

revistapodologia .com

N° 81 - Agosto 2018

Revista Digital de Podologia
Gratuita - Em português

Montevideu
Uruguai

14° PodoSur 2018
20-22 Oct
Uruguay



Asociación de Técnicos en
Podología del Uruguay

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

SILICONAS PODOLÓGICAS

innovación y Garantía



DENSIDAD MUY BLANDA



DENSIDAD BLANDA Y ELASTICA



DENSIDAD MEDIA / DURA

Laboratorios Herbitas dispone de una gama muy amplia de siliconas para uso podológico. Las más conocidas y usadas son las que utilizan catalizador para su fraguado, **BLANDA BLANDA**, **PODIABLAND** y **SERIE MASTER**, según la dureza que se quiera conseguir.

Fáciles de trabajar, no se pegan a la mano y pueden mezclarse entre ellas. Incluyen componentes exclusivos, como el Biomaster como agente biocida y fungicida y el Hydroxiprolisilane, que actúa como agente reparador de la epidermis.

También disponemos de otros modelos de dos componentes-A+B- que funcionan sin catalizador. La nueva **ORTHOTICA**, un modelo de silicona A+B de más dureza, indicada para ortesis más correctoras y en niños. Por su calidad son exportadas tanto a Europa como a América.



revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 81
Agosto 2018

Diretor

Alberto Grillo

revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

- 5 - Luxação periastragalina medial fechada sem fraturas associadas. Caso clínico.
Gardino Emiliano, Baudino Ricardo, Cánepa Martín e Ríos Julián. Argentina.*
- 11 - Caso clínico. HNO₃ (Ácido Nítrico) em verrugas plantares e em mosaico em Podologia.
Podólogo Jorge Arturo González Leija. México.
- 18 - Úlcera neuropática complicada por pseudomonas multirresistentes.
Melcior Lladó Vidal, Francisca M. Payeras Mas, Nuria Sucunza Alfonso, Julia Quevedo Juanals, Catalina Ramis Valls e Francisca Lorente Hernández. Espanha.

Revistapodologia.com

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: +598 99 232929 (WhatsApp) - Montevidéu - Uruguai.

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 illustre 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

Luxação periastragalina medial fechada sem fraturas associadas. Caso clínico.

Gardino Emiliano*, Baudino Ricardo, Cánepa Martín e Ríos Julián.
Servicio de Ortopedia e Traumatología, Hospital Dr. Mario V. Larraín, Berisso, Provincia de Buenos Aires.
Argentina.

Recebido em 26 de fevereiro de 2016; aceito em 9 de outubro de 2016
Disponível na Internet em 17 de novembro de 2016.

* Autor para correspondência.

Correo electrónico: emiliano.gardino@hotmail.com (G. Emiliano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rptob.2016.10.0061697-2198/> © 2016 SEMCPT.
Publicado por Elsevier Espanha, S.L.U. Este é um artigo Open Access baixo a licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Resumo

Introdução: As luxações periastragalinas geralmente ocorrem em jovens do sexo masculino ativos, como resultado de traumas de alta energia. Elas são classificadas em 3 tipos, de acordo com a direção do pé em relação ao astrágalo. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de luxação periastragalina medial fechada, sem fraturas associadas.

Caso clínico: Paciente de 18 anos de idade assistido pela equipe médica de plantão, apresenta dor, inchaço, deformidade e impotência funcional do tornozelo direito e pé, mostra pé supinado e em adução após acidente esportivo (basquete).

Resultados: A redução foi obtida sob manipulação fechada e se objetivou correta estabilidade por meio do intensificador de imagem. Ele foi imobilizado com uma bota de gesso acolchoada.

O paciente, no terceiro mês de acompanhamento, retorna ao treinamento e retorna à atividade competitiva no quarto mês. Ao ano de acompanhamento, ele apresenta uma pontuação de 98 na escala AOFAS.

Conclusão: Na resolução deste caso, foi priorizada a redução rápida da luxação e a avaliação da estabilidade com o intensificador de imagem. Após o período de imobilização, enfatizou-se a reabilitação fisiocinética, permitindo que o paciente retornasse à competição no quarto mês da lesão.

Palavras chave: Luxação; Astrágalo; Fechada

Dislocation peritalar medial closed without fracture associated. Clinical case

Abstract

Introduction: Peritalar dislocations usually occur in young active males as a result of high energy trauma. They are classified into three types according to the direction of the foot relative to the talus. The aim of this paper is to present a case of a medial dislocation peritalar closed without associated fractures.

Case report: Eighteen year old medical team assisted by guard having pain, swelling, deformity and loss of function of ankle and foot rights, presenting supinated foot and adducted after sports accident (basketball).

Results: Closed reduction under proper handling and stability was obtained was observed by image intensifier. He was immobilized with plaster padded boot. The patient returns to the third month follow-up training and competitive activity returns to the fourth month. Year follow-up presents a score of 98 of the AOFAS scale.

Conclusion: The resolution of this case the rapid reduction of dislocation and stability assessment with the image intensifier prioritized. After the period of immobilization he stressed the physiokinetic rehabilitation, allowing the patient to return to competition fourth month of the injury.

© 2016 SEMCPT. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS Dislocation; Talus; Closed

Introdução

A luxação periastragalina, geralmente ocorre em jovens do sexo masculino ativos, como resultado de traumas de alta energia (70% dos casos), e acompanhada de fraturas dos maléolos, o astrágalo ou o 5º metatarso.

Eles são classificados em 3 padrões diferentes (medial, lateral e posterior), de acordo com a direção do pé em relação ao astrágalo. A luxação medial é a forma mais comum (85% dos casos) 1.

O prognóstico desse tipo de lesão é dominado pelo risco de osteonecrose e pelas lesões associadas que ocorrem (fratura maleolar, do escafoide tarsal e do calcâneo) 1 --- 3. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de uma luxação periastragalina medial fechada, sem fraturas associadas, em um jogador de basquete 1.

Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, de 18 anos, que, assistido pela equipe médica de plantão, apresentava dor, edema, deformidade e impotência funcional à custa do tornozelo e pé direito (Figura 1). Ele sofreu um acidente esportivo, apresentando o pé supinado e aduzido durante a prática de basquete (Figura 2).

Radiografias (Rx) e tomografia computadorizada (TC) são realizadas (Figuras 3 e 4), onde "luxação periastragalina medial fechada" é diagnosticada. A redução fechada é realizada baixo anestesia (bloqueio espinal) e imobilização.



Figura 1 - Pé e tornozelo direito no momento da consulta.



Figura 2 - Imagem ilustrando o mecanismo da lesão.



Figura 3 - Raios-X da lesão.



Figura 4 - TC da lesão (cortes axiais e reconstrução 3D).

Resultados

Obteve-se a redução de forma ortopédica (fechada) e se comprova estabilidade mediante intensificador de imagem. Foi imobilizado com bota de gesso acolchoada e, posteriormente, Rx e CT pós-redução (Figuras 5 e 6).

Controles semanais foram realizados (fig. 7) até o primeiro mês; depois, mensalmente até a metade do ano, com o último controle aos 12 meses (Figura 8).

Obteve-se um resultado muito satisfatório, já que o paciente no terceiro mês de acompanhamento retorna ao treinamento e retorna à atividade competitiva no quarto mês.

Em um ano de acompanhamento, ele apresenta uma pontuação de 98 na escala AOFAS 4 (Figura 9).

Discussão

A inversão forçada após queda com pé supina-



Figura 5 - Redução imediata de Rx.

do é o mecanismo de lesão mais comum (pé de basquete) 1. A entidade de uma luxação peritragalina pura isolada é extremamente rara 1-3.

Dada a estabilidade intrínseca do tornozelo, uma luxação fechada isolada, sem fraturas associadas, provavelmente é o resultado de um defeito anatômico dos ossos ou tecidos moles na área que predispõe a articulação à luxação.

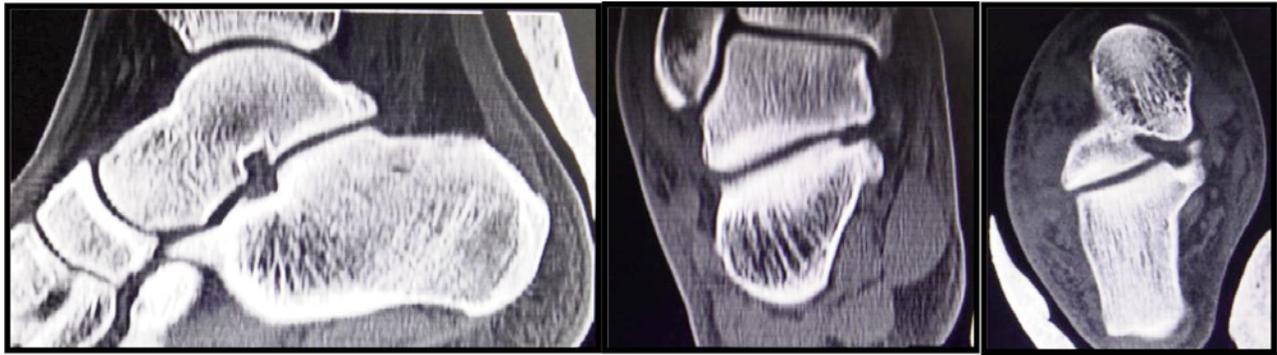


Figura 6 - Tomografia computadorizada da redução imediata t(cortes sagital, coronal e axial).



Figura 7 - Controle de Rx aos 7 dias.



Figura 8 - Radiografias de controle no seguimento de um ano.



Figura 9 - Controle clínico aoano de acompanhamento.

Com tais insuficiências, uma força menor aplicada pode causar esse tipo de luxação.

Complicações têm sido relatadas, como redução da amplitude de movimento, rigidez articular, instabilidade residual, osteonecrose do astrágalo e os princípios da osteoartrite 1-3.

Recomenda-se a redução imediata baixo anestesia para evitar complicações dos tecidos moles e reduzir as chances de necrose avascular. Em aproximadamente 10% das luxações peirastragalinias se requiere uma redução aberta 1.

Conclusões

Na resolução deste caso, a redução rápida da luxação e a avaliação da estabilidade com o intensificador de imagem foram priorizadas.

A imobilização foi mantida por 6 semanas (4 com bota curta de gesso e 2 com bota Walker), e na quarta semana foi indicada mobilidade passiva e suporte progressivo do peso corporal.

Após o período de imobilização, a fisiocinética foi enfatizada e o paciente no quarto mês de seguimento retornou à competição.

Bibliografia

1. Gantsos A, et al., Giotis D, Giannoulis DK, Vasiliadis HS, Georgakopoulos N, Mitsionis GI. Conservative treatment of closed subtalar dislocation: A case report and 2 years follow-up. *The Foot*. 2013;23:107---10.
2. Heylen S, de Baets T, Verstraete P. Closed total talus dislocation: A case report. *Acta Orthop Belg*. 2011;77:838---42.
3. Nanjayan SK, Broomfield J, Johnson B, Patel A, Srivastava S, Sinha A. Total dislocation of the talus: A case report. *Foot Ankle Spec*.2014;7:71---3.
4. Kitaoka HB, Alexander IJ, Adelaar RS, Nunley JA, Myerson MS, Sanders M. Clinical rating systems for the ankle-hindfoot, midfoot, hallux, and lesser toes. *Foot Ankle Int*. 1994;15:349---53.



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



0459

Caso clínico. HNO₃ (Ácido Nítrico) em verrugas plantares e em mosaico em Podologia.

Podólogo Jorge Arturo González Leija. Nuevo León, México.

Resumo

As verrugas nos pés é uma alteração comum dentro da prática podológica. Como é uma patologia viral, geralmente se expande e evolui naqueles pacientes que não são tratados ou que são imunodeprimidos.

Apresentamos o caso de uma paciente de 14 anos de idade com um número aproximado de oito verrugas no pé direito, se recomendou tratamento com ácido nítrico como alternativa farmacológica econômica, simples de aplicar e eficiente, na qual o resultado esperado foi obtido conseguindo uma evolução favorável e uma remissão completa do seu problema em menos de 25 dias

Palavras chave: Verrugas, Acido, Nítrico, Plantar, Mosaico.

Abstract

Warts on the feet is a common alteration within the podiatric practice. As it is a viral pathology, it usually expands and evolves in those patients who are not treated or who are immunosuppressed.

We present this case of a 14-year-old female patient with an approximate number of eight warts on her right foot, she was recommended nitric acid treatment as an economical pharmacological alternative, simple to apply and efficient in which the expected result was obtained getting a benign evolution and a complete remission of your problem in less than 25 days.

Key Words: Warts, Acid, Nitric, Plant, Mosaic.

Introdução

As verrugas dentro da área de podologia são uma patologia frequente em nossa consulta diária por ser uma doença viral é possível encontrar casos em que nossos pacientes têm duas ou mais verrugas em seus pés.

As verrugas são neofomações epiteliais benignas, são frequentes e transmissíveis, a infecção é

causada pelo vírus do papiloma humano (HPV), principalmente do tipo 1, 2 e 4.

Existem diferentes tratamentos para o manejo das verrugas, uma alternativa com 75% a 100% de efetividade (Tabela 1) e baixo custo é o Ácido Nítrico (CA) aplicado em várias sessões ou em uma única sessão, dependendo do caso.

Tratamiento	Eficacia
Acido Nítrico	75%-100%
Cantaridina	75%-90% ^C
Crioterapia	65% - 80%
Cirurgía	90%
Laser	86.6%

Tabela 1.- Eficácia dos tratamentos de verrugas 3

Dentro do tratamento para as verrugas podemos encontrar tratamento de 1ª escolha, 2ª escolha e 3ª escolha, achando o ácido nítrico dentro da 1ª escolha.

O caso que expomos é o de um paciente que foi tratado com ácido nítrico (HNO₃) nas verrugas com maior crescimento e com ácido salicílico em combinação com ácido láctico, aquelas que estavam inicialmente proliferando.

Identificação do Paciente

Paciente do sexo feminino de 14 anos, sem dados patológicos adicionais, pele delgada com sinais de hiperidrose palmar ao cumprimentá-la, podemos citar que o nível socioeconômico deste paciente é baixo.

Motivo da Consulta

A paciente relata que desde faz seis meses observou um endurecimento localizado no terceiro metatarsal do pé direito, que foi estendido para outras áreas do mesmo pé, causando uma claudicação dolorosa que aumentou com o passar do tempo.

Foi enviado por um colega para avaliação e tratamento.

Diversas verrugas plantares e outras em mosaico ou em aglomerados foram identificadas. (**Imagem 1, 2, 3**) Optou-se por tratá-la com ácido nítrico a cada três dias, a partir da terceira sessão, sua aplicação foi realizada em intervalos de seis dias até a remissão das verrugas no pé. (se estendeu o descanso da aplicação para evitar efeitos colaterais do ácido nítrico, como queimação, e não afetando suas atividades diárias), a aplicação deste tratamento mostrou-se vantajosa para outras alternativas mais caras.



Modo de Aplicação do Acido Nítrico

Material.

Ácido Nítrico ao 65 %

Isopo

A verruga é desbridada sem sangramento, pois pode causar um forte ardor pelo ácido, é absorvida com a haste flexível (cotonete) o NA e é aplicada diretamente em um tempo de 5-10 segundos por aplicação, repetindo cerca de quatro vezes por verruga ou até obter uma cor mostarda na área.

É importante ter cuidado ao usar ácido nítrico, pois pode drenar um pouco para a pele saudável do paciente, causando irritação em áreas que não queremos tratar (uma opção seria aplicar uma camada de vaselina ao redor da verruga para proteger essa área), além da possível inalação de ácido nítrico pelo podólogo.

Primeiro dia

O primeiro dia da avaliação foi aplicado em sete verrugas plantares ao ácido nítrico e indicou se a aplicação em sua casa a combinação de ácido salicílico e ácido láctico naquelas verrugas menores que 2 mm, a aplicação de NA foi muito pobre devido ao desbridamento da VP.

Nota: Recomenda-se usar um antitranspirante pela sua hiperidrose de forma tópica diária para reduzir a transpiração, porque a temperatura da cidade chega a 40 ° C e isso pode reduzir a eficácia dos tratamentos aplicados além de ser capaz de infectar outras áreas do pé.

Dia 3

Na revisão observamos um descolamento da epiderme superficial (**Figura 4, 5, 6**) devido aos tratamentos utilizados e uma diminuição no desconforto, (acho que é em grande parte devido ao desbridamento das verrugas) e optamos por aumentar a exposição 15 -25 seg. com ácido nítrico.

Dia 9

Após a aplicação mais prolongada com ácido nítrico, fazemos uma avaliação com um dermatoscópio (**Figura 7, 8**) e observamos uma impregnação favorável do ácido nítrico nos vasos da verruga.

Muito mais impregnado o AN (**Figura 9 e 10**) a paciente só comenta ter sentido uma ligeira sensação de calor no dia da sua aplicação e o resto dos outros dias não teve nenhum desconforto.



Fig 4

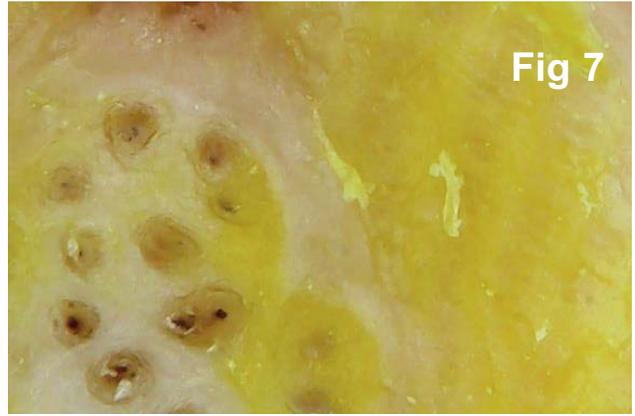


Fig 7

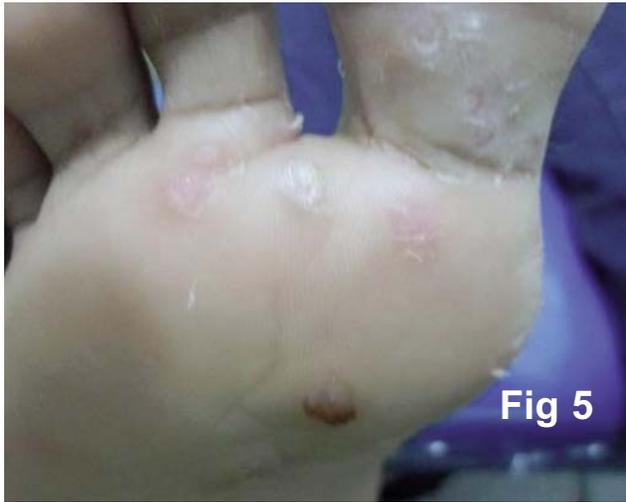


Fig 5



Fig 8

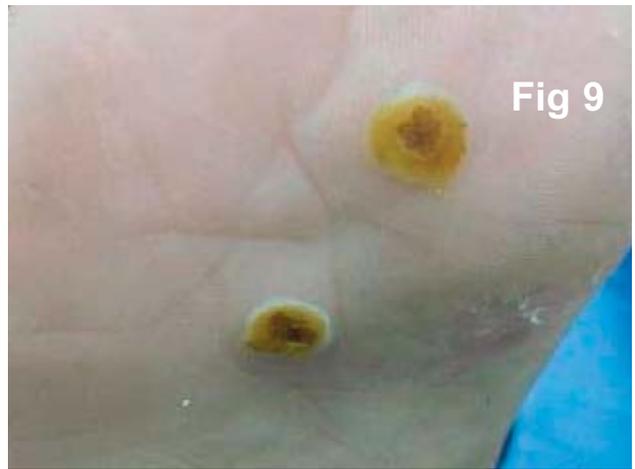


Fig 9



Fig 6

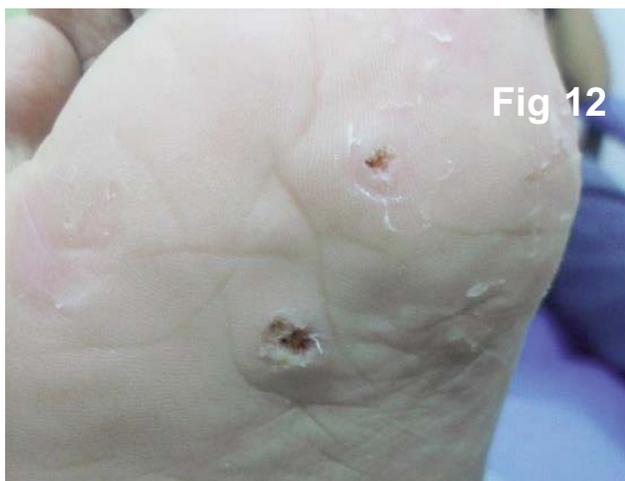


Fig 10

Dia 15

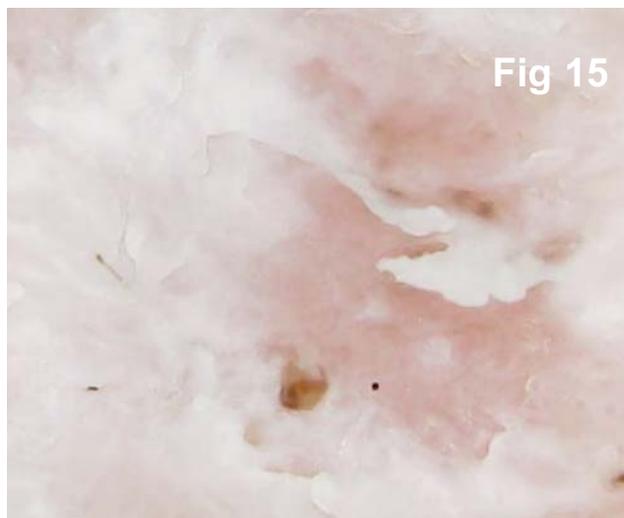
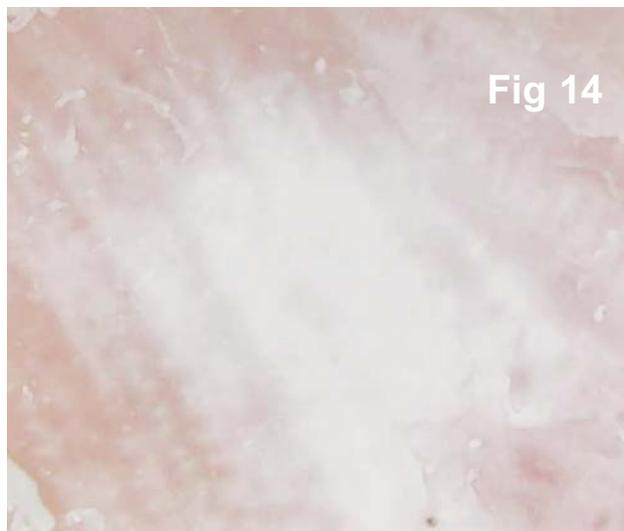
Após o desbridamento, encontramos só algumas feridas pequenas onde as verrugas plantares estavam anteriormente, e a aplicação de AN foi suspensa, continuando com um antibiótico tópico a cada 12 horas até a próxima visita.

O paciente menciona que ele pode andar muito melhor e que a dor diminuiu consideravelmente (Figuras 11, 12, 13)



Dia 21

Praticamente as verrugas desapareceram, deixando algumas pequenas sequelas na epiderme, devido aos tratamentos que utilizamos, porém estes desaparecerão com o passar dos dias (Figuras 14, 15, 16, 17, 18).



Conclusão

O ácido nítrico ainda é uma boa opção para o paciente que apresenta esse tipo de problema com um custo muito baixo tanto para o profissional quanto para o paciente, tem um alto percentual de efetividade comparado a outros tratamentos que até se tornam muito mais caros.

É importante ressaltar que uma boa exploração, um bom diagnóstico e uma boa escolha de tratamento de forma personalizada para cada um dos nossos pacientes garantirão um maior sucesso neste tipo de problema.

Bibliografía

1.-Alcala Sanz, Javier (2014) "Tratamiento de una verruga plantar en mosaico con ácido nítrico. A propósito de un caso" Revista Española de Podología XXV (3) Pag. 112-116

2.-Chicarro Luna E, Alonso Montero C. Factores relacionados con la elección del tratamiento de la verruga plantar. Revista Española de Podología, 2007, vol.18, núm.5, p. 218-222

3.- Fernández Domínguez Hugo, Mosquera Fernández Abián, Monteagudo Sánchez Benigno. (2014) "Revisión bibliográfica de los tratamientos de la verruga plantar" Revista Española de Podología ; XXV (4) Pag. 138 – 141

4.- Arenas Roberto "Verrugas virales". Atlas de dermatología: diagnóstico y tratamiento 3ª ed. México: McGraw-Hill; 2005. p. 656-59.



Fig 17



Fig 18

14° PodoSur 2018

20-22 Oct
Uruguay



A.T.P.U.
Asociación de Técnicos en
Podología del Uruguay

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

Uruguay es >>>>



Montevideo



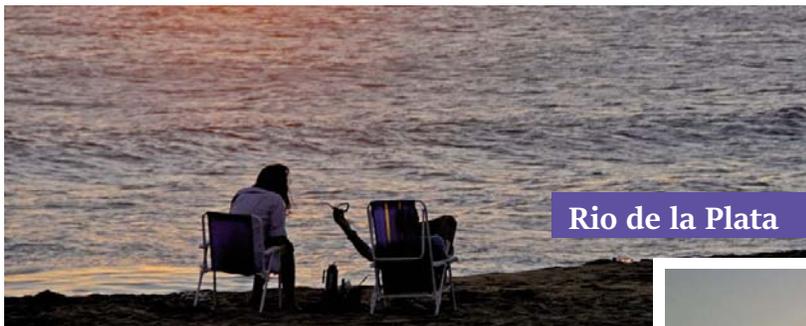
Gastronomia



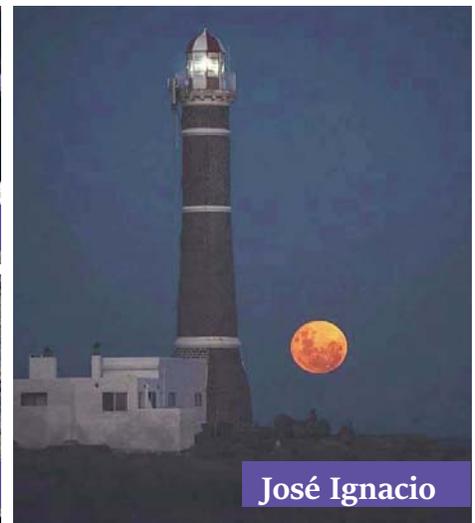
Fútbol



Tango



Rio de la Plata



José Ignacio



Colonia



Punta del Este

y también es: **PODOLOGIA** >>>>o

14° PodoSur 2018
20-22 Oct
Uruguay



Asociación de Técnicos en
Podología del Uruguay

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



Organiza:
Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay
 info@podologos.com.uy
 www.podologos.com.uy

Local del congreso: **PALLADIUM BUSINESS HOTEL**



Localizado a dos cuadras de la Rambla Armenia, en la Bahía del Buceo y a dos del Montevideo Shopping Center.
 www.palladiumhotel.com.uy

14° PodoSur 2018

20-22 Oct

Uruguay



Asociación de Técnicos en Podología del Uruguay

Conferencistas extranjeros y nacionales



Pdga. Clara Izcurdia
Paraguay



Pdgo. Carlos Melchor
México



Pdga. Miriam Mesa
Cuba



Lic. Pablo Biempica



Téc. Ped. Leonor Guerra



Dr. Alberto Quirantes
Moreno - Cuba



Lic. Gustavo Güerzoni
Argentina



Lic. Raúl Torres



Dra. Josefina Álvarez



La inscripción al congreso incluye: **CENA SHOW** el día Domingo 21 en las **Bodegas Fallabrino**.



La **Cena Show** incluye: *degustación de parrilla con variedad de carnes, open bar de refrescos y Vinos Finos Fallabrino, show de tango y discoteca con pantalla gigante.*

Empresas expositoras



PROMOFARMA
Por una Medicina de Calidad
Al alcance de Todos

FARMANUARIO

LABORATORIO DÉRMICO FARMACÉUTICO



Auspician:



Sociedad de Dermatología del Uruguay



Universidad Católica del Uruguay



EUTM - Escuela Universitaria de Tecnología Médica



Declarado de **INTERÉS TURÍSTICO** por el Ministerio de Turismo
 Exp. 2018-9-1-0001544 - 16 Ago 2018



UruguayNatural
Ministerio de Turismo

Úlcera Neuropática complicada por Pseudomonas Multirresistentes.

Melcior Lladó Vidal(1); Francisca M. Payeras Mas(2); Nuria Sucunza Alfonso(2); Julia Quevedo Juanals(2); Catalina Ramis Valls(3); Francisca Lorente Hernández(4).

(1) Podólogo. Especialista en Pie Diabético, (2) Médico adjunto Endocrinología, (3) Enfermera educadora en Diabetes, (4) Auxiliar de Enfermería. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Manacor. Mallorca, Islas Baleares. **Espanha.**

Um homem de 61 anos apresentou uma úlcera neuropática complicada de 6 meses de evolução na primeira articulação metatarsofalângica, secundária a um abscesso plantar.

Três semanas antes da visita à nossa clínica, recebeu alta após ficar internado por duas semanas para desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia endovenosa devido à má evolução da úlcera (Figura 1).



Resumo historia clinica

DM tipo 2 diagnosticado em 2006, em tratamento com hipoglicemiantes orais.

Antecedentes de úlcera no mesmo pé 2 anos antes.

Nenhuma alergia medicamentosa conhecida.

Não fumante. Exenolismo moderado (3 cervejas por dia).

HTA, hipercolesterolêmica e hipertrigliceridemia.

Retinopatia Diabética Proliferativa. Obesidade.

Discopatía severa L4, L5, S1.

Colecistectomia Diverticulose no cólon.

Infarto lacunar em 2008.

Exploração

Peso 125,9 kg, tamanho 185 cm, IMC 36,8
TA: 131/73 mm / Hg, FC 68 bpm, Sat O2 98%
Ausência de sensibilidade vibratória, pressora e dolorosa.

Pulsos distais palpáveis (pedio e tibial posterior).

Evolução Clínica

Na primeira visita (14-4-2014), ele apresenta uma úlcera neuropática que afeta o primeiro espaço intermetatarsal e se estende medial e plantar para o lado interno da cabeça do primeiro metatarso, afetando a primeira e a segunda articulações metatarsofalângicas. A lesão está associada a um granuloma exófito de extensão plantar-medial, com grandes sintomas inflamatórios locais e celulite até o nível do meio do pé (ROVI grau IV).

Foi realizado um teste de contato ósseo positivo, que revelou juma clara osteomielite (Figura 2).



O paciente, neste momento, estava sem tratamento antibiótico. Foi realizada radiografia simples, na qual foi observada extensa lesão lítica com o desaparecimento prático das extremidades distais do 1º e 2º metatarsos do pé esquerdo e envolvimento das extremidades proximais das falanges proximais correspondentes, especialmente a primeira.

Diagnóstico radiológico: Lesões compatíveis com osteomielite grave da primeira e segunda articulações metatarsofalângicas (Figura 3).



Fig 3

Imediatamente, e na mesma consulta, procedeu-se à limpeza da lesão (através da área interdigital, por meio de uma colher e goiva óssea).

Foi realizada a exérese de todos os fragmentos ósseos correspondentes à destruição da primeira articulação metatarsofalângica, até alcançar a zona mais profunda.

Uma vez que a cavidade foi bem limpa, e com uma pinça de mosquito, foi aprofundada até atingir a saída contralateral, onde foi feita uma incisão através da qual foi colocada uma drenagem de Penrose.

Os fragmentos ósseos mais profundos foram enviados ao laboratório para estudo microbiológico. (Fig. 4).



Fig 4

Procedeu-se a internação hospitalar para a estabilização metabólica do paciente, acompanhamento das úlceras e antibioticoterapia empírica com Meropenem 500 mg/8 h e Levofloxacina 500 mg/24 h, após consulta com especialistas em doenças infecciosas.

Valores de laboratório: Leucocitos: $7,3 \times 10^3/\mu\text{L}$, VSG: 29, Glucose: 84 mg/dL, Creatinina 0,83 mg/dL, PCR: 7,6 mg/dL, HbA1c: 6,1 %.

O resultado do cultivo e antibiograma ao ingreso:

Klebsiella pneumoniae	Enterococcus faecalis
Sensível:	Sensível:
Amoxicilina/clavulânico	Gentamicina 500-sinergia
Piperacilina/tazobactam	Ampicilina
Cefepima	Penicilina
Cefotaxima	Imipenem
Ceftazidima	Levofloxacino
Cefuroxima	Eritromicina
Ertapenem	Teicoplanina
Imipenem	Vancomicina
Ciprofloxacino	Tigeciclina
Tigeciclina	Linezolid
Trimetoprim/sulfametoxazol	
Resistente:	Intermedio:
Ampicilina	Ciprofloxacino

O dreno foi removido 48 horas após a admissão. Houve uma ligeira diminuição nos sinais inflamatórios locais. A evolução durante a primeira semana foi satisfatória, com a diminuição progressiva da área de celulite. Com base no resultado da cultura microbiológica, o antibiótico empírico foi alterado para Amoxicilina / Clavulânico 2 g / 8h e Gentamicina 240 mg / 24h.

Uma semana após a admissão, o VSG aumentou ligeiramente para 34 mm/h e a PCR diminuiu para 1,55 mg/dL. Os sinais inflamatórios estavam diminuindo, mas o tamanho do granuloma permaneceu o mesmo.

Às 2 semanas de internação, os sinais clínicos continuaram a melhorar com uma diminuição significativa no exsudato e na PCR, que foi de 0,84 mg/dl, mas por meio da exploração com pinças tocavam-se alguns fragmentos ósseos residuais, e a cavidade interdigital era muito profunda com um trajeto fistuloso evidente. Portanto, decidiu-se realizar uma nova curetagem da cavidade séptica. Retiraram-se fragmentos ósseos e o 1º e 2º metatarsos foram remodelados. Outra amostra de osso também foi levada para estudo microbiológico, com o seguinte resultado:

Pseudomona aeruginosa multirresistente

Sensível:
Colistina
Intermedio:
Piperacilina/tazobactam
Cefepima
Ceftazidima
Resistente:
Amikacina
Gentamicina
Tobramicina
Imipenem
Meropenem
Aztreonam
Ciprofloxacino
Levofloxacino

Às 3 semanas de internação, a úlcera apresentava um moderado exsudato seroso com cavidade até o primeiro espaço intermetatársico, sem celulite ou eritema dorsal e normotermia nas duas extremidades (fig. 5).

O tamanho da úlcera diminuiu consideravelmente apesar do microorganismo isolado. PCR 0,69 mg/dL e VSG 28 mm/h.



Fig 5

Ao existir controvérsia sobre o tratamento antibiótico a ser administrado por via intravenosa, e antes da melhora clínica dos sinais inflamatórios, optou-se pela alta do paciente com pauta antibiótico de Amoxicilina/Ácido Clavulânico 875/125 mg/8 h por via oral e cura tópica diária com ácido acético a 3%. Recomendamos repouso absoluto.

Foi feita uma tala com descarga seletiva para o 1º e 2º metatarsos (Plastic-cast removable).

12-5-2014: Sinais clínicos de inflamação e infecção continuaram a melhorar, mas persistia a cavidade profunda no primeiro espaço interdigital.

Portanto, o tratamento antibiótico foi interrompido, deixando uma janela de 7 dias sem tratamento. O objetivo foi obter uma nova amostra para obter uma cultura microbiológica mais confiável.

Na semana (19-5-2014), os sinais clínicos continuaram a melhorar, com uma evidente involu-

ção do granuloma e uma diminuição na quantidade de exsudado. Uma biópsia por punção de tecido de granulação e uma biópsia óssea foram coletadas através da cavidade. Este foi o resultado:

Pseudomona aeruginosa multirresistente

Sensível:
Colistina
Intermedio:
Piperacilina/tazobactam
Cefepima
Ceftazidima
Aztreonam
Resistente:
Amikacina
Gentamicina
Cefotaxima
Tobramicina
Imipenem
Meropenem
Aztreonam
Ciprofloxacino
Tigeciclina
Fosfomicina
Trimetoprim/sulfametoxazol

26-5-2014: Dado o resultado da cultura, a VHS foi avaliada, aumentando para 46 mm/h e a PCR aumentada para 2,54 mg/dL.

No entanto, não havia sinais clínicos de infecção e a evolução ainda era satisfatória.

Portanto, na sessão clínica, optou-se por não administrar qualquer tratamento com antibiótico e seguir apenas com curas diárias com ácido acético a 3% e descarga com o molde de plástico.

6-29-2014: a melhora clínica foi evidente. VHS: 50 mm/he PCR 0,25 mg/dL. Uma nova biópsia

por punch foi realizada, com o seguinte resultado:

Staphylococcus aureus	Pseudomona aeruginosa
Sensível:	Sensível:
Ácido fusídico	Amikacina
Mupirocina	Gentamicina
Amikacina	Tobramicina
Oxacilina	Piperacilina/tazobactam
Ciprofloxacino	Cefepima
Eritromicina	Ceftazidima
Clindamicina	Imipenem
Teicoplanina	Meropenem
Vancomicina	Aztreonam
Rifampicina	Ciprofloxacino
Tetraciclina	Levofloxacino
Trimetoprim/sulfametoxazol	Colistina
Resistente:	
Penicilina	

06-16-2014: A cultura mostrou a ausência de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente com base em uma amostra com bom valor diagnóstico, e decidiu-se continuar sem a administração de qualquer tratamento antibiótico.

Tanto a profundidade como a extensão da lesão diminuíram claramente. Portanto, continuamos com a descarga da área e cura diária com ácido acético a 3% (fig. 6).



A partir daqui as análises (VHS e PCR) foram normalizadas até atingir os valores normais após duas semanas, e a lesão também melhorou gradualmente.

Durante cada visita semanal, os depósitos de fibrina foram removidos. A eficácia da descarga foi controlada e otimizada quando necessário após a verificação (fig. 7).



Foi alta definitiva, após 4 meses de tratamento (fig. 8)



Esta é a aparência atual do pé (Janeiro de 2015) (fig.9a e 9b).

Conclusões

A principal conclusão é que, antes de uma lesão complicada, deve sempre prevalecer o valor do diagnóstico clínico de infecção e da evolução clínica antes do resultado dos exames complementares.

Quando os sinais clínicos de infecção diminuem ou desaparecem, devemos interromper o tratamento com antibióticos, pois isso nos garantirá uma melhora na evolução da lesão.

Além disso, a amputação deve ser sempre a última opção terapêutica em pacientes neuropatas com boa perfusão arterial distal. O grau de melhoria nestes casos, sempre que há uma abordagem multidisciplinar, pode ser e é por vezes surpreendente.

UNHAS
SAUDÁVEIS
EM TODOS OS
MOMENTOS



LINHA ONICOUNHA

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

PEÇA JÁ O SEU!