

revistapodologia .com

N° 78 - Fevereiro 2018



ATENEO INTERNACIONAL
DE BAROPODOMETRÍA

23 y 24 de Junio del 2018 - Lima, Perú



14° PodoSur 2018

20-22 Oct

Uruguay



Asociación de Técnicos en
Podología del Uruguay

info@podologos.com.uy - www.podologos.com.uy

Revista Digital de Podología
Gratuita - Em português



ESPECIALISTAS EN PRODUCTOS DE PODOLOGÍA

SILICONAS PODOLÓGICAS (CON CATALIZADOR)



BLANDA BLANDA SILICONA EXTRABLANDA SHORE A: 4

Densidad muy blanda. Ideal para Ortesis Paliativas. Muy fácil de trabajar. No huele. Incluye aceites medicinales. Puede mezclarse con otras siliconas.



PODIABLAND SILICONA SHORE A: 12-15

Densidad blanda y elástica. No se adhiere a la mano. Fácil y rápido catalizado. No huele. Muy buen aspecto, color rosa. Tacto agradable. No produce rechazos. Para todo tipo de ortesis.



SERIE MASTER SILICONA SHORE A: 25-26

Densidad media/dura. No se rompe. No se adhiere a la mano. Tacto agradable. No huele. Muy buen aspecto, color rosa. Admite mezclas. No produce rechazos. Ideal para ortesis correctoras



No se rompen ni se adhieren a la mano. Tacto agradable. Muy buen aspecto, color rosa. No huelen ni producen rechazos. Ver vídeo en



C/ Alcalde José Ridaura, 27-29
46134 Foios - Valencia (Spain)
Tfno.: 96 362 79 00 - Fax 96 362 79 05
herbitas@herbitas.com · www.herbitas.com

revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 78
Fevereiro 2018

Diretor

Alberto Grillo

revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

5 - Exploração Articular.

Dr. Podólogo Miguel Guillén Álvarez. Espanha.

15 - Osteocondromas da articulação distal tibiofibular.

Acerca de dois casos clínicos solitários em adultos.

*A. Saldaña Díaz, J.L. Guevara Matamoros, S. Sánchez Herráez,
L.r. Ramos Pascua. 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.

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

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

Herbitas
Productos Herbitas, S.L.

Exploração Articular

Dr. Podólogo Miguel Guillén Álvarez. **Espanha.**

Texto extraído do livro “Lesões nos Pés em Podologia Eportiva” publicado pela nossa editorial.

O tornozelo

Alem de interrogar os pacientes com problemas no tornozelo sobre dor, rigidez, inflamação, etc; deve-se perguntar:

Tem problemas no tornozelo?

Com que frequência e em que circunstâncias?

Tem bloqueios no tornozelo?

Tem a sensação de que algo pula ou sai do seu lugar no tornozelo?

Inspeção

Observar o tornozelo buscando deformidades, edema, eritema, fístulas ou cicatrizes,

Palpação

Comprovar a temperatura da articulação e compará-la com o lado contra lateral.

Buscar áreas sensíveis, examinando sistematicamente:

- A interlinha articular anterior.
- A interlinha e ligamentos laterais.
- A sindesmoses.(não sei)
- A interlinha articular posterior.
- O ligamento deltóide.
- A interlinha medial.

Lembrar que o ligamento deltóide é amplo e complexo.

Buscar um derrame, sinovite, deformidade, proeminências ósseas e corpos livres.

Mobilidade

- Em primeiro lugar pedir ao esportista que mexa seu tornozelo através de toda categoria de movimento ativo e compará-lo com o outro lado, repetir o movimento de forma passiva.

- Prestar atenção especialmente à perda da dorsiflexão dado que esta é a que mais incapacidade pode produzir e pode relacionar-se com

outros problemas do pé.

- A perda da flexão dorsal se vê habitualmente após um traumatismo, mas pode acompanhar também os problemas do tendão de Aquiles, a artrite e o pé plano.

- Um bloqueio real da dorsiflexão pode ser de uma retração do tendão de Aquiles, a um pinçamento anterior da articulação e a incongruência ou artrofibrose do tornozelo.

- Se o esportista tem dor na face anterior ou posterior do tornozelo, deve descartar-se um pinçamento na posição em dorsiflexão (sobretudo com o pé em eversão) ou na posição da flexão plantar.

- A infiltração por injeção de um anestésico local pode ajudar.

- Explorar a estabilidade do tornozelo utilizando o teste anterior e as provas de stress.

- Na situação traumática aguda, a dor dificultará a realização destes testes, em ocasiões especiais, sendo muito necessário, estas manobras ficam mais fácil injetando anestésico nos ligamentos lesionados ou no nervo poplíteo lateral.

- Ao fazer as provas de stress, sujeitar o talus ao nível do pescoço em lugar do calcanhar, assim nos asseguramos de que o movimento se produz ao nível do tornozelo e não na articulação subtalina

- A instabilidade da sindesmose pode ser palpável, geralmente em forma de translação ântero-posterior da fíbula distal ou por uma ligeira abertura em valgo do tornozelo.

- Ao mover a articulação, se reproduzem os sintomas que fazem sofrer o esportista.

Isto constitui um guia útil para valorizar se os sintomas vêm do tornozelo. Suspeita-se que os sintomas se originam na sindesmose, pode ser útil ao realizar o teste de Squeeze que consiste na compressão látero medial na área média da perna, que produz dor quando está lesionada.

A articulação subtalina

Deve-se conhecer a anatomia e biomecânica das articulações subtalina, seus realces de superfície e seu grau de movimento normal.

Sempre comparar com o outro tornozelo, mas deve-se recordar que o outro tornozelo também pode ser patológico.

Observação

- Observar a forma do retropé e sua flexibilidade.
- Buscar edema, especialmente sinovite no seio do tarso e na expansão do retropé que se produz após uma fratura do calcâneo, cicatrizes e fístulas.

Palpação

- Comparar a temperatura do retropé lateral com a do lado oposto.
- Palpar cada uma das facetas buscando sensibilidade, proeminências ósseas e sinovite.
- Palpar o seio do tarso.

Mobilidade

- Sujeitar o pescoço do talus e pedir ao esportista que mexa o calcanhar para fora e para dentro. Isto deve dar uma idéia da mobilidade ativa.
- Seguir a exploração segurando o tornozelo com uma mão e mobilizar positivamente a articulação.
- Uma articulação com excessiva mobilidade com frequência se associa a um relaxamento articular generalizado; uma articulação rígida sugere-nos uma artrite inflamatória pós-traumática ou degenerativa, uma artrofibrose pós-traumática ou uma coalizão tarsiana.
- A dor no centro do tarso, essencialmente com o stress em varo geralmente se deve a uma lesão do ligamento talus calcâneo.
- O máximo de dor com o stress em valgo normalmente se deve a um pinçamento na articulação fíbula-calcâneo após uma fratura do calcâneo ou uma síndrome do centro do tarso devido a um retropé em valgo com ou sem doença inflamatória articular.
- O stress lateral, sujeitando o pescoço do talus e manipulando o calcanhar ocasionalmente podem oferecer a idéia de relaxamento subtalino, mas a instabilidade é difícil de demonstrar de maneira convincente inclusive com projeções radiológicas de stress ou artroscopia.
- Ao mover a articulação, e reproduzir os sintomas que o esportista sofre, é uma guia útil para conhecer se os sintomas se originam na articulação subtalina.
- Pode ser de grande utilidade a infiltração com injeção de anestésico local na articulação, alivia muito os sintomas.
- Tem que examinar o seno do tarso cuidadosamente.

- A síndrome do seio do tarso, consistente em dor e sensibilidade que se alivia com a injeção de um anestésico local com instabilidade subjetiva do retropé, geralmente se deve a uma lesão do ligamento interósseo talus calcâneo, que pode estar solto, bloqueando a articulação subtalina, inflamando de forma crônica ou levando a fibrose.

- É necessário lembrar que muitos esportistas com problemas na subtalina, especialmente depois de um traumatismo, aparece também problemas no tornozelo, com maior frequência instabilidade ou sinovite antero lateral.

A articulação mediotarsiana

É necessário conhecer a anatomia e biomecânica das articulações talus-escafoide e calcâneo-cubóide, seus realces de superfície e sua faixa de mobilidade normal.

Sempre comparar com o lado contra lateral, mas deve-se lembrar que este também pode ser anormal.

Palpação

- Comparar a temperatura do médiopé com o do outro lado.
- Palpar as articulações talus escafoide e calcâneo cubóide buscando sensibilidade, proeminências ósseas e sinovite.

Mobilidade

- Imobilizar o calcanhar e pedir ao esportista que mexa o pé para dentro e para fora e de cima pra baixo.
- Repetir o processo segurando o calcanhar e movendo o médiopé para estimar a faixa de movimento da mediotarsiana.

Estabilidade

- A articulação talus escafoide pode ser instável no pé plano mas esta instabilidade é em todas as direções e geralmente não é palpável.
- O teste de caída do talus proporciona uma estimativa da instabilidade talus escafoide, em ocasiões se verifica uma instabilidade calcâneo cubóide vertical, geralmente com dor lateral pós-traumático.
- Ao movimentar a articulação se reproduz os sintomas do esportista e é muito útil para saber se os sintomas tem sua origem na articulação subtalina.
- O alívio dos sintomas ocorre com uma infiltração por meio da injeção de um anestésico local na articulação e pode ter bons resultados.
- Se a dor do médiopé não parece proceder da

articulação mediotarsiana, deve-se examinar cuidadosamente os tornozelos e as articulações subtalina, tarso metatarsiano, os tendões tibial posterior e fibular lateral longo e a fásia plantar.

As articulações tarso metatarsianas

Deve-se familiarizar com a anatomia biomecânica das articulações tarso metatarsiano, seus relevos de superfície, a segunda articulação é alguns milímetros proximal às outras.

Seu ângulo normal do movimento é mínimo no segundo raio, limitado no terceiro, moderado no quarto e quinto e muito variável no primeiro.

Sempre comparar com o outro lado, lembrando que este também pode estar alterado.

Palpação

- Comparar a temperatura da região tarso metatarsiana com o lado oposto.
- Palpar as articulações tarso metatarsianas em busca de sensibilidade, proeminências ósseas e sinovite.
- Os osteófitos dorsais da primeira articulação tarso metatarsiana na geralmente são inócuos mas podem indicar instabilidade ou artrite.

Mobilidade

- O movimento ativo das articulações tarso metatarsianas quase sempre é zero.
- Imobilizar o médiopé e manipular cada metatarsiano para cima e para baixo para verificar a faixa de mobilidade passiva.
- Pode-se mobilizar o primeiro metatarsiano em um plano de varo-valgo.
- Ao manipulá-lo, assegurar-se de imobilizar a cunha medial com a outra mão, o primeiro raio é bastante móvel em alguns esportistas, mas geralmente a maior parte deste movimento se produz no talus escafoíde ou na escafoíde cuneana.
- Forçar as articulações tarso metatarsianas pode dar uma impressão de instabilidade, mas isto é raro.
- A radiografia lateral em carga é mais informativa, especialmente no caso da primeira articulação tarso metatarsiana.
- Ao mover a articulação, reproduziremos os sintomas do esportista, é útil para averiguar se os sintomas têm sua origem no tarso metatarsiano.
- A infiltração por meio da injeção de um anestésico local na articulação pode ter resultados úteis se aliviar os sintomas, devemos utilizar um intensificador de imagem para assegurar a localiza-

ção exata da injeção

- Se a dor do médiopé não parece proceder das articulações tarso metatarsiano, é necessário examinar cuidadosamente as articulações subtalina e médio-tarsianas, os tendões tibiais anterior e posterior, a fíbula lateral longa e a fásia plantar.

- O pé plano valgo pode ter algum relaxamento a nível tarso metatarsiano e uma dor surda no médiopé que não se reproduz pela manipulação das tarso metatarsianas nem se bloqueia com uma infiltração.

Graus normais de mobilidade

Joelhos

Flexão normal 130°.

Hiperextensão normal 10°.

Rotação interna normal 30°.

Rotação externa normal 60°.

Ver a existência ou não de geno.

Tornozelos

Flexão dorsal normal 30°.

Flexão plantar normal 50°.

Inversão normal 20°.

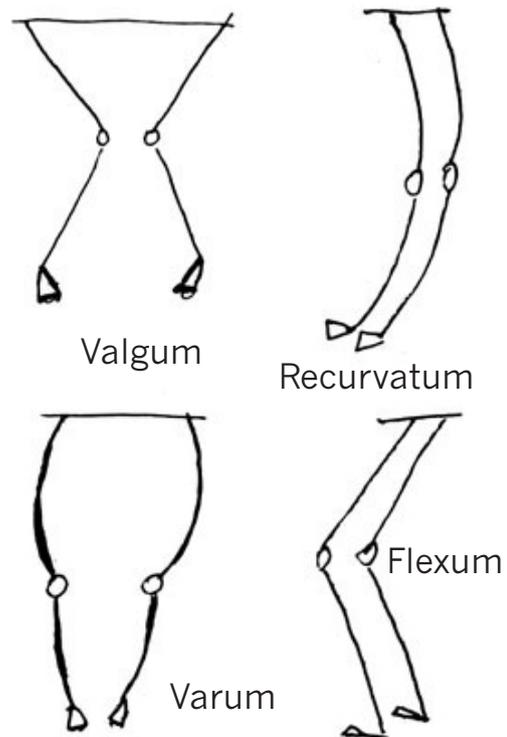
Eversão normal 15°.

Pés

Abdução normal 25°.

Flexão metatarso-falângica normal 45°.

Extensão metatarso-falângica normal 45°.



Genus de joelhos



COBLENTZ MEDICAL BLADES INDUSTRY



LAMES GOUGES STÉRILES
STERILE GOUGE BLADES
LAME PER SGORBIE STERILI
STERILE HOHLMEISSEL KLINGEN
HOJAS GUBIAS ESTERILES



ACIER INOXYDABLE
STAINLESS STEEL



Ser uno de nuestros
distribuidores en América :
contact@cz-mbi.com

CZ-MBI

49650 ALLONNES - FRANCE
www.cz-mbi.com
contact@cz-mbi.com

STERILE R

CE
0459

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, 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



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

Lesões Articulares

As articulações são estruturas que permitem os movimentos dos ossos entre si, devido aos seus extremos que possuem um revestimento cartilaginoso.

As estruturas se mantêm no seu lugar em decorrência de uma cápsula fibrosa reforçada por ligamentos e tendões. As superfícies internas são revestidas por uma membrana sinovial, também presente nas bainhas tendinosas, que segrega uma substância lubrificante e que permite o passo, em ambos sentidos, dando mobilidade aos ossos.

Geralmente, a lesão que começa em alguma das estruturas definidas, comprometerá o resto delas.

Lesões Degenerativas

O uso constante de estruturas móveis leva ao desgaste: as lesões degenerativas articulares são importantes por sua alta frequência como as artroses por muito esforço esportivo e desgaste ósseo.

Artropatía neurogênica (Artropatía de Charcot)

É uma forma caracterizada pela grande destruição das estruturas articulares com proliferação de partes macias.

É observada em casos de lesões dos cordões posteriores da medula espinal, tais como sirigomielia e a tabes dorsal, que afetam a sensibilidade proprioceptiva, o que determina um mau uso exagerado das estruturas. Apresenta-se geralmente nas extremidades inferiores (joelho, tornozelo).

Cistos sinoviais

Tem dois tipos de cistos sinovial para-articular: o tipo Baker corresponde a uma hérnia da membrana sinovial, a dizer, se comunica com a cavidade articular, contém líquido sinovial e tem revestimento próprio.

Freqüentemente se posiciona na cavidade poplíteia e se associa a outras artropatias.

O outro tipo é o gânglio: começa com uma involução mixoide das partes macias peri articulares que termina por constituir um cisto com conteúdo mucoso; por sua patogenia, se entende que precise de revestimento próprio (sinovial). Apresenta-se de preferência no carpo e dorso do pé.

Sinovite (artrite, ósteo-artrite)

Geralmente, a inflamação de uma parte das articulações significa o compromisso das demais. Vários casos qualificados como sinovite, são mais certamente quadros proliferativos ou degenerativos.

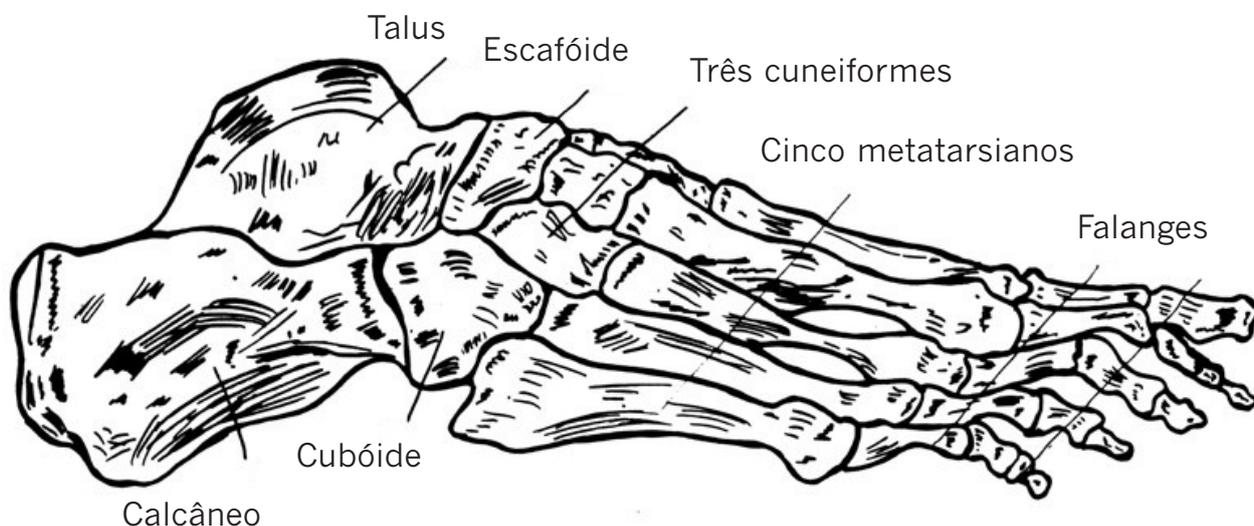
A infecção pode alcançar a articulação de forma direta (trauma, ferida penetrante), por estar perto (osteomielite), por via sangüínea (tifóide, gonorréia, tuberculose, tóxico).

A sinóvia é um bom meio de cultivo para muitos germes.

Artrite com depósitos de cristais - Gota

Quase todos os pacientes apresentam hiperuricemia; os depósitos são de urato de sódio, tem aspecto de xis e se posicionam inclusive nos tecidos periarticulares (tofus, do latim tophus: pedra porosa) provocando destruição de cartilagem, osso e partes macias.

Ao microscópio se observam granulomas com um centro de proteína sendo rodeados por ele-



mentos migratórios e células gigantes multinucleadas; a maioria destes contém partículas cristalinas birrefringentes (se o material se fixou em álcool). A membrana sinovial reage com uma inflamação aguda. Os depósitos, com o tempo, podem chegar a medir vários centímetros de diâmetro.

Entorse do tornozelo

Esportes em que aparece

Esta lesão aparece em quase todos os esportes menos nos aquáticos, já que não implica um apoio de pé, os esportistas que mais sofrem esta lesão são os futebolistas, jogadores de basquete e corredores.

As entorses do tornozelo são viradas em distensões violentas dos ligamentos do tornozelo. Podem produzir-se como conseqüência de um golpe direto sobre o tornozelo (em esportes que implicam contato) ou como conseqüência de uma queda, um mau apoio ou um movimento incorreto.

Em função de sua gravidade, se fala de três graus diferentes nos entorses de tornozelo:

Entorse de primeiro grau: é o de menor gravidade, os ligamentos do tornozelo estão pouco afetados. A área está ligeiramente edemaciada, dolorida e podem aparecer derrames.

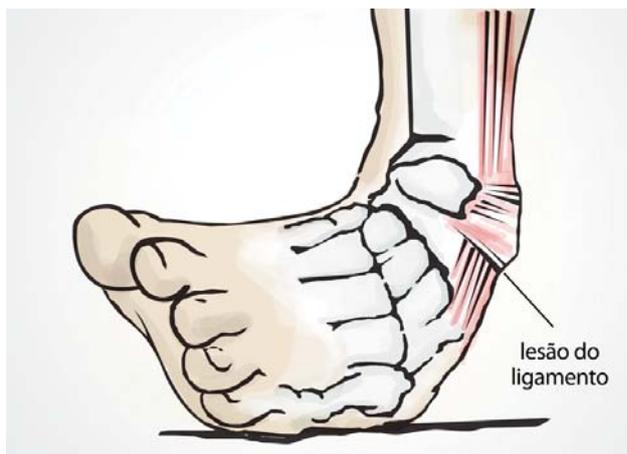
Entorse de segundo grau: a lesão dos ligamentos é maior, e habitualmente se produzem em pessoas que tenham sofrido lesões similares anteriormente. A dor e o edema são maiores e diminui os movimentos com o pé.

Entorse de terceiro grau: a dor é intensa, a mobilidade do pé é muito reduzida e a lesão é acompanhada de um derrame muito maior. Além disso, o esportista pode realizar movimentos anormais do pé devido ao relaxamento dos ligamentos.

Se a entorse é de média gravidade (segundo ou terceiro grau) é conveniente realizar uma radiografia para determinar se foi produzida alguma pequena fratura óssea.

Prevenção

Realizar sempre um aquecimento e um treinamento progressivo. Se existe predisposição a sofrer este tipo de lesão, é conveniente proteger a articulação com uma bandagem ou tornozeleira especial.



Tratamento

É muito importante conhecer a extensão da lesão e ver quais ligamentos estão afetados para proporcionar o tratamento adequado. Se os ligamentos do tornozelo não estão afetados gravemente é possível a volta ao esporte em pouco tempo com uma bandagem funcional.

No caso de entorses mais graves, o tratamento tradicional consiste na imobilização do pé com uma tala e o uso de muletas para caminhar. Atualmente isto não se considera o mais apropriado. Após um período de repouso de umas 24 horas se aconselha a começar a caminhar com uma bandagem funcional e começar com exercícios progressivos para recuperar o equilíbrio e a mobilidade. Se a intensidade da lesão é moderada ou grave deve-se esperar entre uma semana e dez dias antes de começar os treinamentos.

Uma entorse do tornozelo é uma lesão que produz um estiramento ou rompimento de um ou mais ligamentos das articulações do tornozelo. Os ligamentos são fitas muito resistentes do tecido que conectam os ossos em uma articulação.

As torções podem se classificar como leves, moderadas ou graves.

A maioria das entorses é produzida na parte externa do tornozelo, mas também podem ser na parte interna.

Uma entorse se produz ao virar o tornozelo. Em geral o pé gira para dentro e para baixo, mas às vezes gira para fora.

Os sintomas de uma entorse do tornozelo são:

- Dor moderada a dor grave repentinamente.
- Edema.
- Dificuldade para mover o tornozelo.
- Dor no tornozelo ainda que não esteja com sobrepeso.

Para diagnosticar uma entorse do tornozelo, o profissional pedirá que lhe explique como se produziu a lesão e quais são seus sintomas. Depois examinará o tornozelo cuidadosamente. É possível a haja necessidade de uma radiografia do tornozelo.

O tratamento deve consistir em:

- Colocar gelo sobre o tornozelo por 20 ou 30 minutos a cada 3 ou 4 horas durante 2 ou 3 dias ou até que a dor desapareça. Daí em diante, coloca-se gelo sob o tornozelo uma vez por dia até que os sintomas desapareçam.
- Elevar o tornozelo colocando uma almofada debaixo do pé.
- Manter o tornozelo acima do nível do coração.
- Colocar uma proteção elástica sobre o tornozelo para evitar que a inflamação se agrave.



- Colocar uma tornozeleira tipo cordão ou tipo Aircast ou Gelcast.
- Usar muletas até que possa voltar a caminhar sem dor.
- Tomar medicamento antiinflamatório (com receita médica).
- Fazer exercícios do tornozelo para fortalecê-lo e aumentar sua liberdade de movimento. Estes exercícios lhe permitirão retornar a atividade normal ou esporte.

Em raras ocasiões, as entorses do tornozelo, que produzem um rompimento total dos ligamentos, será necessário cirurgia. Depois da cirurgia, deverá usar um gesso por 4 a 8 semanas.

O período de recuperação depende de muitos fatores:

- Idade
- Saúde
- Gravidade da lesão e lesões anteriores sofridas por essa mesma articulação.

Para ajudar a prevenir uma entorse do tornozelo, deve-se recomendar o seguinte:

- Usar calçado adequado e que ajuste bem ao fazer exercício.
- Realizar exercícios de alongamento adequado antes e depois das atividades atléticas ou recreativas.
- Evitar girar rapidamente e mudar de direção repentinamente.
- Quando praticar esportes vigorosos, colocar uma proteção ou usar uma tornozeleira, sobretudo se houve uma lesão anterior. ■



ATENEO INTERNACIONAL DE BAROPODOMETRÍA

23 y 24 de Junio del 2018 - Lima, Perú



PONENTES y TEMAS



Pdgo. Francisco Escobar R. - España

- 1- Principales patomecánicas en el M.I.
- 2- Típicas lesiones en el futbolista.
- 3- Tratamiento funcional de Lesiones/Prevención.



Pdgo. Manuel Romero S. - España

- 1- Teoría del estrés de tejidos.
- 2- Ecografía en lesiones deportivas.
- 3- Análisis de la marcha.



Pdga. Judith Zacheo P. - Uruguay

- 1- Tratamientos de alteraciones de apoyo y marcha. Pediatría vs Geriatria.
- 2- Biocompatibilidad: Soporte, Pie, Calzado en Neurológicos y Postraumáticos.



Lic. Gustavo Güerzoni - Argentina

- 1- Importancia de la evaluación Baropodemétrica Sensorizada.
- 2- Experiencia en diferentes disciplinas deportivas.



Lic. Meybi Linares Quesada - Cuba

- 1- Abordaje fisioterapéutico en lesiones deportivas del M.I.



Pdgo. Cristian E. Barroso - Argentina

- 1- Lesiones frecuentes en el deporte, M.I.
- 2- Prevención en deportistas jóvenes y adolescentes. Diferentes disciplinas.



Lic. y Pdgo. Carlos Daniel Melchor Morfín - México

- 1- Baropodometría aplicada a Pac. Diabético.
- 2- Estudios Baropodométricos en Pac. adulto mayor.



Vista de La Costa Verde, Miraflores



**Cupo:
25
asistentes**

Todas las informaciones en el sitio:
www.revistapodologia.com/ateneoperu2018
Contactos: ateneoperu2018@gmail.com

revista
podologia
.com



ATENEO INTERNACIONAL DE BAROPODOMETRÍA



23 y 24 de Junio del 2018 - Lima, Perú

"La temática general de este Ateneo es "La Baropodometría", la inclusión de la aparatología en el estudio Biomecánico como complemento del estudio clínico. Compartir y discutir casos para obtener el mejor rendimiento de la tecnología para beneficio de nuestros pacientes".



Hotel Four Points By Sheraton Miraflores www.fourpointsmiraflores.com
Para reservas de habitación con descuento por asistencia al evento,
escribir a: reservas1@fourpointsmiraflores.com



La inscripción incluye:
4 Coffe Breacks. 1 Cena Clausura, el dia 24, con Buffet Internacional.

INSCRIPCIÓN: \$ 350.- (dólares americanos)
FORMA DE PAGO: enviar correo a: ateneoperu2018@gmail.com
y se le reenviará el voucher/orden de pago de PayPal,
recibirá confirmación de la Organización vía e-mail.



Cupo:
25
asistentes

Todas las informaciones en el sitio:
www.revistapodologia.com/ateneoperu2018
contactos: ateneoperu2018@gmail.com

revista
podologia
.com

Osteocondromas da articulação distal tibiofibular. Acerca de dois casos clínicos solitários em adultos.

A. Saldaña Díaz, J.L. Guevara Matamoros, S. Sánchez Herráez, L.r. Ramos Pascua. *Espanha.* Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Apresentam-se dois osteocondromas solitários da região tibio-peroneal distal em dois pacientes adultos. Recordam-se a patologia, sua transcendência no desenvolvimento esquelético do tornozelo e seu tratamento cirúrgico. Conclui-se que os raros osteocondromas solitários neste local não parecem ser um fator de risco significativo para o desenvolvimento da artrose tibiotalar, embora possam causar dor e motivar sua ressecção em bloco, relativamente simples através de uma abordagem anterolateral.

Palavras-chave: Osteocondroma. Tornozelo. Síndesmoses. Ressecção em bloco.

Introdução

Osteocondromas são os tumores ósseos benignos mais frequentes. Nas extremidades distal da tíbia e da fíbula, sem serem excepcionais, não são tão comuns quanto em outros assentos, especialmente em formas solitárias (1-4).

As publicações relacionadas ao tratamento cirúrgico em adultos, com a articulação distal tibiofibular frequentemente afetada, são pouco frequentes e um pouco controversas em relação à indicação e à via de abordagem. O objetivo deste trabalho é revisar esses aspectos a partir de dois casos clínicos de nossa experiência com um longo tempo pós-operatório de acompanhamento.

Osteochondromas of the distal tibiofibular joint. A report of 2 solitary cases in adults.

Two solitary osteochondromas of the distal tibiofibular area in two adult patients are reported. It is reminded the pathology, its significance in the skeletal ankle development and its surgical treatment. In conclusion, unusual solitary osteochondromas at that location don't seem to be a significant risk factor for a further development of tibiotalar osteoarthritis. However they can cause pain and may require the in-bloc resection, a relatively simple procedure through an anterolateral approach.

KEY WORDS: Osteochondroma. Ankle. Syndesmosis. In-bloc resection.

Caso clínico

Caso No. 1

Uma mulher de 57 anos sem história patológica de interesse que relatou dor e inchaço no tornozelo direito há anos, sem história traumática. A dor era de ritmo mecânico, em relação à atividade e ao calçado, e não houve claudicação ou limitação funcional. No exame físico, não foram observadas anomalias de inspeção. Ocorreu desconforto ou dor na palpação da face anterior da síndesmoses e a mobilidade forçada do tornozelo, o que não estava limitada. A exploração neurovascular distal foi normal.

Radiograficamente, observou-se uma imagem com protuberância na articulação tibiofibular distal, com um halo escleroso no declive tibial, sem sinais de agressividade radiológica (Figura 1a e b). Não houve tilt tibiotalar (angulação entre a superfície articular do tornozelo e uma linha perpendicular ao eixo longitudinal da tíbia) nem sinais de artrose; e a relação entre os maléolos foi classificada como tipo 3 da classificação de Noonan et al.(5), com o maléolo lateral distal ao medial.

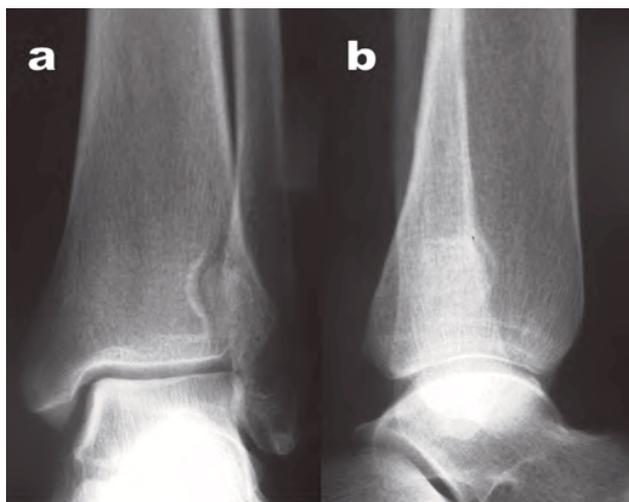


Figura 1. Caso 1. Radiografia anteroposterior (a) e lateral (b) do tornozelo.

Figure 1. Case 1. Anteroposterior (a) and lateral (b) radiographs of the ankle.

A tomografia computadorizada (CAT) mostrou uma formação de base sésil implantada na face articular peroneal da articulação tibiofibular distal, com algum sinal degenerativo intra-articular (Figura 2).

Com data 9-1-2007, através de uma abordagem longitudinal anterior-externo, a sindesmose foi identificada e exposta, que foi desinserida da crista tibial. Separando a tíbia e o perônio por meio de uma alavanca, o tumor foi exposto e foi removido por sua base de implantação usando um cinzel curvado (Figuras 3 e 4).

Uma vez que a estabilidade da fíbula foi confirmada, a sindesmose foi reinserida através de túneis transósseos para a tíbia e o procedimento foi dado por concluído. O patologista confirmou o diagnóstico de osteocondroma, confirmando a presença de uma coifa grossa de cartilagem hialina articulada com a superfície articular tibial da articulação tibiofibular distal.

O tornozelo permaneceu imobilizado e em descarga por um mês. Após esse tempo, começou

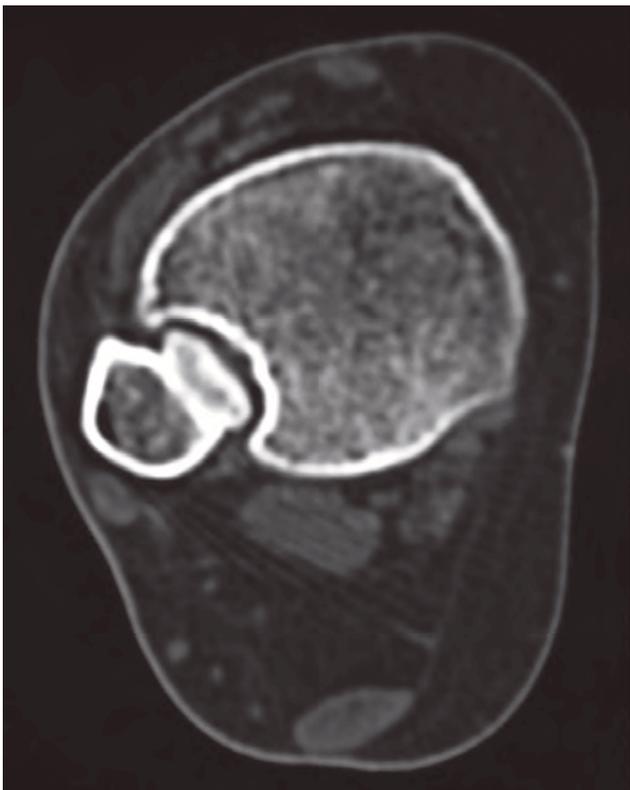


Figura 2. Caso 1. Corte axial de tAc no nível da articulação tibiofibular distal. Se observa o osteocondroma e a sua implantação na vertiente articular da fíbula.

Figure 2. Case 1. Axial CT scan at the distal tibiofibular joint showing the osteochondroma and its pedunculated implantation in the fibular articular aspect

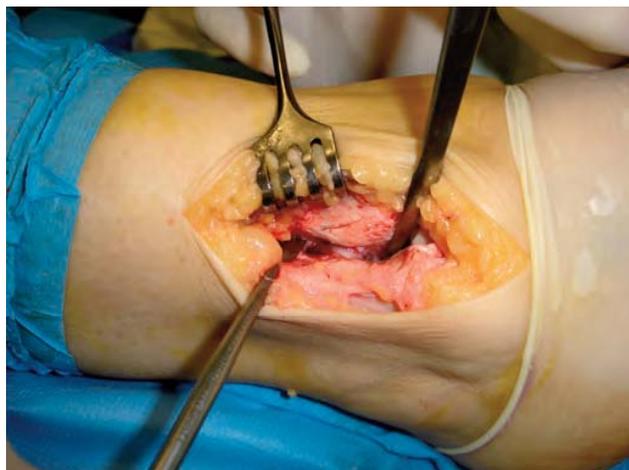


Figura 3. Caso 1. Detalhe da intervenção cirúrgica com exposição do osteocondroma e visualização de sua coifa cartilaginosa ao fundo.

Figure 3. Case 1. Detail of the surgical procedure with exposure of osteochondroma and view of its cartilaginous cap at the bottom.



Figura 4. Caso 1. Detalhe do leito cirúrgico após a ressecção em bloqueio do osteocondroma.

Figure 4. Case 1. Detail of the surgical site after in bloc resection of the osteochondroma.

um período de reabilitação que durou 2 meses.

Caso No. 2

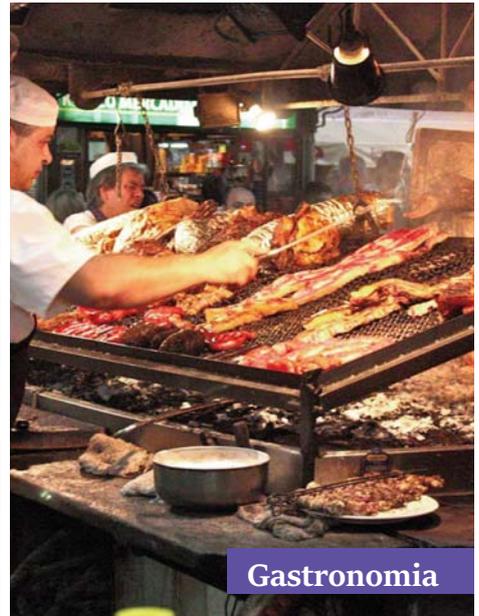
Uma mulher de 73 anos de idade, diabética e hipertensa, que relatou dor mecânica e uma massa na face externa do tornozelo esquerdo por meses, sem história traumática, com leve claudicação ao caminhar.

À exploração física revelou um tumor duro na face lateral do tornozelo, aderindo aos planos profundos imediatamente acima da sindesmose, o que incomodava a palpação. À exploração neurovascular distal foi normal.

Uruguay es >>>>



Montevideo



Gastronomía



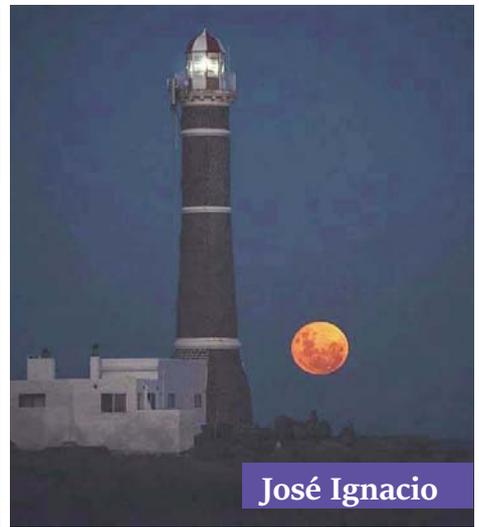
Fútbol



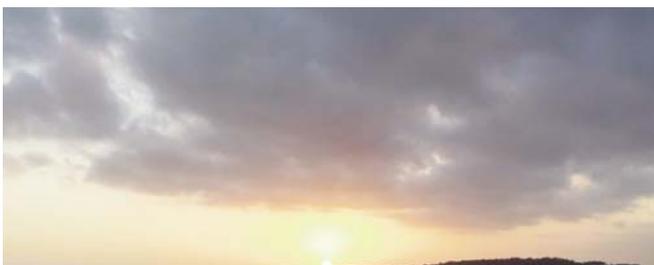
Tango



Río de la Plata



José Ignacio



Punta del Este



Colonia

y también es: **PODOLOGIA** >>>>

14° PodoSur 2018
20-22 Oct
Uruguay



Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay

info@podologos.com.uy - www.podologos.com.uy

14° PodoSur 2018 20-22 Oct Uruguay



Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay

CONFERENCISTAS INTERNACIONALES

Daniel Barbeito - España



Gustavo Güerzoni - Argentina



Clara Izcurdia - Paraguay



Carlos Melchor - México



Miriam Mesa - Cuba



Sede del congreso: **PALLADIUM BUSINESS HOTEL**



A dos cuadras de la Rambla Armenia, en la Bahía del Buceo y a dos cuadras del Montevideo Shopping Center.

www.palladiumhotel.com.uy

La inscripción al congreso incluye:

CERTIFICADO y CENA SHOW
el día Domingo 21
en las **Bodegas Fallabrino**.



www.bodegasfallabrino.com.uy

La **Cena Show** incluye: **visita** a la bodega, **degustación** de parrilla con variedad de carnes, acompañado con **pancitos** saborizados, **open bar** de refrescos y **Vinos Finos Fallabrino**, show de **tango** y **discoteca** con pantalla gigante.



Empresas expositoras confirmadas



El 31 de Marzo cierra la segunda promoción con precios especiales.

Todas la informaciones en: www.podologos.com.uy

Radiologicamente, observou-se uma lesão na superfície da tíbia implantada na face externa do segmento distal metafisiódafisário-distal que parecia abaular a fíbula vizinha, sem sinais de agressividade radiológica (Figura 5a e b). Não foram observados tilt talar nem sinais artríticos no tornozelo, com uma relação entre o maléolo de tipo 3 de Noonan et al. (5). A TC mostrou a continuidade do tecido ósseo cortical e esponjoso do osteocondroma com o da tíbia, com uma



Figura 5. Caso 2. Radiografia anteroposterior (a) e lateral (b) do tornozelo.
Figure 5. Case 2. Anteroposterior (a) and lateral (b) radiographs of the ankle.

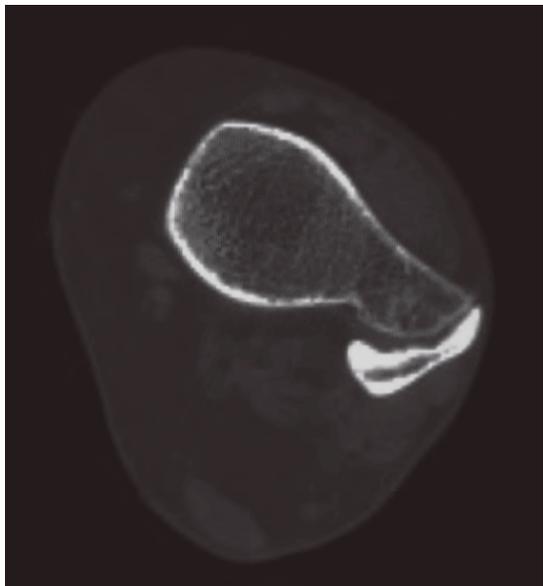


Figura 6. Caso 2. Corte axial de tAc no nível da articulação tibiofibular distal. É observado o osteocondroma e sua implantação séssil imediatamente proximal á articulação tibiofibular distal na tíbia, diminuindo a fíbula.
Figure 6. Case 2. Axial CT scan at the distal tibiofibular joint showing the osteochondroma and its sessile implantation proximally right away at the tibiofibular joint distal in the tibia, thinning the fibula.

base séssica naquela, e desbaste severo da fíbula, que deformou e achatou (Figura 6).

Com data 2-10-2008, com isquemia do membro e através de uma abordagem longitudinal anterior-externo, a musculatura foi separada do compartimento antero-externo da perna em uma direção lateral e foi exposta a base de implantação de osteocondroma na tíbia, imediatamente proximal ao sín-desmose tibio-peroneal, ressecando em bloco com um cinzel sem qualquer outro gesto adicionado (Figuras 7 e 8).

Uma bandagem de compressão foi colocada, permitindo a mobilidade imediata do tornozelo e caminhando com a ajuda de bastões. O patologista confirmou o diagnóstico de osteocondroma.



Figura 7. Detalhe da intervenção cirúrgica do caso 2. Se observa o momento da ressecção de osteocondroma por sua base de implantação com um cinzel.
Figure 7. Intraoperative view of the case 2 showing the time of osteochondroma's resection through its implantation base with a chisel.



Figura 8. Caso 2. Controle radiográfico pós-operatório: radiografias anteroposterior (a) e lateral (b).
Figure 8. Case 2. Postoperative radiographs: anteroposterior (a) and lateral views (b).

Resultados

Após um tempo de seguimento de pouco mais de 5 anos e meio, as duas pacientes relataram estar bem, a primeira com desconforto residual ocasional, vivendo uma vida completamente normal; Ambas estão muito satisfeitas com o resultado do tratamento (Figura 9). Em nenhum dos casos houve recorrência do tumor ou alterações radiográficas degenerativas no tornozelo (Figura 10a e b).

Discussão

Osteocondromas são os tumores ósseos benignos mais frequentes, representando 35-45% de todos os tumores benignos e 7-12% dos tumores primitivos esqueléticos. Eles geralmente são descobertos na segunda década de vida, raramente mais nos homens do que nas mulheres, e geralmente se instalam nas metáfises do entorno do joelho e na proximal do úmero, onde o crescimento é mais ativo.

Com uma base de implantação pediculada ou sésil em continuidade com o osso a partir do qual eles se originam, com uma aparência radiográfica típica e geralmente suficiente para o diagnóstico, eles crescem de forma previsível durante o crescimento do paciente e podem ser assintomáticos ou não. Nestes casos, eles geralmente apresentam dor e/ou deformidade, às vezes com compressão dos nervos periféricos (6) e redução da mobilidade articular (7). Menos de 1% dos casos são malignos a partir da coifa condal que os cobre, suspeitando de malignidade quando inesperadamente se tornam dolorosos, crescem ou mudam a aparência que aparecem nas imagens.

Os osteocondromas do pé e do tornozelo representam 1-12% de todos os osteocondromas, o que significa o 4-5% dos tumores ósseos benignos dessa localização (4). No tornozelo, especialmente em osteocondromatose hereditária múltipla, onde o envolvimento articular ocorre na metade dos pacientes (5,8-10), os danos no crescimento físico são comuns, com frequentes encurtamentos e deformidades angulares, sobretudo na epífise distal da tíbia, o que leva à valguização do tornozelo (5). A fíbula, por outro lado, pode ser encurtada, corroída, inervada e até mesmo quebrada (2,11,12); e até foram descritas sinostose e diastásia sindicional (5,10,13).

Portanto, embora a estabilidade da mortaja tibioperoneoastragalina não tenha sido comprometida (14), podem ocorrer alterações degenerativas das articulações de longo prazo (4,5,11).



Figura 9. Caso 1. Mobilidade do tornozelo aos 6 meses após a cirurgia: dorsiflexão (a) e flexão plantar (b).

Figure 9. Case 1. Ankle motion 6 months after surgery: dorsiflexion (a) and plantar flexion (b).



Figura 10. Caso 1. Controle radiográfico pós-operatório 3 anos após a cirurgia. Se observa a ausência de recorrência e a boa relação entre as extremidades articulares do tornozelo. Radiografias anteroposterior (a) e lateral (b).

Figure 10. Case 1. Postoperative radiographs 3 years after surgery showing no recurrence and good alignment between the ankle articular surfaces. Anteroposterior (a) and lateral (b) radiographs.

Em nossas duas pacientes, ambas adultas e com formas solitárias da doença, não houve sinal osteoartítico ou mais deformidade do que a que o osteocondroma causada por pressão no osso vizinho, o que sugere, como em outros casos (7), que em estas condições a facilitação de uma artrose do tornozelo não seria de consideração. De qualquer forma, por um motivo ou outro, os sintomas que podem causar os osteocondromas incluem, além do defeito estético, rigidez e por pressão e irritação local, por alinhamento mecânico anômalo ou traumatismos repetitivos (4).

O tratamento cirúrgico de um osteocondroma da região da sín-desmose distal tibiofibular depende de se é sintomático ou não. Quando é,

embora os sintomas geralmente sejam tolerados relativamente bem (5), e/ou deforma a anatomia normal tibioperoneal, recomenda-se a ressecção precoce para evitar intervenções posteriores mais complexas (10,11,14). Obviamente, o tratamento também é recomendado quando se suspeita de malignidade. Quando o osteocondroma é assintomático, particularmente em adultos, a observação seria de escolha (15).

O procedimento cirúrgico básico no tratamento de um osteocondroma sintomático do tornozelo é a ressecção marginal em bloco, que pode ser isolada ou associada com um alongamento do perônio (15), a uma osteotomia varizante tibial ou a uma epifisiodesse parcial do lado medial da fise distal da tibia (5,8,16). Outras opções são a artrodese tibiofibular (12) ou uma fibulectomia distal, que seguem a reconstrução do complexo ligamentoso lateral, geralmente com o tendão fibular lateral curto de acordo as técnicas Evans, Watson-Jones ou Chrisman Snook (17).

Também seria possível a reconstrução com auto-enxerto de osso e tendão da patela, ou com. A escolha da técnica depende da idade do paciente e do tipo de deformidade.

Nas formas múltiplas hereditárias, embora possam danificar se as fisis e não esteja claro que a história natural da função do tornozelo seja modificada, parece aconselhável fazer qualquer intervenção antes do fechamento fisiário, o que facilitaria a remodelação de uma fíbula deformada e a continuação do crescimento ósseo normal (2,10,14).

Nas formas solitárias, especialmente na ausência de deformidades tibiotalares, como em nossas duas pacientes, poderia ser suficiente uma ressecção da tumoração por sua base de implantação.

Na ressecção de um osteocondroma do assento em questão, tendo em mente que a ressecção da coifa cartilaginosa deve ser completa e em bloco, um planejamento prévio da viabilidade desse gesto é básico e condiciona a abordagem a ser utilizada, que pode ser anterior, posterior, lateral com osteotomia da fíbula ou mesmo duplo(7,11). A TAC é essencial para esse fim.

Quanto à via de abordagem, a posterior tem a dificuldade da presença da fíbula, que se interpõe no acesso à face posterior da tibia. A abordagem lateral transperoneal facilita a exposição dos osteocondromas localizados na face posterior da tibia e pode ser usada para corrigir uma deformidade fibular muito pronunciada (2), mas poderia comprometer a estabilidade pós-operatória do tornozelo e obrigar ao reparo da osteotomia fibu-

lar e uma imobilização pós-operatória (5,18). Também pode expor a sinostose tibiofibular (18).

Finalmente, a abordagem anterior ou anterolateral está associada a menos morbidade pós-operatória por respeitar a estabilidade do tornozelo, embora não permita um bom acesso à base do osteocondroma, especialmente quando este é sésil e se estende para a face posterior, e coloca em risco o pacote neurovascular anterolateral da perna.

Em nossa opinião, de acordo com outros autores (10,11,14), é o primeiro a ser considerado por ser tecnicamente muito mais simples.

Em conclusão, os infrequentes osteocondromas solitários na região da articulação tibiofibular distal não parecem ser um fator de risco significativo para o desenvolvimento da artrose tibiotalar, embora possam causar dor e motivar sua ressecção em bloco, relativamente fácil através de uma abordagem anterolateral.

Materia publicada na
Revista del Pie y Tobillo
Tomo XXVIII, N.º 1, junio 2014.

Correspondencia:
Dr. Luis Rafael Ramos Pascua
Servicio de Cirugía Ortopédica y
Traumatología.
Complejo Asistencial Universitario de León c/
Altos de Nava s/n. 24071 León
Correo electrónico:
luisramospascua@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Erler K, Oguz E, Komurcu M, Atesalp S, Basbozkurt M. Ankle swelling in a 6-year-old boy with unusual presentation: report of a rare case. *J Foot Ankle Surg* 2003; 42: 235-9.
2. Ismail BE, Kissel CG, Husain ZS, Entwistle T. Osteochondroma of the distal tibia in an adolescent: a case report. *J Foot Ankle Surg* 2008; 47: 554-8.
3. Chou LB, Ho YY, Malawer MM. Tumors of the foot and ankle: experience with 153 cases. *Foot Ankle Int* 2009; 30: 836-41.
4. Chin KR, Kharrazi FD, Miller BS, Mankin HJ, Gebhardt MC. Osteochondromas of the distal aspect of the tibia or fibula. *J Bone Joint Surg* 2000; 82A: 1269-78.
5. Noonan KJ, Feinberg JR, Levenda A, Snead J, Wurtz LD. Natural history of multiple hereditary osteochondromatosis of the lower extremity and ankle. *J Pediatr Orthop* 2002; 22: 120-4.
6. Matsumoto K, Sumi H, Shimizu K. Tibial

osteochondroma causing foot pain mimicking tarsal tunnel syndrome: a case report. *J Foot Ankle Surg* 2005; 44: 159-62.

7. Galasso O, Mariconda M, Milano C. An enlarging distal tibia osteochondroma in the adult patient. *J Am Podiatr Med Assoc* 2009; 99: 157-61.

8. Shawen SB, McHale KA, Temple HT. Correction of ankle valgus deformity secondary to multiple hereditary osteochondral exostoses with Ilizarov. *Foot & Ankle Int* 2000; 21: 1019-22.

9. Glockenberg A, Sobel E, Levitz SJ. Multiple hereditary osteochondromatosis. Two cases with ankle and knee deformities. *J Am Pod Med Assoc* 1997; 87: 70-3.

10. Spatz DK, Guille JT, Kumar SJ. Distal tibiofibular diastasis secondary to osteochondroma in a child. *Clin Orthop* 1997; 345: 195-7.

11. Wani IH, Sharma S, Malik FH, Singh M, Shiekh I, Salari AQ. Distal tibial interosseous osteochondroma with impending fracture of fibula - a case report and review of literature. *Cases J* 2009; 2:115.

12. Ciampolini J, Gargan MF, Newman JH.

Arthrodesis of the distal tibiofibular joint for a large osteochondroma in an adult. *Foot & Ankle Int* 1999; 20: 657-8.

13. Snearly WN, Peterson HA. Management of ankle deformities in multiple hereditary osteochondroma. *J Pediatr Orthop* 1989; 9: 427-32.

14. Danielsson LG, El-Haddad I, Quadros O. Distal tibial osteochondroma deforming the fibula. *Acta Orthop Scand* 1990; 61: 469-70.

15. Johnston AJ, Andrews CT. Fibular lengthening by Ilizarov method secondary to shortening by osteochondroma of distal tibia. *Strategies Trauma Limb Reconstr* 2008; 3: 45-8.

16. Takikawa K, Haga N, Tanaka H, Okada K. Characteristic factors of ankle valgus with multiple cartilaginous exostoses. *J Pediatr Orthop* 2008; 28: 761-5.

17. Su EP, Healey JH. Salvage reconstruction for lateral ankle instability using a tendon allograft. *Clin Orthop Relat Res* 2003; 415: 232-8.

18. Gupte CM, Dasgupta R, Beverly MC. The transfibular approach for distal tibial osteochondroma: an alternative technique for excision. *J Foot Ankle Surg* 2003; 42: 95-8.



ATENEO INTERNACIONAL DE BAROPODOMETRÍA

23 y 24 de Junio del 2018 - Lima, Perú



14° PodoSur 2018

20-22 Oct

Uruguay



Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay

info@podologos.com.uy - www.podologos.com.uy