas em pacientes diabéticos. A teoria dos a angiomas pode ajudar no êxito da técnica cirúrgica.

Objetivo

Revisar em pacientes isquêmicos diabéticos que técnica é a mais efetiva para curar as úlceras isquêmicas do pé diabético. Conhecer se a revascularização seletiva apresenta diferenças com a revascularização não seletiva.

Material e métodos

Busca bibliográfica para extrair informação sobre que tipo de revascularização (direta ou indireta) é a mais efetiva para cicatrização das úlceras diabéticas isquêmicas.

Conclusões

Esta revisão sugere que a revascularização direta tendo em conta o conceito dos angiomas, reduz o tempo de cicatrização e diminui o risco de amputação da extremidade afetada de forma significativa. Este estúdio nos mostra de forma geral esse resultado, e consideramos a população de pacientes diabéticos dentro de esse benefício, embora que pelos estudos revisados esta subpopulação não fica representada como para extrair conclusões independentes.

Palavra chave

Angioma, diabetes mellitus, doença arterial periférica, isquemia crônica de membros inferiores.

Hipótese

Os pacientes diabéticos com uma úlcera isquêmica apresentam uma melhor evolução ao realizar uma cirurgia de revascularização do angioma afetado a aqueles que não fazem uma revascularização direta.

Objetivos

- Comparar revascularização indireta e direta.
- Estudar o subgrupo dos pacientes diabéticos.
- Objetivar se existe uma cicatrização precoce ou uma melhor evolução com menor taxa de amputações maiores.

Objetivo

O objetivo do trabalho é analisar a evidência científica que existe sobre a revascularização direta e indireta dos angiomas em pacientes com pé diabético isquêmico. Em caso realizar uma revisão avaliativa, a pergunta bem definida para fazer a revisão da literatura científica houvesse sido desenhada com a estratégia PICO. Nossa pergunta segundo esta estratégia houvesse sido: os pacientes diabéticos com a úlcera isquêmica (P) apresentam uma melhor evolução (O) ao realizar uma cirurgia de revascularização do angioma afetado (I) que os que não fazem uma revascularização direta? (C).

Finalmente decidimos realizar uma revisão descritiva, com a intenção de ter uma visão atual sobre a temática da revascularização dos angiomas é especificamente dos pacientes diabéticos. Agruparemos os artigos segundo os resultados e discutiremos suas conclusões.

Material e métodos

Ainda que temos feito uma revisão descritiva, temos tentado responder a pergunta projetada. Mediante palavras-chave se realizou uma última busca bibliográfica realizada no dia 31/03/2016 na biblioteca Cochrane Plus e na base de dados eletrônica Medline sem limite de data nem idioma.

Para a estratégia de investigação utilizamos o termo angiosom que nos permitiu ampliar a busca em Medline: angiosoma [All Fields] OR angiosomal [All Fields] OR angiosomas [All Fields] OR angiosome [All Fields] OR angiosome'[All Fields] OR angiosome's [All Fields] OR angiosomes [All Fields] OR angiosomic [All Fields] OR angiosomrettet [All Fields].

Temos obtido um total de 218 artigos. Estabelecendo como limites o nível de evidência (SIGN) considerando só os que foram 1++,1+,1 ou 2++ (Meta-análise revisão sistemática ensaios clínicos), sem aplicar combinação de descritores para incluir na investigação todos os que estiveram relacionados com o fim "angioma". Desta forma temos buscado, se existem, artigos de investigação que resumem os resultados de dife-

rentes estudos primários com o objetivo de mostrar a evidência científica mais atualizada, baixo uma metodologia objetiva e rigorosa que evitará o possível desvio da investigação.

Finalizada investigação, temos obtido um total de 9 estudos.

Seleção de estudos

Na hora de realizar o presente trabalho, temos tomado 9 estudos que obtivemos durante a investigação e temos submetido a um processo de seleção para identificar e estudar com mais detalhes aqueles estudos que nos apontaram maior quantidade de dados e de informação relevantes para elaboração deste trabalho.

Projeto

- Que analisem a revascularização direta/indireta dos angiomas mediante as diversas técnicas cirúrgicas (cirurgia aberta vs cirurgia endovascular).
- Que realizem uma valoração dos resultados pós-cirúrgicos e de permeabilidade da técnica, conservação da extremidade/cicatrização da lesão.

Tipos de participantes

- Pacientes com lesões isquêmicas em extremidades inferiores.

Tipos de intervenção

Meta-análises, revisões sistemáticas o ensaios clínicos que implicam a valorização da revascularização direta ou indireta dos angiomas.

Para não perder estudos, temos selecionado artigos que falam de pacientes com lesões isquêmicas, tendo em conta já estão incluídos os pacientes diabéticos com esse tipo de lesões.

Resultados

A partir da busca realizada em Medline, se obtiveram cinco artigos de revisão. Da que se realizou na biblioteca Cochrane Plus conseguiram quatro, dos de quais estavam incluídos no resultado de encontrados em Medline.

Tendo em conta os critérios de seleção dos artigos, se descartaram dois, um deles foi rejeitado porque a porque a doença arterial de que falava estava localizada na zona epigástrica, portanto fora da zona deste estudo. O outro estudo que se excluiu tratava de avaliar uma nova técnica de encontrar a doença arterial periférica, portanto não estava de acordo com o tema desse trabalho. Ao final ficaram os 5 estudos que seguiram os critérios de inclusão que se utilizaram e são atos para realização do estudo.

Discussão

Este trabalho tem como objetivo saber se os pacientes diabéticos com úlceras isquêmicas evolucionam melhor depois de realizar uma revascularização direta. Os artigos que ficaram selecionados para realizar o estudo, apresentam população heterogênea, portanto os resultados não serão conclusivos, porém nos ajudaram a ter uma visão aproximada dos resultados que podemos encontrar.

A revisão da literatura existente nos mostra que a cicatrização das feridas é um processo complexo em que intervêm diferentes elementos. Os estudos analisados não avaliam em muitos casos os mesmos fatores, mas podemos ver uma série de elementos que se consideram de forma geral e estão presentes de forma comum: a extensão e profundidade das feridas, o número de lesões, a localização, a presença de infecção, a circulação colateral existente e a teoria do angiomas.

Se olharmos na revisão que realiza Azuma, se vem uma série de elementos que estão relacionados com a cicatrização das úlceras. Ele os agrupam em 5 categorias: fatores sistêmicos (comorbidade), fatores tissulares; infecção; gestão inadequada dá ferida; e uma inadequada estratégia cirúrgica(1).

Chama atenção que a diabetes tem sido considerada e recolhida como dado em poucos estudos. Tendo em conta que é conhecido seu papel como doença sistêmica que atrasa a cicatrização destas úlceras. Embora que se citam repetidamente que é um fator prognostico a ter em conta, não tem evidência estatística que apoie esse dado, Já que é possível que poucos estudos tem podido fixar sua população de maneira homogênea ao coletivo dos diabéticos. De fato, só tem 4 artigos que mostram estatisticamente que a diabetes é um fator que atrasa a cicatrização da úlcera isquêmica.

O estado da úlcera (ou sua extensão) é outro dos fatores que condicionam a previsão de cura. É evidente que quanto mais grande, o comportamento e a evolução é mais complexa. Tem estudos que fazem referência a extensão em superfície ou ao número de lesões e outros que utilizam a escala de Wagner. O número de lesões é importante, assim como a localização, já que se apre-

sentam-se no calcanhar tem uma cicatrização mais dificultoso, alongando o seu tempo e processo de curar. Esse dado é refletido de forma estatisticamente significativa na revisão de Azuma, ainda que tem estudos que mostram resultados contraditórios como o dirigido por Kawadara e autores que não mostra o resultados significativo como por exemplo Soderstrom e lida.

É certo que as lesões com grande perda de tecido, requerem uma contribuição sanguínea maior. E necessitam grandes períodos de tempo para chegar a sarar completamente, comparando com úlceras com perdida de tecido mais reduzida. Por isso é importante uma boa estratégia cirúrgica na hora da revascularização, tendo em conta no momento pré-cirúrgico o estado da lesão (1).

Outro dado que chama a atenção da revisão é que embora se tenha objetivado em diversos estudos que uma lesão infectada demora mais a cicatrizar e complica muito mais o processo de reparação tissular, nos estudos que se tem consultado, só 3 refletem uma significação estatística de esse fato.

Terashi et al, propuseram a classificação de Kobe para facilitar o diagnóstico da infecção em pacientes isquêmicos com uma lesão infectada, já que a isquemia dificulta o diagnóstico da infecção. Em casos de isquemia severa as manifestações clínicas da infecção, como são o vermelhão, a inflamação e o aumento da temperatura local produzido pelo aumento da contribuição sanguínea nessa zona, ficam mascaradas porque a isquemia não permite esse incremento de fluxo a acumulação de leucócitos típicos da infecção. Essa infecção subjacente, piora rapidamente depois da revascularização e, com frequência termina gerando uma perdida de tecido importante, aumentando a superfície da lesão primária.

A infecção, também, por si mesma compromete a circulação, especialmente se há formação de abscesso, já que gera uma grande perdida de tecido. Quando ela se localiza em tecido ósseo (osteomielite) representa uma grave complicação, é de difícil tratamento médico e requer em muitas ocasiões uma resecção cirúrgica, inclusive amputação se existe uma afetação de ossos a nível proximal.

Os pacientes isquêmicos frequentemente têm diferentes comorbidades que aumentam o risco de infecção a consequência da imunossupressão causada por algumas doenças sistêmicas, os diabéticos são um exemplo.

Por outra parte, as úlceras crônicas infectadas, com frequência vão acompanhados de resistências bacterianas ao tratamento, pelo que é muito importante, antes de revascularizar, fazer uma boa seleção de tratamento antimicrobiano, mediante em cultivo para detectar a sensibilidade antibiótica.

Traz a revascularização se deve garantir que a contribuição sanguínea se mantenha depois do procedimento e tem que revalorizar os sinais de infecção, e a segurar que apresentam uma evolução satisfatória. Em caso de má evolução é necessário uma atuação rápida e contundente(1).

Independendo dos elementos que contribuem na correta evolução da ferida, a vascularização direta do angiomas que seria o objeto principal do estudo, só tem mostrado resultados estatisticamente significativos em três estudos, em 4 no tem mostrado um papel importante e no resto não se tem valorar de forma estatística.

Os estudos que mostram resultados significativos indicam que a revascularização direta tendo em conta o conceito de angiomas é mais eficaz que uma estratégia cirúrgica indireta, já que se faz chegar o fluxo sanguíneo diretamente na zona onde está a lesão isquêmica, nutrindo e revitalizando o tecido afetado e ajudando a melhorar a cicatrização da ferida em um tempo mais reduzido e diminuindo o risco de perda da extremidade afetada (2-4). No meta-análises de Bosanquet et al, se faz referência a este conceito e a redução do risco de perda da extremidade, mas mostra ademais que a longo prazo não se melhorar o tempo de supervivência(5).

Varela et al, comparam os dois tipos de vascularizações (direta e indireta) tendo em conta o estado da circulação colateral dos pacientes avaliados por angiografia. A revascularização direita deu melhores resultados que a revascularização indireta em pacientes que não tinham vasos colaterais. Porem, quando as condições da circulação colateral eram adequadas, os resultados da revascularização indireta se podiam comparar com os da direta.

Por tanto, a presença de vasos colaterais pode melhorar o prognostico do paciente, embora deve-se ter em conta que não sempre é possível realizar a revascularização direta, devido ao padrão da enfermidade vascular. A infecção ou uma úlcera de grande extensão podem ser fatores que impeçam realizar uma revascularização direta, embora as artérias sejam adequadas para realizar a cirurgia.

Porém, uma das coisas que sugere Bosanquet é que o conceito de angioma deve-se ter em conta sempre que se planeja uma revascularização distal, recomenda a revascularização direita como primeira opção de tratamento seguro, sempre que seja possível (5).

Azuma na sua revisão diz que a revascularização direta ou indireta é só um fator mais para a cura das feridas. Nos resultados da sua investigação, nos mostra que a taxa de cicatrização das feridas era maior se realizava uma revascularização direta. Mas também viram em esse estudo, que os efeitos positivos que provocava a cirurgia bypass seguindo a teoria dos angiomas desaparecia.

Tendo em conta os fatores (sistêmicos) que fazem que não de para realizar a revascularização direita, argumentam que os pacientes que se submeteram à cirurgia de bypass, geralmente eram doentes em condições mais severas antes da cirurgia em comparação com os pacientes que se submetiam a revascularização direta (1).

Embora os resultados obtidos aconselhem realizar mais estudos para obter resultados mais concluintes, Biancari et al sugeri na sua revisão que em caso de ser possível é sempre melhor realizar uma revascularização seguindo o conceito dos angiomas, que não uma vascularização indireta (2).

É importante investigar o estado dos vasos que comunicam entre si, para fazer mais efetiva a rede de comunicação entre os mesmos. Os resultados clínicos das revascularizações indiretas poderiam estar relacionados com estas comunicações(1).

O tipo de técnica cirúrgica (cirurgia aberta vs endovascular) também apresentavam diferenças ante uma revascularização direta ou indireta. Em muitos estudos a revascularização por técnicas endovasculares apresentava melhor resultado.

Existem diferentes teorias quem tentando justificar estes resultados.

É possível que os benefícios sejam dados por que a técnica endovascular pode tratar as artérias perto da zona isquêmica e podem ficar mais perto dos territórios com infecção. Respeito a quantidade de fluxo sanguíneo que chega ao tecido lecionado, o papel do angioma é determinante na cirurgia endovascular, já que um fluxo sanguíneo limitado através da artéria tratada, pode irrigar a zona danificada de forma eficiente se consegue-se realizar a técnica direta (1).

Azuma na sua revisão cita um estudo de Alexandrescu titulado: "Angiosome concept: fact or fiction", este informa que tem estudos que afirmam que o conceito de angioma é muito útil na prática clínica, embora outros estudos que manifestam que como conceito é importante pero não tem nem uma importância clínica. A maioria dos trabalhos que utilizam a técnica endovascular relacionado ao conceito de angioma para a cura das feridas, obtém bons resultados e garantem sua utilidade, enquanto que os estudos que o fazem mediante a técnica bypass não obtém resultados concluintes (1).

Para terminar, o último parâmetro temos anexado no estudo, a qualidade do arco plantar, referindo-se à circulação colateral que existe entre os diferentes angiomas, 3 artículos possuem resultados estatisticamente significativos, 4 não recolhem significação deste parâmetro e o resto dos estudos não tem valorado este dado. As condições da diabetes, como enfermidade sistêmica, mostram que tem uma diminuição de fluxo sanguíneo na pele, tendem a ter uma circulação colateral pobre (poucas conexões entre os angiomas adjacentes) devido ao deterioro das artérias de pequeno e médio calibre, isto faz que chegue de maneira inadequada a sangue as zonas isquêmicas. Esta disfunção que afeta a microcirculação está causada pela neuropatia e vai acompanhada das anomalias biológicas que se desencadeiam durante o processo de cicatrização (1,3,4).

Huang no seu meta-análise, recolher os dados de um estudo de Varela et al de 2010, este estudo explica que a conexão distal da artéria peroneal com o arco plantar mediante circulação colateral, joga um papel significativo na hora da cicatrização das feridas e da redução da taça de amputação, embora não se tenha realizado uma revascularização direita (4). E Azuma na sua revisão, recolher os resultados de diferentes autores:

- Rashid et al, dizem que observando o tempo de cicatrização da úlcera após uma cirurgia de bypass, concluem que o tempo de cura das úlceras está diretamente relacionado com a qualidade do arco plantar, e que tem melhor resultado que quando se revascularizam utilizando o conceito de angioma.
- Kawarada et al, afirmam que tendo em bom estado o arco plantar, este proporciona um efeito positivo no momento da cicatrização da ferida após realizar uma técnica endovascular, e o tempo de cicatrização da ferida e similar após a revascularização direta e indireta.
- Iida et al expõem que devido a que os pacientes diabéticos têm distúrbios na microcirculação, e o estado vasos colaterais é mais precário, em este subgrupo poderia ser mais importante o conceito de angiossoma (1).

Por tanto Azuma e Huang, contemplam a possibilidade de que a circulação colateral possa

jogar um papel decisivo para que a técnica cirúrgica que se utiliza seja eficiente.

Conclusões

Após realizar uma revisão da literatura não podemos extrair uma conclusão definitiva que dê resposta a nossa pergunta inicial.

Tem múltiplos artigos que fazem referência a os angiomas e sua revascularização em caso de lesões isquêmicas, mas o subgrupo de pacientes diabéticos com lesões isquêmicas não há sido considerado na maioria deles.

Podemos extrair umas conclusões genéricas que influem na cicatrização das ulceras nos pacientes isquêmicos e mais concretamente no grupo de pacientes diabéticos segundo as observações de lida et al.

Os diferentes estudos mostram o importante papel do angiomas e sua revascularização direita para tratar as lesões isquêmicas, pero tem mais fatores que podem condicionar esta revascularização.

A comorbidade do paciente, extensão das feridas, o número de lesões, a localização, a presença de infecção e a estratégia cirúrgica são fatores que parecem influir no prognóstico da lesão.
Embora não todos os estudos fazem referência a localização e a extensão, os que o fazem majoritariamente e de forma significativa concluem que a localização no calcanhar, a extensão e profundidade com grande perda de tecido, (independentemente da localização) implicam um maior tempo de evolução para a cicatrização completa e uma pior evolução.

Uma vez realizada a revascularização, a avaliação contínua do paciente e da ferida é necessária para garantir uma correta evolução.

Independentemente das características das feridas existem outros elementos a mais, relacionados com o angioma, que influem no prognostico da lesão, que são: a presença da circulação colateral e do arco plantar.

A finalidade é que chegue sangue na ferida para que possa cicatrizar, e a revascularização direita pode fazê-lo.

No caso de não ser possível, a existência de circulação colateral que comunica de forma indireta com a lesão, pode permitir a chegada de sangue a territórios que não correspondam com o angioma. É possível que por este motivo nos pacientes diabéticos a revascularização direita tenha melhores resultados que a indireta já que os distúrbios da microcirculação e o precário estado dos vasos colaterais dos pacientes diabéticos a revascularização indireta pode ser insuficiente.

Autora:
María Nicolás Piera
Diplomada universitaria en Podología.
Máster en diagnóstico y tratamiento del Pie Diabético. Universidad Autónoma de Barcelona
Tutor: Lorenzo Ramón Álvarez Rodríguez,
Doctor en medicina. Médico adjunto.
Especialista en cirugía vascular Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa

Bibliografia

1. Azuma N, Koya A, Uchida D, Saito Y, Uchida H. Ulcer healing after peripheral intervention-can we predict it before revascularization? Circ J Off J Jpn Circ Soc. 2014;78(8):1791-800.
2. Biancari F, Juvonen T. Angiosome-targeted lower limb revascularization for ischemic foot wounds: systematic review and meta-analysis. Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg. maig 2014;47(5):517-22.
3. Sumpio BE, Forsythe RO, Ziegler KR, van Baal JG, Lepantalo MJA, Hinchliffe RJ. Clinical implications of the angiosome model in peripheral vascular disease. J Vasc Surg. setembre 2013;58(3):814-26.
4. Huang T-Y, Huang T-S, Wang Y-C, Huang P-F, Yu H-C, Yeh C-H. Direct Revascularization With the Angiosome Concept for Lower Limb Ischemia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicine (Baltimore). agost 2015;94(34):e1427.
5. Bosanquet DC, Glasbey JCD, Williams IM, Twine CP. Systematic review and meta-analysis of direct versus indirect angiosomal revascularisation of infrapopliteal arteries. Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg. juliol 2014;48(1):88-97.

www.revistapodologia.com
www.shop.mercobeauty.com

PodoSafe

Solução Suave e Eficaz para Calosidades

Somente para uso Profissional

www.podosafe.com

+55 (19) 2512-2222 | +55 (11) 98105-4371

O Exercício da Podologia Médica no Uruguai

Judith E. Zacheo Puertas, Técnica en Podologia Médica. Uruguay.

A Faculdade de Medicina, através da Escola de Tecnologia Médica, é quem dita a carreira de Podologia Médica, que se iniciou no ano 1968, ou seja, que no ano 2018 faz 50 anos.

Somente quem é formado lá pode chamar-se podólogo, exatamente Técnico em Podologia Médica.

Os que exercemos Podologia Médica no Uruguai, somos capacitados para solucionar diferentes sintomas complexos que se manifestam nos membros inferiores e especialmente nos pés. Devemos ter em conta que os podólogos somos um filtro na medicina preventiva. Os pacientes frequentam a nossa consulta antes do que a seu médico, portanto devemos ser técnicos com formação médica (Facultad de Medicina), para aplicar os tratamentos adequados; prévio ao correto diagnóstico, ou do contrário derivar à especialidade correspondente.

A Carreira de Podología Médica, atualmente de 3 anos, se dita no Hospital Universitário Dr. Manuel Quintela, o que nos permite aos técnicos assistir pacientes em equipe com diferentes especialidades (dermatologia, neurologia, geriatria, endocrinologia, cirurgia vascular, etc.) por tanto, o técnico tem uma vasta experiência nas patologias a nível geral com sequelas ou não, a nível do pé e as próprias dos membros inferiores. Isso nos permite ver ao paciente como um todo, e não individualmente a patologia própria pelas que um paciente habitualmente consulta (unha, dedo, planta do pé. etc).

O desenvolvimento da nossa profissão a nível trabalhista está protegida pela lei do tecnólogo, o que não permite que idôneos ocupem cargos em equipes de saúde, sejam do estado ou privadas; somente técnicos devidamente capacitados na Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Medicina (UDELAR).

Em quanto ao crescimento profissional, temos o apoio da Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay (ATPU) onde sua comissão diretiva ocupa-se permanentemente de atualizar os profissionais por meio de cursos, jornadas, congressos, investigações compartidas como diferentes clínicas e/ou laboratórios, etc., tratando diferente temas de interesse podológico e/ou relacionados á podologia. Outro mecanismo de crescimento profissional, em ATPU, parte através de compartilhar experiências entre os mesmos profissionais, já que consideramos que o crescimento da profissão se faz transmitindo as experiências de cada um e discutindo-as, em forma positiva, em pós dos pacientes que assistimos.

O grande tema da podologia é o pé do diabético, deixando de lado muitos outros que têm vital importância na prevenção e educação a todo nível; por isso está projetando-se algo muito interessante para os que desejem especializa-se em outras áreas (biomecânica, pediatria, neurologia, etc.) assim como a licenciatura.

Geralmente se considera ao técnico especializado em pé diabético e/ou pé de risco a aquele que está capacitado para ter os cuidados na atenção desse paciente, devemos ter em conta que a formação e conhecimento do técnico especializado em pé diabético e de risco, é o que permite avaliar esse paciente em um todo e os sintomas que poda padecer, é o que permitirá ao especializado determinar o caminho a seguir em pós de uma prevenção, recuperação ou simplesmente uma melhor qualidade de vida.

Téc. Pod. Méd Judith E. Zacheo Puertas
Directora Técnica de TCP
(Terapia Científica Podológica)
Presidente de ATPU
(Asoc. de Técnicos en Podología del Uruguay)
jzacheo@gmail.com
judith.zacheo@ortopedia.com.uy

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

ONICO FREE

Contem cinco fungicidas naturais: Melaleuca, Tomilho, Argam 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

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.

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.

EMOLUX

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

HIGILUX

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

KARIM

BASE FORTALECEDORA DE UNHAS:

Enrijece as unhas na primeira passada, pois contêm 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 contem petrolato. Removível com água quente se aplicado puro ou da forma tradicional, utilizando por cima um esmalte de sua preferência.

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.

Sequelas de Fraturas de Pilão Tibial. Análises de Variáveis.

E. Gardella Gardella, A. Santamaría Fumas, J. Muriano Royo, J. Álvarez San Nicolás, A. Domínguez Sevilla, M. Videla Ces, J. Giros Torres.
Unidad de Pie y Tobillo. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Consorci Sanitari Integral (HSJDMB-HGH). Barcelona. Espanha.

As fraturas de pilão tibial são um desafio para o cirurgião e atualmente existem controvérsias enquanto a seu tratamento.

Avaliaram-se pacientes com fraturas de pilão tibial no centro entre 2008 e 2011, e se analisaram distintas variáveis que poderiam traduzir-se em piores resultados. Realizou-se um estudo radiológico e uma valoração clínica mediante a escala da American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS).

Valoramos 41 pacientes com seguimento de um ano. Os pacientes mais jovens tendem a sofrer fraturas de maior energia e mais graves (p = 0,001 y 0,035). O 23% apresentou alguma complicação, sendo mais frequentes nas fraturas abertas (p = 0,042). O retraso na redução aberta e fixação interna (RAFI) Definitiva se associa a uma maior frequência de complicações (p = 0,036), a mais frequente das quais é a artropatia pós-traumática. A media de AOFAS ao ano foi de 75. A gravidade da fratura (p = 0,034) e a presença de complicações (p = 0,000) vão de acordo a uma pior funcionalidade. Não houve diferenças significativas na AOFAS segundo a idade nem o tipo de tratamento.

A aparição de complicações influi negativamente no resultado funcional do tratamento das fraturas de pilão tibial. Cumprindo os critérios de redução anatômica e realizando se um correto cuidado das partes moles nas fraturas de tipos A e B apresentam melhores resultados funcionais que as fraturas mais graves (tipo C), sendo muito importante nao demorar o tratamento definitivo.

Palavras Clave: Secuelas. Fracturas. Pilón. Tibial. Variables.

Sequelae of Fractures of The Tibial Pilon. Analysis of Variables

Pilon fractures are challenging for the surgeon and currently there is controversy regarding treatment.

One year follow up to fractures treated in our center between 2008 and 2011, evaluating different variables that could result in worse outcomes. We compared according to age, mechanism, type and severity of fracture and type of treatment. Radiologic evaluation and AOFAS score for clinical assessment.

We evaluated 41 patients. Younger people require more energy to produce fractures and these are more severe (p = 0.001 and 0.035), 23% had complications, most commonly in open fractures (p = 0.042), delayed definitive open reduction and internal fixation (ORIF) presented more complications (p = 0.036), most commonly arthropathy (p = 0.024). The mean AOFAS after 1 year was 75, considered good. Lower AOFAS was associated with severity (p = 0.034) and complications (p = 0.000), being the most important factor the presence of arthropathy (p = 0.007). No differences in AOFAS between age distribution or type of treatment.

If the principles of anatomic reduction, minimizing soft tissue damage and avoiding complications are achieved, successful results can be obtained in fractures type A and B. Being very important not to delay definitive treatment. More severe fractures (type

C) will have lower AOFAS, even if these principles are complied.

Key Words: Sequelae. Fractures. Tibial. Pilon. Variables.

Introdução

As fraturas de pilão tibial (figura 1) são aquelas localizadas na epífise distal da tíbia que incluem um traço articular na zona de carga do tornozelo (1). Constituem o 10% das fraturas na tíbia e um 2% do total das fraturas da extremidade inferior. Possui uma alta taxa de complicações, chegando a um 5% de síndromes comportamentais e lesões vasculares, e um 20% são fraturas abertas. São um grande desafio para o cirurgião, seu tratamento é complexo e com frequência geram sequelas com graves consequências para o paciente (1,2), precisando em muitos casos reintervenções e cirurgias de tratamento de sequelas (3).

Existem controvérsias em quanto ao tipo e os tempos do tratamento, condicionados principalmente pelo estado geral do paciente, o tipo de fratura e a qualidade das partes moles (4-7).

Figura 1. A e B: Radiografia de frente e de perfil de fratura da epífise distal de tibia com afetação articular na zona de carga do tornozelo. C e D: tomografia axial computadorizada que evidencia uma importante afetação articular.

Atualmente prioriza-se realizar, no possível, um primeiro tempo de osteossíntese da fíbula e fixação externa (FE) na tibia, para em um segundo tempo realizar osteossíntese da tíbia; porém, outros autores apresentam melhores resultados realizando uma fixação interna em um só tempo cirúrgico inclusive, inclusive em fraturas abertas (3,4,8,9).

Este trabalho tem como objetivo avaliar a existência de diferenças no resultado clínico, funcional e radiológico em curto ou mediano prazo de fratura de pilão tibial segundo distintas esquemas de tratamento. Valoramos também se o resultado fina está condicionado por outros fatores, como são a idade do paciente, o mecanismo de produção da fratura, o tipo (aberta ou fechada) a gravidade segundo a classificação de Müller/AO e o tempo transcorrido desde o diagnóstico até o tratamento definitivo.

Material e métodos

Realizou-se uma busca de dados dos pacientes mediante fichas clínicas e sistema SAP® utilizado no nosso centro.

Se realizo um seguimento de 1 ano das fraturas de pilão tibial diagnosticadas e tratadas no nosso centro entre os anos 2008 e 2011

A valoração radiológica foi realizada por 2 traumatologistas da unidade de pé e tornozelo em busca de sinais de artropatia, perda de alinhamento, eixo ou incongruência articular do tornozelo.

A escala American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) se utilizou para a valoração clínica da fratura ao ano. Esta escala está validada e cumpre os critérios de universalidade e reprodutibilidade.

A análise estatística foi realizada com o programa SPSS Statistics® 21.0.

É um estudo retrospectivo observacional descritivo. Se comparou segundo a idade e o tipo de fratura (aberta ou fechada) mediante a classificação de Gustilo e Anderson, e a gravidade da fatura segundo a classificação Müller/AO, mecanismo de produção e tipo de tratamento. Se buscou a significância estatística em quanto ao número e o tipo de complicações em curto ou mediano prazo valorando o resultado radiológico e funcional dos pacientes ao ano de seguimento.

Resultados

Estudaram-se 41 pacientes com fratura de pilão tibial tratados no nosso centro entre os anos 2008 e 2011 com seguimento mínimo de um ano. O 67% foram homens; 26% fraturas abertas de distinto grau (Gustilo), e por gravidade se distribuíram segundo a classificação de Müller/AO em: grupo A: 43,3%; grupo B: 30,4%; e grupo C: 26,3% (**Figura 2**).

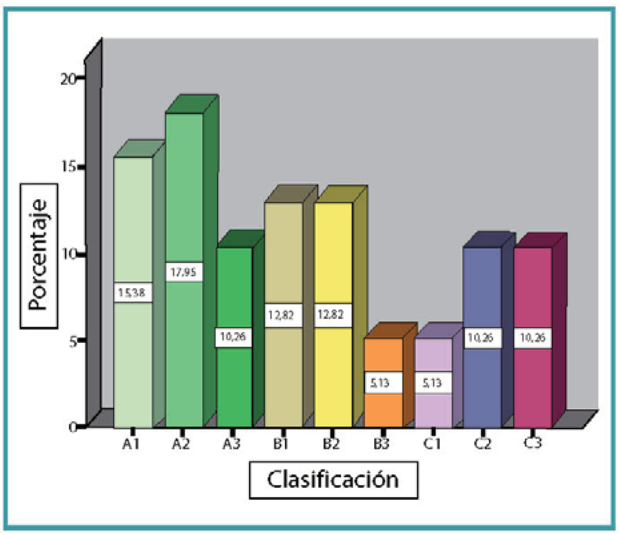


Figura 2. Distribuição das fraturas em grupos e subgrupos segundo a classificação de Müller/AO.

A idade seguiu uma distribuição normal (media de 51), e o mecanismo de produção mais frequente foi o de alta energia; porém, ao comparar ambos os grupos segundo a gravidade da fratura, se evidenciou com significância estatística que o grupo de maior idade requer menor energia para produzir a fratura (p = 0,001) (**figura 3**), mas suas fraturas são menos graves (p = 0,035) (**Figura 4**).

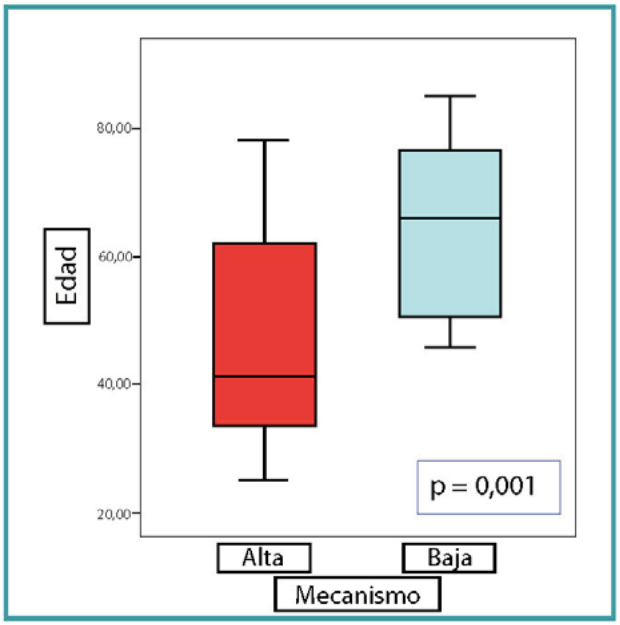


Figura 3. Mecanismo de fratura por idade com correlação negativa (p = 0,001).

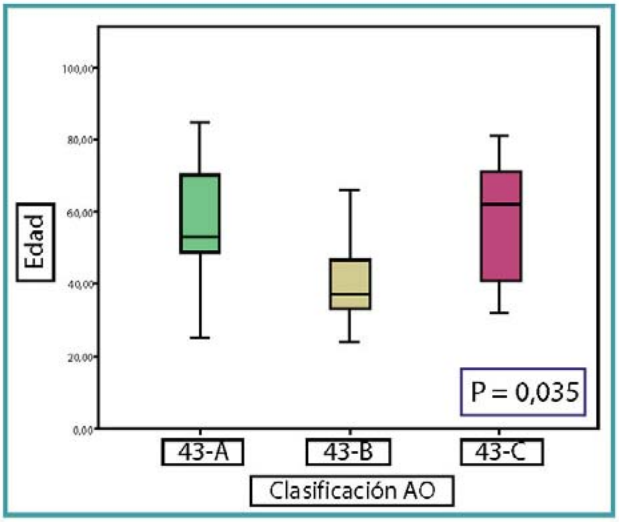


Figura 4. Gravidade das fraturas segundo a classificação de Müller/AO por idade com correlação negativa (p = 0,035).

Dos 41 pacientes, 17 foram operados mediante cirurgia de redução aberta e fixação interna (RAFI) em um só ato cirúrgico. De eles, 11 mediante técnica aberta e 6 mediante técnica de osteossíntese percutânea minimamente invasiva (MIPO). Em 15 pacientes se realizou uma FE de tibia com redução interna de fíbula em um primeiro tempo para, posteriormente, realizar RAFI definitiva, e em 9 casos de fraturas menos graves sem deslocamento foram tratados de forma conservadora com gesso (**figura 5**).

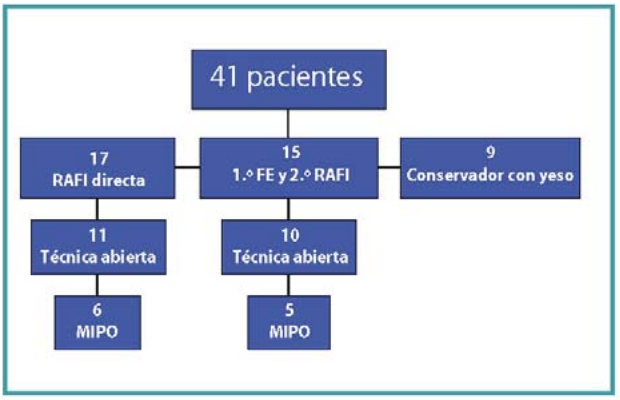


Figura 5. Distribuição dos 41 pacientes estudados segundo o tipo de tratamento. MiPo: Osteossíntese percutânea minimamente invasiva; RAFI: redução aberta e fixação interna.

Um 21% apresento complicações (9% infecções; 6% alinhamento ruim; 6% artropatia), sendo mais frequentes nas fraturas abertas (p = 0,042).

Igualmente, se observo que o retraso na RAFI definitiva também gero um aumento significativo das complicações (p = 0,036), especialmente a partir do 5º dia (figura 6), sendo a mais frequente a artropatia (p = 0,024) (**figura 7**).

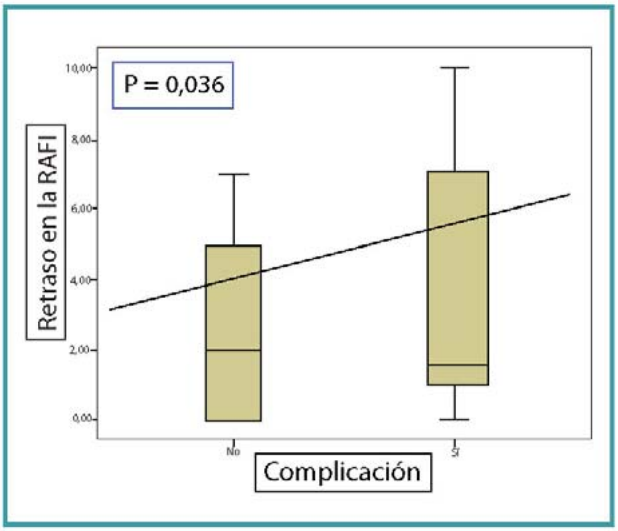


Figura 6. O retraso na RAFI definitiva produzo maior número de complicações, principalmente a partir do 5º dia, com correlação positiva (p = 0,036).

Enquanto a evolução clínica e funcional ao ano da fratura se obteve uma média de AOFAS de 75 pontos, o que é considerado bom; porém, 91% dos pacientes apresentou algum grau de perda na escala AOFAS.

MAX PODOLOGIA

O primeiro equipamento de led do mercado com selo do INMETRO

3 Protocolos para cada tratamento e garantia total de 3 anos

Instrução de uso por voz

PRODUTOS DE ÚLTIMA GERAÇÃO PARA TRATAMENTOS DE PODOLOGIA

3 GARANTIA ANOS

Fale conosco para obter uma cotação.

Vendas 32567749
(19) 19 98270 0064
facebook.com/pageeccofibras

ecco
FIBRAS E DISPOSITIVOS

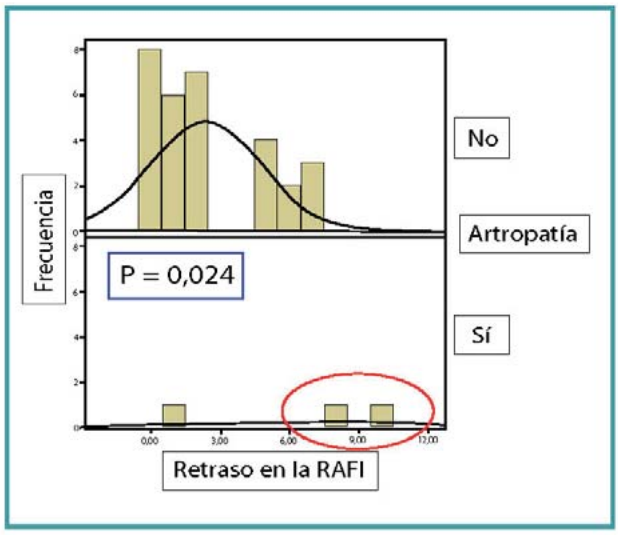


Figura 7. A maior retraso da RAFI definitiva, aumenta significativamente o risco de sofrer artropatia (P = 0,024).

A comparação entre os distintos grupos de pacientes mostrou uma correlação negativa entre a gravidade da fratura segundo classificação e Müller/AO e a diminuição posterior da AOFAS, sendo a perda muito significativa para fraturas do Tipo C (p = 0,034), as quais não superaram em um caso um AOFAS de 90 pontos, à diferença das de tipo A e B, entre as que não houve diferenças significativas (**figura 8**).

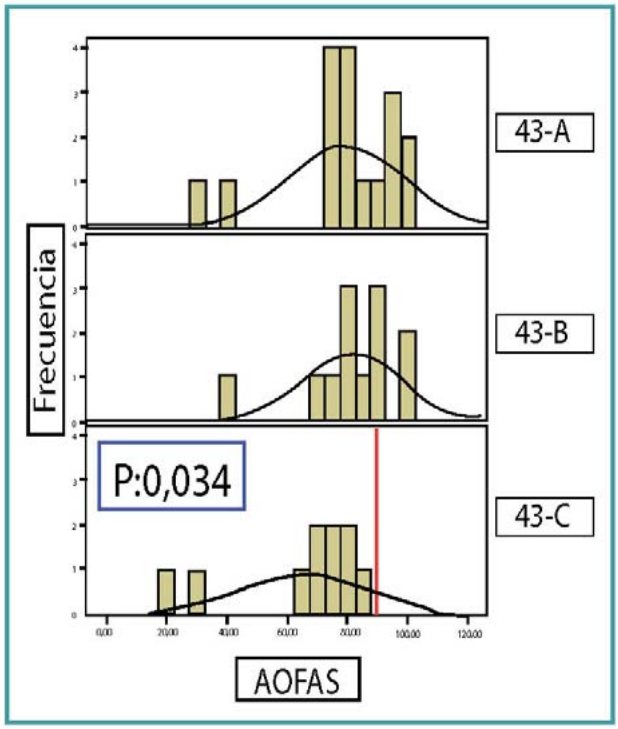


Figura 8. As fraturas mais graves (tipo C) apresentan uma diminuição significativa do AOFAS (p = 0,034).

Quanto às complicações em geral, se comprovo com significante estatística (p = 0,000) uma perdida no AOFAS posterior (**figura 9**).

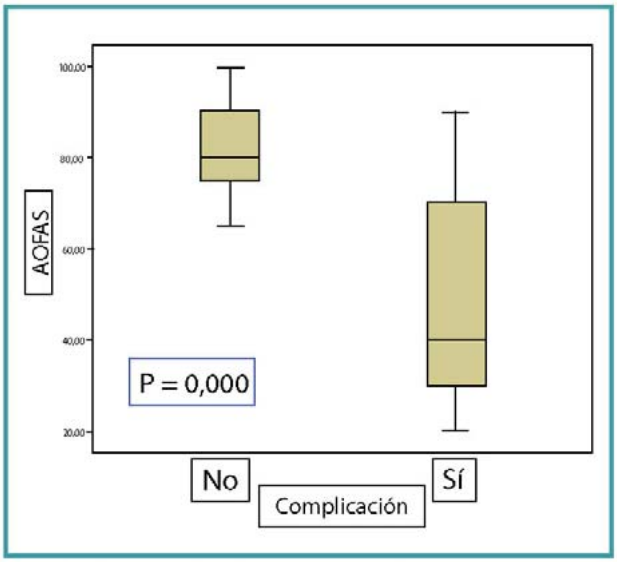


Figura 9. As complicações, em geral, provocam, com grande significância, uma caída no AOFAS final (p = 0,000).

Ao subdividir as complicações nas 3 mais frequentes (infecção, alinhamento ruim e artropatia) se evidencio que, enquanto os processos sépticos, as infecções superficiais de ferida cirúrgica não afetavam significativamente ao AOFAS posterior (p = 0,107); porém, as infecções dos planos fundos e articulares sim provocaram uma perda significativa (p = 0,010) em esta escala (**Figura 10**).

Por outro lado, a perda de alinhamento também provocou uma diminuição significativa do AOFAS (p = 0,026) (**figura 11**), sendo a artropatia a complicação que maior diferença gerou enquanto ao AOFAS final (p = 0,007) (**Figura 12**).

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas enquanto ao AOFAS posterior segundo a idade, as técnicas cirúrgicas abertas e a MIPO, realizar a RAFI em um só tempo cirúrgico ou realizá-lo em 2 tempos depois de realizar a FE inicialmente, como tampouco uma diminuição significativa do AOFAS nos pacientes tratados de forma conservadora que apresentavam fraturas graves segundo a classificação de Müller/AO (tipos A1 e A2).

Um 12% dos pacientes precisaram uma segunda intervenção por complicações no pós-operatório)principalmente desbridamento da ferida cirúrgica) e 2 pacientes com artropatia severas precisaram artrodese de tornozelo.

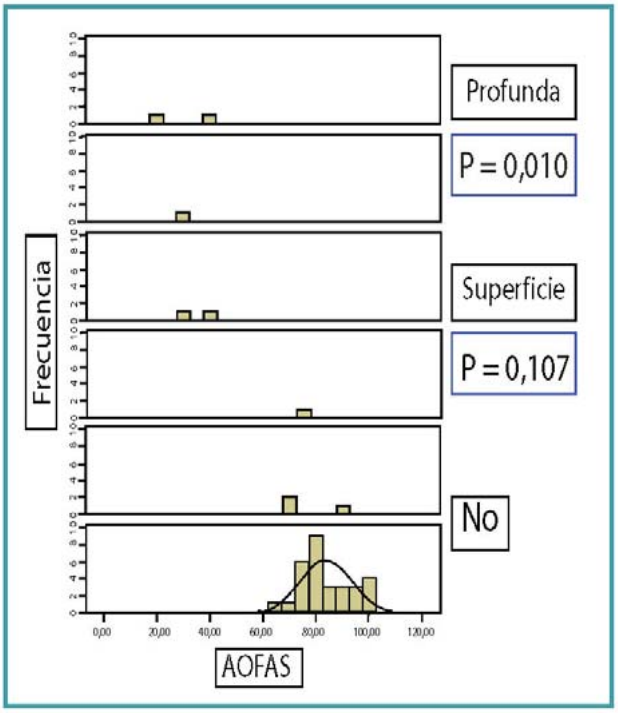


Figura 10. As infecções superficiais não apresentaram uma diminuição significativa do AOFAS, mas sim nas profundas (p = 0,010).

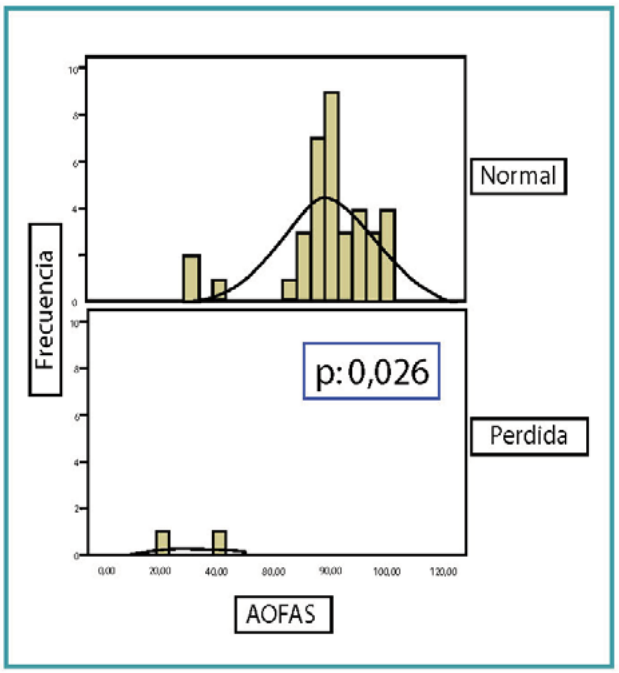


Figura 11. A perda do alinhamento provoca uma importante diminuição no AOFAS final (p = 0,026).

Discussão

Existem numerosos artigos (3-10) que descrevem a evolução e os resultados radiológicos e funcionais das distintas técnicas cirúrgicas na cirurgia do pilão tibial. Porem, na hora de valorar

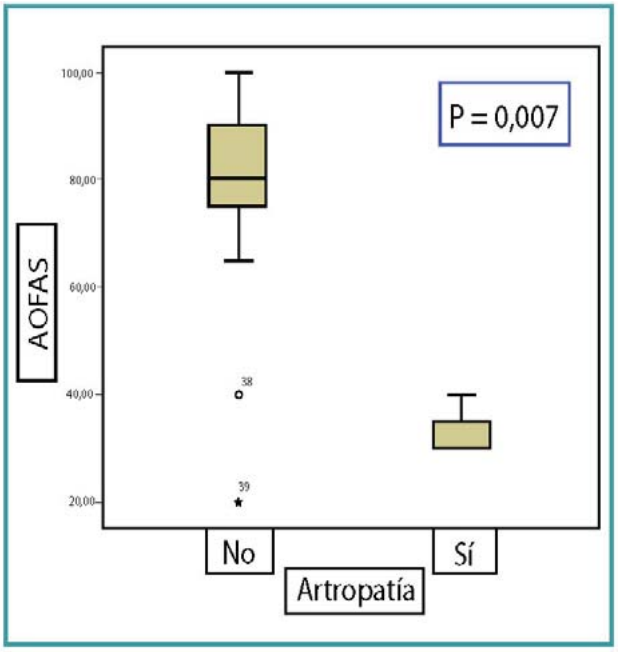


Figura 12. A artropatia é a complicação que apresento maior diminuição do AOFAS (p = 0,007).

se estes resultados estão condicionados por outros fatores, como o retraso na RAFI definitiva, as complicações e o tipo de gravidade da fratura, a bibliografia e limitada. Por outro lado, não tem consenso nisso enquanto a qual é o melhor tratamento para estas fraturas (4,8,9). No nosso estudo não evidenciamos diferenças significativas entre os distintos tipos de tratamentos usados.

Enquanto os jovens necessitam maior energia para apresentar estas fraturas e por sua vez estas são mais graves, não encontramos diferenças na evolução posterior com relação as pessoas maiores, o qual é discordante com outros resultados de este estudo, que evidenciam que as fraturas mais graves se complicam mais e possuem pior AOFAS. Acreditamos que este resultado pode estar condicionado pelas características ósseas e o estado das partes moles das pessoas jovens previamente a fratura.

Evidencia-se que, de não realizar uma redução articular anatômica e fixação interna precoce, os pacientes apresentam mais complicações, sobretudo artropatia. Não temos encontrado na literatura estudos que compararem os distintos tipos de tratamentos em quanto ao tempo de retraso da RAFI definitiva.

As complicações mais frequentes (infecção, perda de alinhamento e artropatia) apresentaram uma forte correlação negativa (a maiores complicações, menor AOFAS) com o AOFAS posterior, sendo a mais importante a artropatia. Este

resultado coincide com o de Gülabi et al.(8), estes concluíram que se lograva-se uma redução articular anatômica estável e se realizava um cuidadoso trabalho nas partes moles poderia limitar-se a artropatia e conseguir um bom resultado nas fraturas dos tipos A e B.

Enquanto à evolução clínica dos pacientes, encontramos uma média de AOFAS de 75, ligeiramente superior à descrita na literatura (8,9), comprovando que tanto por o retraso da ORFI definitiva como a gravidade da fratura e as complicações (principalmente a artropatia) diminuir o AOFAS ao ano da fratura.

Em referência à evolução da escala AOFAS segundo a gravidade (Müller/AO), encontramos uma correlação negativa.

Este resultado coincide com a bibliografia atual(3,8). Jansen et al.(3) demonstraram que as fraturas do pilão tibial apresentam uma diminuição do AOFAS, com uma correlação negativa entre a gravidade (Müller/AO) e o AOFAS final e uma correlação positiva entre a gravidade e a artrose posterior. Gülabi et al.(8) concluíram que os pacientes com fraturas do Tipo C, incluso embora logrem bons resultados no tratamento tanto cirúrgico como de reabilitação, podem apresentar igualmente artrose pós-traumática e uma diminuição do AOFAS a curto ou médio prazo.

Conclusões

As fraturas do pilão tibial são fraturas articulares graves e supõem um verdadeiro reto para o cirurgião. A idade parece no guardar relação com a evolução clínica, sendo controvertido qual é o padrão ouro enquanto aos tempos e ao tipo de tratamento cirúrgico.

Parece lógico pensar que, à maior gravidade de fratura, o resultado e a evolução serão piores, como já foi descrito na literatura. Concluímos que, se uma fratura é merecedora de tratamento cirúrgico, é muito importante para a evolução posterior não demorar o tratamento definitivo, mantendo critérios de redução anatômica articular e realizando um cuidado minucioso das partes moles para evitar complicações.

De realizar um bom tratamento, se podem esperar bons resultados para as fraturas de tipos A e B; porém, ao enfrentarmos as fraturas mais graves (tipo C) temos de ser conscientes de que os resultados clínicos, funcionais e radiográfico serão em muitos casos insuficientes.

Correspondencia:
Dr. Eduardo Gardella Gardella
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Consorci Sanitari Integral. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi
Carrer de Jacint Verdaguer, 90. 08970 Sant Joan Despí (Barcelona)
Correo electrónico: gardella17@yahoo.com
Fecha de recepción: 22/12/2013

Bibliografía

1. Mast JW, Spiegel PG, Pappas JN. Fractures of the tibial pilon. Clin Orthop 1988; 230: 68-82.
2. Bourne RB, Rorabeck CH, Macnab J. Intra-articular fractures of the distal tibia: the pilon fracture. J Trauma 1983; 23: 591-6.
3. Jansen H, Fenwick A, Doht S, Frey S, Meffert R. Clinical outcome and changes in gait pattern after pilon fractures. Int Orthop 2013; 37 (1): 51-8.
4. Mandi DM, Belin RP, Banks J, Barrett B. Pilon fractures. Clin Podiatr Med Surg 2012; 29: 243-278, viii.
5. Davidovitch RI, Elkhechen RJ, Elkataran R, Romo S, Walsh M, Egol KA. Open reduction with internal fixation versus limited internal fixation and external fixation for high grade pilon fractures (OTA type 43C). Foot Ankle Int Am Orthop Foot Ankle Soc Swiss Foot Ankle Soc 2011; 32: 955-61.
6. Kiene J, Herzog J, Jürgens C, Paech A. Multifragmentary tibial pilon fractures: midterm results after osteosynthesis with external fixation and multiple lag screws. Open Orthop J 2012; 6: 419-23.
7. Egol KA, Wolinsky P, Koval KJ. Open reduction and internal fixation of tibial pilon fractures. Foot Ankle Clin 2000; 5: 873-85.
8. Gülabi D, Toprak O, Sen C, Avcı CC, Bilen E, Saglam F. The mid-term results of treatment for tibial pilon fractures. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2012; 18: 429-35.
9. Boraiah S, Kemp TJ, Erwteman A, Lucas PA, Asprinio DE. Outcome following open reduction and internal fixation of open pilon fractures. J Bone Joint Surg Am 2010; 92: 346-52.
10. Sirkin M, Sanders R, DiPasquale T, Herscovici D Jr. A staged protocol for soft tissue management in the treatment of complex pilon fractures. J Orthop Trauma 2004; 18 (8 Suppl): S32-38.

www.revistapodologia.com
www.shop.mercobeauty.com

11º CONGRESSO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA

20-21 Agosto - Ribeirão Preto - Brasil

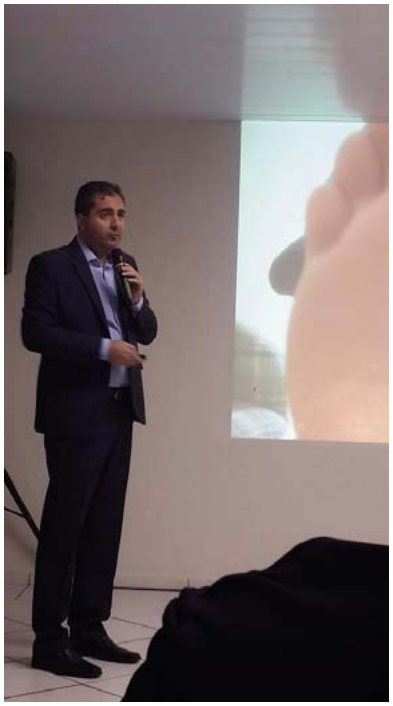
podologia

Creme Ultra Hidratante
Para os Pés

PodoSafe
Solução Suave e
para Calosidad

BELTEC

HIPERCURVATURA TRANS
UNGUEAL



11º CONGRESSO
INTERNACIONAL
DE PODOLOGIA
20-21 Agosto - Ribeirão Preto - Brasil

dos Pés

CONGRESSO
INTERNACIONAL
DE PODOLOGIA

INTERNACIONAL

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 ONICOMICOSES E AUXILIA NA HIDRATAÇÃO E RECUPERAÇÃO DAS UNHAS.

PEÇA JÁ O SEU!

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

ína
dermocosméticos

Linha Hidratantes INA *toque de* **carinho** *aos ses pés*

NUTRI FEET

Ativos: Lanolina e Tridosan
Peso líquido: 60g
Indicado para hidratar e desodorizar os pés dando um toque seco. Pode ser usado para os protocolos de SPA dos pés e mãos.

NUTRI FEET PLUS

Ativos: Alantoína, Vitamina E, Aloe Vera e Calêndula
Peso líquido: 60g
Desenvolvido para evitar o ressecamento e impedindo o desequilíbrio da umidade natural da pele, hidratando os pés deixando a pele macia e sedosa.

NUTRI FEET PARAFINADO

Ativos: Parafina, Manteiga e Cupuaçu
Peso líquido: 100g
Proporciona uma hidratação profunda dos pés, recuperando a textura e elasticidade da pele, tornando-a macia e suave. Indicado para pés com fissuras e rachaduras. Pode ser usado com luvas e/ou botas plásticas para oclusão.

NUTRI FEET URÉIA

Ativos: Uréia, Lanolina, Óleo de Amêndoas, Cupuaçu e Aloe Vera
Peso líquido: 30g
Hidratante com toque seco, tem como principal caracteristica controlar o equilíbrio hídrico da pele, retendo sua umidade natural e com isso renovando a derme. Indicado para peles áspera e grosseia, pode ser usado para hidratação de pés, joelhos e cotovelos. Contra indicado para gestantes e pessoas com pele sensível.

ina dermocosméticos

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

www.shop.mercobeauty.com

Shop de Revistapodologia.com

CD Revistapodologia.com

22 TEMAS

Formato: PowerPoint

Idiomas:

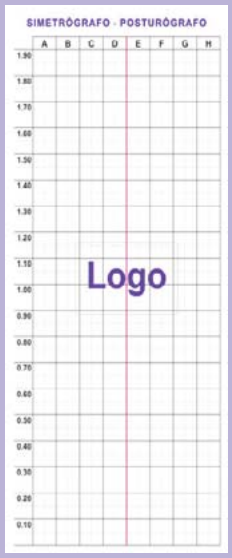
Português-Español

+ Todas as/las Revistapodologia.com (+ de 80 Revistas)

Para ver no/en PC ou/o Notebook !!!

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 Podologia 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.

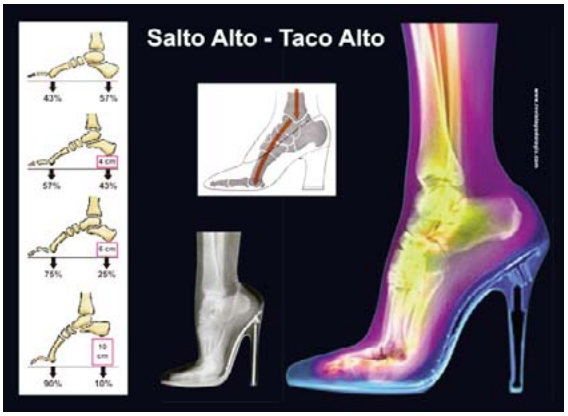
Este livro disponibiliza informações sobre o paciente que exerce alguma atividade esportiva, e colabora estimulando ao profissional para um melhor desempenho.

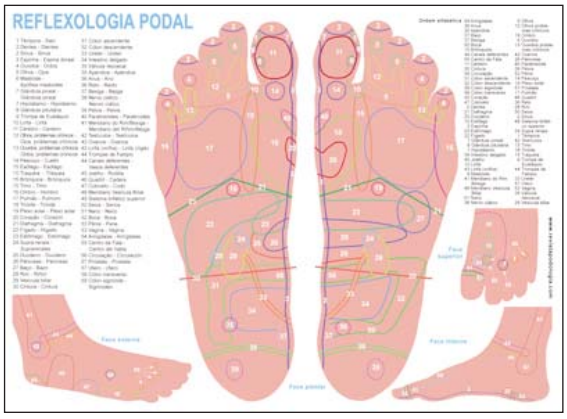
Envios de Brasil para todo el mundo

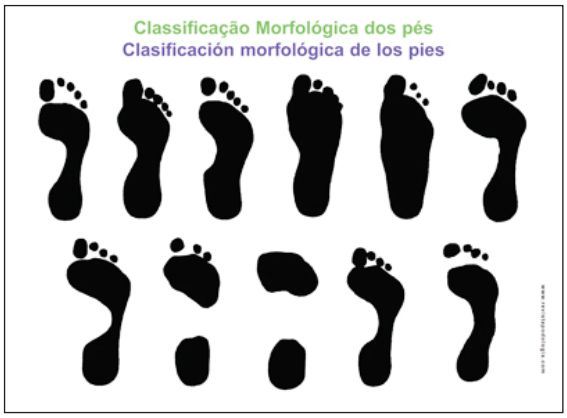
+55 19 98316-7176

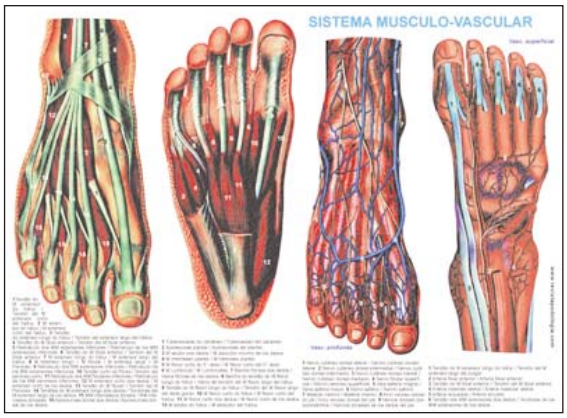
Fuera de Brasil el pago es por PayPal en moneda/tarjeta de su país.

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS - 40 x 30 cm









revista@revistapodologia.com - Tel.: +55 - 19 - 98316-7176 whats - Campinas - SP - Brasil

À venda no nosso Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

Envios desde Brasil para o Brasil e para todo el mundo !!!