

revistapodologia l.com

Nº 60 - Fevereiro 2015



Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em Português

**A qualidade dos produtos Ferrante tem
o reconhecimento do profissional
brasileiro há mais de 80 anos.**



Cadeira Master
Cód. 13945 M1
Opcionais
- bandeja para resíduos
- luminária com exaustor
- bandeja para instrumentos
- suporte universal



Cadeira Master
Cód. 13945



Mocho
Cód. 15201



Luminária
Cód. 17201

Estufa
Cód. 17600

Armário
Cód. 15401

Rua Independência, 661 - Cambuci - São Paulo - SP - CEP 01524-001
Grande São Paulo (11) 2219 6570 - Demais localidades DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br



FERRANTE
84 anos valorizando o profissional

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 60
Fevereiro 2015

Diretor

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

5 - Metatarsalgias secundárias à alterações anatomofuncionais.
Dr Podologo Marlon Ernesto Flores Cortez. El Salvador.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 27.

Revistapodologia.com
Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.
Tel: #55 19 3365-1586 - 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 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.



Evento conjunto à

HairBrasil
Profissional

14ª Feira Internacional de
Beleza, Cabelos e Estética

7º

Congresso
Brasileiro de
Podologia
HAIR BRASIL

INSCREVA-SE

www.hairbrasil.com

Valores especiais para compras antecipadas

Na compra do ingresso para o Congresso você garante sua entrada para visitar a feira durante os quatro dias

29
MARÇO
2015

Expo Center Norte
SÃO PAULO

Amplie seu conhecimento sobre os principais temas em discussão no setor com profissionais experts do mercado. Participe, invista na sua qualificação, conhecimento prático para o sucesso da sua carreira.

- | | |
|---|---|
| <p>Podologia Clínica (avaliação, indicações e procedimentos) / Dalete Costa e Thais Albaneja</p> | <p>Uso da microcorrente em feridas nos pés / Rosangela Garoto</p> |
| <p>Podologia Esportiva (prática de avaliação e confecção de órteses) / Armando Bega</p> | <p>Atualização em pés diabéticos / Armando Bega</p> |
| <p>Eletroanalgesia em procedimentos de Podologia / Edileni Vilela</p> | <p>Atendimentos avançados em clínicas podológicas / Manuel Cerqueira</p> |

Coordenador: Professor Armando Bega

Realização



Apoio Institucional



Patrocínio Institucional



Apoio



Metatarsalgias Secundárias à Alterações Anatomofuncionais

Dr Podologo Marlon Ernesto Flores Cortez. *El Salvador.*

Metatarsalgias

Introdução

A metatarsalgia é um termino vago, que não define um processo determinado, senão um sintoma que pode aparecer como consequência de numerosos fatores etiológicos e que constitui a causa mais freqüente de dor no pé. Este processo afeta fundamentalmente as mulheres (Strauss RJ, 1985).

Pode definir se como uma dor na região plantar e anterior do pé, habitualmente associado às anomalias de apoio nas cabeças metatarsianas, e que se confirma com a aparição de hiperqueratose plantar baixo as cabeças metatarsianas.

Etiopatogenia

A aparição da Metatarsalgia pode ser secundaria a três grandes grupos de fatores etiológicos (De Prado M, 2005):

Metatarsalgias secundárias a doenças gerais

- Inflamatórias (doenças reumáticas).
- Metabólicas (gota, diabetes).
- Neurológicas (paralisia espástica).
- Congênitas (quadros com deformidades polissistêmicas).

Metatarsalgias secundárias a alteração é anatomofuncionais

São metatarsalgias mecânicas, distinguindo se fundamentalmente dois tipos:

- Metatarsalgias Estáticas: Quando existe um abaixamento de algum ou alguns dos metatarsianos em relação ao resto que condiciona uma hiperpressão de estes.

- Metatarsalgias de Propulsão: Quando um ou vários metatarsianos tem uma longitude maior que o resto e condicionam na marcha uma hiperpressão de estes.

Metatarsalgias secundarias à problemas latrógenos ou Traumáticos

São aqueles casos nos que, trás uma interven-

ção cirúrgica, ou uma fratura que evolucione com uma consolidação viciosa, a anatomia normal dos metatarsianos se encontre modificada, condicionando o reparto harmônico do peso corporal ao longo de das cabeças metatarsianas (Giannestras NJ, 1954).

Manifestações Clínicas

- Dor nas cabeças metatarsianas.
- Hiperqueratose baixo as cabeças metatarsianas afetadas.
- Alteração na marcha.
- Diagnóstico diferencial com processos como verrugas plantares, Neuroma de Morton, doença de Frieberg, etc.

Deformidades adquiridas do antepé

Metatarsalgias estáticas

Introdução

As metatarsalgias são o motivo de consulta mais frequente em podiatria e se referem á dor provocada pelo apoio ou marcha na zona de projeção de uma ou mais cabeças metatarsianas. Trata-se, pois, de um sintoma e não de um diagnóstico.

Este sintoma se apresenta em numerosas afecções e no 90% dos casos é de origem mecânico. Qualquer anomalia da estática ou da mobilidade metatarsofalângica gera uma distribuição desigual das pressões nas cabeças metatarsianas e, em consequência, podalgias.

Fisiopatologia

A descrição do antepé como um arco anterior é uma especificação anatômica derivada da observação do pé de um cadáver em decúbito supino.

Em realidade, a idéia de que o pé dispõe se com relação ao solo como um tripé formado pelo calcanhar e as cabeças metatarsianas primeira e quinta não tem em conta a fase de apoio. O arco anterior desaparece quando o pé entra em contacto com o chão.

O apoio distribui-se então entre as cinco cabeças metatarsianas. Pode falar-se que o pé consta de um calcanhar posterior e um calcanhar anterior adaptativo.

Falar de transtornos estáticos resulta impróprio porque ninguém permanece imóvel em apoio. As pressões variam de forma permanente da borda lateral a borda medial do pé, de um a outro pé e do retopé ao antepé. O hiperapoiamento pode ser a consequência de uma anomalia da inclinação metatarsiana ou de uma anomalia da longitude do metatarsiano.

Pisani definiu dois tipos de pés

- O pé calcâneo (calcâneo, cubóide, quarto e quinto metatarsianos) de sustentação;
- O pé talo (talo, navicular, cuneiformes, metatarsianos primeiro, segundo e terceiro) de adaptação.

Kowalski descreveu o antepé como um triciclo: os metatarsianos segundo e terceiro são os raios centrais fixos, o primeiro representa a roda medial e o quarto e o quinto, a roda lateral. Durante a marcha, todos os metatarsianos recebem uma parte da carga. O primeiro metatarsiano recebe o dobro de carga que um dedo lateral. A distribuição das cargas depende da anatomia e da orientação dos metatarsianos.

No plano sagital, o ângulo do metatarsiano respeito do chão varia do primeiro (15-20°) o quinto metatarsiano (5°). Qualquer variação do ângulo do metatarsiano com o chão provoca uma sobrecarga da cabeça metatarsiana: como a pressão é a relação da força sobre a superfície, quando a superfície do chão diminui, a pressão aumenta. No caso do pé cavo anterior ou do paciente que usa um calçado de salto alto.

No plano horizontal, as cabeças metatarsianas seguem a curva descrita por Hoffmann-Lelièvre. Esta curva é côncava para trás e para dentro. Foi estudada especialmente por Viladot e depende da longitude dos metatarsianos. Quando o primeiro e o segundo metatarsianos são iguais, se diz que o pé é *index plus minus*. Se o primeiro metatarsiano é mais cumprido que o segundo, o *canon metatarsiano* é *index plus*. Em caso de que o primeiro metatarsiano seja mais curto que o segundo, trata-se de um pé *index minus*. Quanto mais cumprido seja o metatarsiano lateral, mais aumentará a duração do apoio, gerando uma sobrecarga na cabeça metatarsiana e na articulação metatarsofalângica.

O tamanho curto do primeiro metatarsiano (*index minus*) gera a maioria das metatarsalgias por transferência das cargas a paleta metatarsiana lateral. A insuficiência do primeiro metatarsiano pode ser devido ao desvio deste para dentro e para arriba: é o que se conhece como metatarso varo. Quando é congênito, se diz que o pé

é ancestral ou embrionário: trata-se do antepé triangular de Morton. Durante a marcha, na fase digitigrada do passo, a carga reparte-se entre as cabeças metatarsianas e a polpa dos dedos. Todos os dedos estão apoiados, o que libera as cabeças metatarsianas de uma parte do peso do corpo. A rigidez das articulações metatarsofalângicas e a verticalização das falanges diminuem o apoio das polpas, geram uma sobrecarga da cabeça metatarsiana e, por tanto, uma metatarsalgia.

Na base do metatarsiano, a mobilidade da articulação de Lisfranc em relação com os dedos primeiro, quarto e quinto permite que as cabeças metatarsianas se elevem durante o passo. Por esta razão, a rigidez da articulação de Lisfranc também vai provocar metatarsalgia.

Na gênese da dor participa o pé no seu conjunto: um retopé varo pode influir sobre a paleta metatarsiana e sobrecarregar a borda lateral do antepé.

Goldcher defendeu a idéia de que a duração do apoio da cabeça metatarsiana intervém na gênese dos transtornos. Por isto, no antepé redondo ou em a insuficiência do primeiro dedo, os metatarsianos centrais se apóiam mais tempo no chão durante o passo. A maior duração do apoio empurra a cabeça metatarsiana sobre a primeira falange, mantida contra o chão pelos tendões dos músculos flexores. O aparelho capsulo-ligamentoso relaxa-se de forma progressiva; a placa plantar, que é grossa e reveste a cara inferior da articulação metatarsofalângica permitindo que a cabeça metatarsiana se desloque para adiante, desgasta-se, distende-se e permite a verticalização da primeira falange. Esta extensão reduz a eficácia dos músculos interósseos e lombricais, que se atrofiam.

Sua situação inicialmente plantar volta-se lateral e apos dorsal, de modo que participarão na luxação da falange sobre a cabeça metatarsiana. A distensão da placa plantar pode acelerar-se em caso de sobrepeso, doença metabólica ou endócrina. A ruptura terminal da placa plantar provoca uma luxação estável da primeira falange sobre a cara dorsal do pescoço metatarsiano. Durante o passo, a verticalização da falange induz um hiperapoiamento complementar da cabeça metatarsiana, em especial a nível da segunda articulação metatarsofalângica.

Na dor metatarsiana intervém vários fatores: o estado da almofadinha plantar e da pele. A almofadinha plantar «pneumática» do antepé, segundo a fórmula de Lelièvre, está coberta por uma pele especialmente grossa, com um pânículo celuloadiposo elástico baixo a cabeça metatar-

siana e uma vascularização considerável, e cumpre uma função essencial no amortecimento. Sua atrofia aumenta o apoio dos tecidos capsuloligamentosos, cartilagosos e ósseos. A hiperqueratose, reativa ao hiperapoiio, cobre um higrôma que pode converter-se em bursites submetatarsiana; também existe, por tanto, um elemento inflamatório. A hipermobilidade que induz a distensão capsuloligamentosa acompanha-se de hidrartrose: o aumento de volume e a distensão articular resultante contribuem a dor.

As doenças metabólicas (diabetes, artrites, sobrepeso), as modificações posmenopáusicas, a gravidez, os reumatismos inflamatórios e as sequelas pós traumáticas intervêm nas metatarsalgias estáticas.

Exploração física

As metatarsalgias podem dividir se em dois grupos, segundo se veja ou não na exploração física uma hiperqueratose plantar. O diagnóstico é essencialmente clínico.

O procedimento consta de quatro fases: anamnese, inspeção em bipedestação com e sem calçado, análises da marcha e exploração em decúbito. Também tem que se avaliar o calçado e a órtese plantar.

Mediante a anamnese se determina a localização exata da dor, seu ritmo, as circunstâncias de aparição, com os pés descalços o calçados, seus modos evolutivos, a antiguidade e a presença de claudicação ou uma moléstia produzida pelo calçado. No paciente desportista se indagam antecedentes de traumatismo ou microtraumatismos a favor de uma fratura de esforço. Põe-se ênfase em detectar uma doença metabólica inflamatória ou uma insuficiência venosa. O sobrepeso e a obesidade são fatores deletérios para os tendões e as articulações do pé devido á sobrecarga.

O membro inferior se explora em sua totalidade. Tem que analisar a postura dos membros inferiores, da coluna vertebral, o equilíbrio da pélvis, a posição imóvel a marcha.

Avaliam-se as fases do passo, assim como os movimentos de hesitação gerados pela metatarsalgia. Indica-se ao paciente que caminhe com as pontas dos pés e apoiando o calcanhar é para verificar a mobilidade do retropé. Com o podoscópio se determinam as zonas de hiper apoio e os transtornos da estática plantar.

A exploração do pé com apoio indica a orientação do antepé em referência ao retropé, do pé com relação ao eixo da perna e as deformações do antepé: posição dos dedos, dedos em garra, se as polpas se apóiam ou não no chão, durezas

cutâneas sobre as articulações interfalângicas proximais ou distais e deformações ungueais.

Em decúbito supino, sobre a mesa de exploração, se determina a longitude relativa dos dedos, a mobilidade e a flexibilidade das articulações metatarsofalângicas e interfalângicas, a presença o ausência de retrações articular é e a força de apoio da polpa do dedo gordo. Se investiga o desencadeamento de dores metatarsofalângicas mediante a pressão bidigital dorsoplantar, da quinta a a primeira articulação metatarsofalângica. Também se examinam os espaços intermetatarsianos em busca de um Neuroma de Morton. Estuda-se a hipermobilidade da articulação metatarsofalângica, tratando de detectar o signo de Lachmann vertical, que indica uma hiperlaxitude articular. Verifica-se se as articulações metatarsofalângicas são estáveis e redutíveis. Por último, se deve determinar uma rigidez dos gastrocnêmios a partir da presença de um equinismo do tornozelo, que se reduz ao passar da extensão á flexão do joelho.

Logo se explora ao paciente em decúbito prono, com o joelho flexionado e o tornozelo a 90°. Analisa se o eixo do pé em relação com a perna, pero sobre todo a pele plantar, com a possível presença de hiperqueratose, sua extensão, situação respeito ás cabeças metatarsianas e sua grossura. Faz-se o diagnóstico diferencial com as verrugas pela extração da capa córnea, com hipervascularização e desaparecimento dos dermatoglifos em caso de infecção viral. Por último, verifica se a mobilidade das articulações tarsometatarsianas, lembrando que as cuneometatarsianas segunda e terceira são praticamente imóveis em estado normal.

O pé contralateral é analisando da mesma maneira.

Examina se logo o estado cutâneo, as órtese e suas deformações, assim como o calçado e o desgaste assimétrico do solado.

Exploração radiográfica

Um estudo radiográfico de boa qualidade é indispensável. Deve incluir ao menos uma radiografia do pé com apoio em projeção anteroposterior e outra do pé com apoio na projeção lateral. As outras projeções indicam se em função do contexto clínico.

A radiografia anteroposterior com apoio em incidência dorsoplantar permite avaliar os desvios do eixo no plano frontal: ângulos de hallux valgus, de metatarso varo e de abertura do pé. Aprecia-se a longitude dos metatarsianos laterais pela parábola de Lelièvre ou os critérios de

Tecnologia de ponta para tratamento dos pés



Pedra Hume em Gel

1ª Pedra Hume em Gel do Brasil!

- Óleo de Melaleuca: Antisséptico
- Extrato de Hamamélis: Adstringente
- Fácil aplicação
- Higiênico
- Mais de 200 procedimentos
- Eficaz, efeito instantâneo!



Efoliante em Creme

Remoção eficaz das células mortas e impurezas da pele

- Casca de noz: Efoliante Natural para limpeza e renovação celular
- Óleo de Amêndoas: Emoliente, Hidratante e Nutritivo
- Mentol: Ação refrescante e imediata
- Desodorizante Vegetal: Reduz o mau odor



Creme de Hidratação Intensiva

Excelente Absorção: Segurança e Conforto

- Lanolina: Formação de barreira anti-ressecamento, altamente hidratante e restaurador
- Desenvolvido para peles extremamente ásperas, ressecadas e com fissuras
- Desodorizante vegetal: Agente antimicrobiano que reduz o mau odor
- Pantenol: Restaurador celular e umectante
- Óleo de Amêndoas e Calêndula: Emoliente, Hidratante, Nutritivo e cicatrizante



**ESTAMOS
CADASTRANDO
DISTRIBUIDORES**

Conheça outros produtos inovadores:

www.primesensecosmeticos.com.br
(11) 2036-8949 | contato@primesensecosmeticos.com.br

Presença confirmada nos principais eventos do setor em 2014!

Maestro. O planejamento das osteotomias a partir de esta incidência é questionável, pois se trata de uma projeção plana que não permite considerar o ângulo dos metatarsianos com o chão; a variabilidade inter e intraobservador de esta construção não é desprezível.

A radiografia lateral com apoio permite analisar o arco interno a partir do ângulo de Djian-Annonier; o eixo de Méary-Tomeno se utiliza para detectar uma possível perda de alinhamento do talo com o primeiro metatarsiano.

A incidência do pé despregado permite analisar as articulações do tarso anterior despejando os metatarsianos e os cuneiformes.

A projeção anteroposterior do tornozelo com cerclagem de Méary permite demonstrar o desvio do eixo do retro pé no plano frontal.

Classificação das metatarsalgias

As metatarsalgias se classificam segundo o algoritmo do **Quadro 1**, mas também em função de que se trate de metatarsalgias globais que afetam aos metatarsianos centrais no contexto de um pé redondo anterior ou de metatarsalgias localizadas devido a uma anomalia limitada a um solo metatarsiano.

Desde a parte medial á lateral, se descrevem a insuficiência do primeiro dedo, o síndrome do segundo radio, a doença de Freiberg, o antepé redondo anterior, a insuficiência dos metatarsianos médios, a hiperqueratosis intratável, as metatarsalgias laterais (hiperapóio plantar lateral, bursite da quinta cabeça, joanete de alfaiate) e as fraturas de esforço. Consideram-se a continuação as lesões dos dedos.

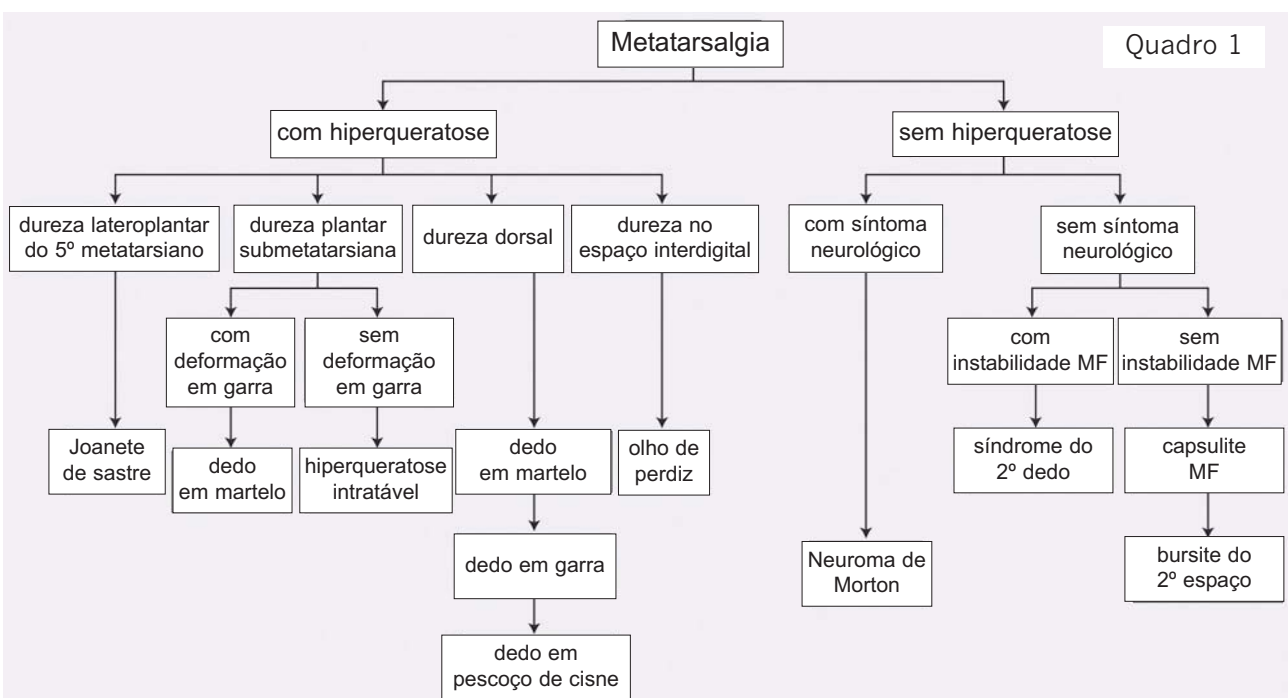
Hiperpronação subtalar

A articulação subtalar é um fator funcional principal na patologia do antepé. A hiperpronação produz alterações biomecânicas do pé durante a marcha e pode causar dor e deformações das articulações metatarsofalângicas e dos dedos. A fase de propulsão do passo se acompanha normalmente de uma superação do retro pé. Se a pronação persiste ou se agrava, o antepé perde a estabilidade necessária para a propulsão. Isto é produto de vários fatores: insuficiência do fibular longo com dorsiflexão e instabilidade do primeiro metatarsiano e, pelo tanto, da primeira metatarsofalângica, e modificação da orientação das articulações tarsometatarsianas com hiper mobilidade de estas. As causas da hiperpronação são numerosas: traumatismos, lassitude ligamentosa, antepé varo e supinado, retro pé varo o valgo, equinismo do tornozelo, transtornos de rotação e longitude desigual dos membros. Nos fracassos terapêuticos das metatarsalgias, estas anomalias do retro pé se detectam frequentemente e explicam a persistência dos sintomas.

Insuficiência do primeiro dedo

É a causa mais frequente das metatarsalgias laterais. A insuficiência do primeiro dedo pode ser congênita. O pé ancestral é a forma mais típica e tem sido descrito por Morton. Viladot o descreve como index minus. O primeiro metatarsiano é curto e hiper móbil, e esta demasiado separado do segundo.

A insuficiência do primeiro dedo pode ser secundaria á horizontalização do primeiro meta-



tarsiano por insuficiência do fibular longo, mas também á hiperlaxitude constitucional e ao pé plano, no que a pronação do retropé diminui a força do fibular longo.

A insuficiência do primeiro dedo rara vez se deve a uma metatarsomegalia do segundo radio. Na maioria dos casos, o encurtamento adquirido do primeiro metatarsiano é iatrogênico. A forma mais comum era a intervenção de Hueter-Mayo (**Figura 1**) com remição da primeira cabeça metatarsiana na cirurgia do hallux valgus. Provocava um index minus com transferência das cargas ao segundo radio. A intervenção de Keller, com redução da longitude da primeira falange e retrocesso dos sesamóides, gera uma insuficiência de apoio da primeira cabeça metatarsiana e brevidade funcional do primeiro metatarsiano.

O metatarso varo e elevado, secundário ao hallux valgus ou á instabilidade da primeira articulação cuneometatarsiana, conduz á perda da curvatura regular dos metatarsianos, agravada pela posição plantar do abductor do primeiro dedo e pela insuficiência funcional do flexor do dedo gordo.

O tratamento de esta insuficiência do primeiro dedo permite diminuir as pressões sobre o segundo metatarsiano. A conservação da longitude do primeiro metatarsiano na cirurgia do hallux valgus permite prevenir as metatarsalgias por transferência aos dedos segundo e terceiro e diminuir ou suprimir as metatarsalgias com hiperqueratose, sobre todo se conserva se um metatarsiano index plus.

Os pontos críticos de este processo biomecânico do passo, que podem favorecer uma alteração do reparto harmônico do peso corporal sobre as



Figura 1

cabeças metatarsianas, são três:

A função do primeiro dedo na fase de propulsão ao final do passo, na que a lateralização, a longitude ou a verticalização do primeiro metatarsiano influirão sobre a articulação metatarsofalângica, repercutindo indiretamente sobre as pressões recebidas no resto das cabeças metatarsianas centrais (**figura 2**) nos quadros de insuficiência do primeiro dedo.

A presença de um dobre eixo de flexão das articulações metatarsofalângicas, que não encontram se em um mesmo plano para todas as cabeças. Existe um eixo formado pelas cabeças do primeiro e segundo metatarsianos, e outro formado pelas cabeças do segundo, terceiro, quarto e quinto metatarsiano, sendo o ponto de convergência de ambos os eixos a cabeça do segun-

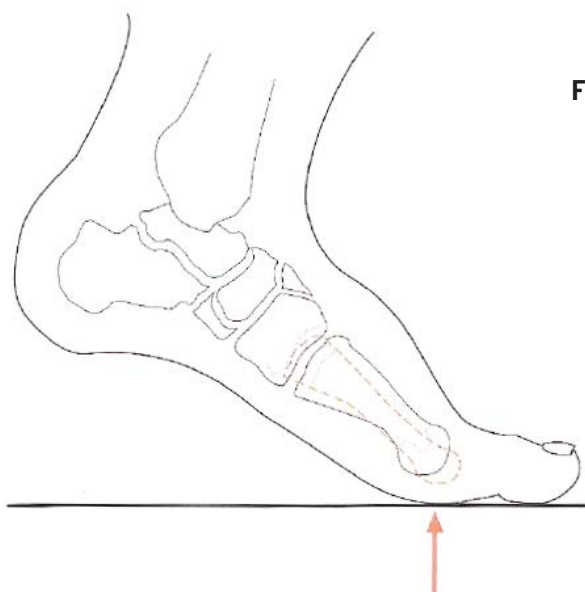
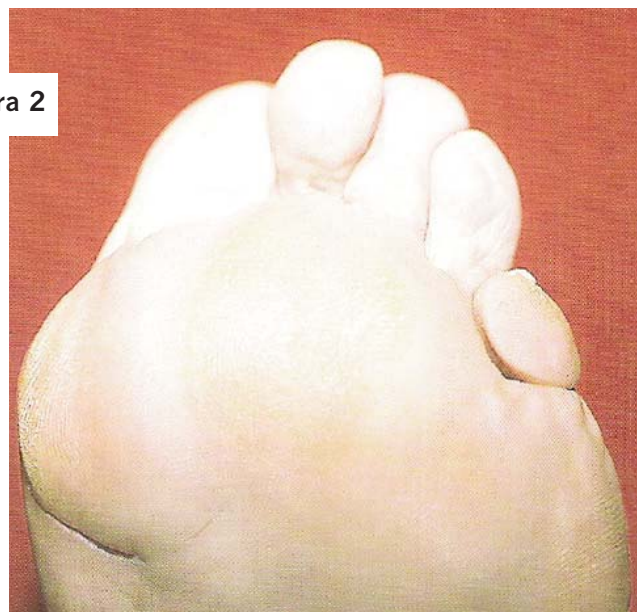
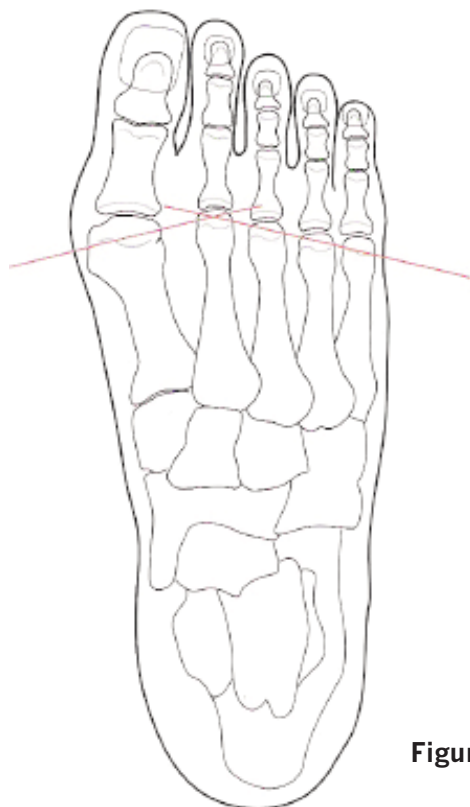
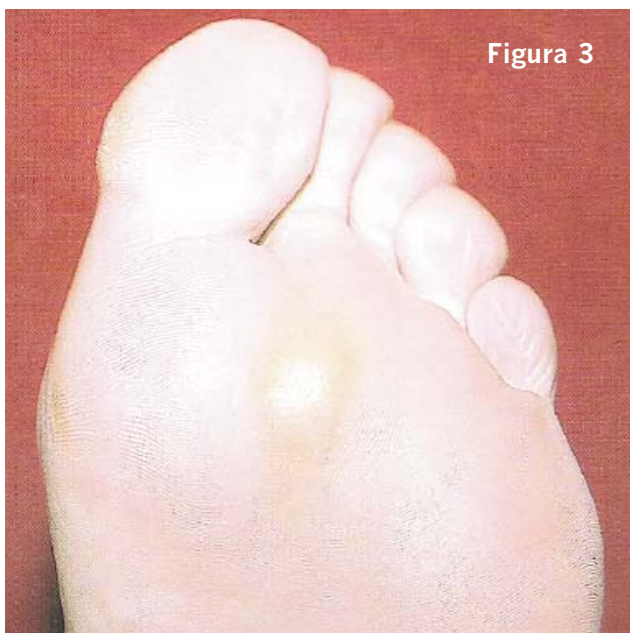


Figura 2



do metatarsiano (**figuras 3 e 4**). Isto explicaria a aparição, muito mais frequente a este nível de problemas de metatarsalgia no pé.

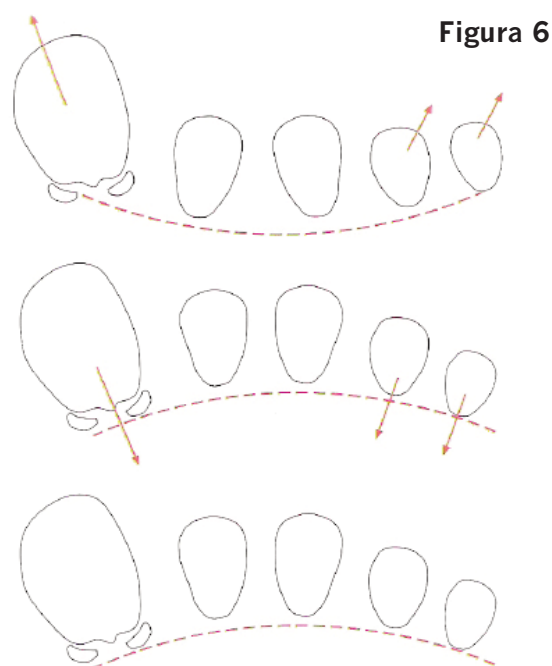
A mobilidade a nível da articulação tarsometatarsiana, que se encontra dividida em três segmentos: um central, formado pelo segundo e terceiro metatarsianos com os cuneiformes intermédio e lateral, que é más fixo; um lateral, formado pelo quarto e quinto metatarsianos com o cuboide; e outro medial, formado pelo primeiro metatarsiano com o cuneiforme medial.



O segmento central é o que tem menos mobilidade e atua como eixo sobre o que se deslizam plantar ou dorsalmente os segmentos externos e internos, em função da contração ou relaxação da musculatura intrínseca que varia segundo a fase do passo na que nos encontremos. (**fig.5 e 6**), o que constitui um fator de amortecimento e distribuição dinâmico do reparto das cargas plantar é durante a marcha.

Assim, pois, se existe uma insuficiência ou alteração da musculatura intrínseca ou da mobilidade da articulação tarsometatarsiana, este fator dinâmico do reparto do peso se alterará, favorecendo a presença de metatarsalgias.

Atualmente se ha valorado quase de um modo exclusivo a longitude dos metatarsianos na etiologia e posterior tratamento das metatarsalgias de origem mecânico; para isso, se estuda a formula metatarsiana com uma radiografia dorso-plantar em carga, na que se estabelecem as relações do primeiro metatarsiano com o resto, e





"O profissional é bem sucedido, não apenas pelo que sabe, mas também por sua necessidade insaciável de buscar mais e mais conhecimentos"
Prof. Orlando Madella Jr.

XI Encontro das Estrelas na Podologia

3 e 4 de Maio 2015

Curso Pós-evento dia 5 de Maio

Centro de Convenção Dan Inn Hotel Planalto
Av. Cásper Líbero 115 andar 2 - Centro - São Paulo - Brasil

Programação e inscrições
www.podologiabr.com

que distingue três tipos de formulas metatarsianas:

- Formula metatarsiana index plus: se o primeiro metatarsiano é mais longo que o segundo e os restantes metatarsianos (**fig. 7**)

- Fórmula metatarsiana index plus minus: se o primeiro é igual do longo que o segundo metatarsiano (**fig. 8**)

- Fórmula metatarsiana index minus: se o primeiro é mais curto que o segundo metatarsiano (**fig. 9**)

Também vai se valorar as diferentes relações de longitude do resto dos metatarsianos menor é para assim conhecer a formula metatarsiana completa. Considera-se a fórmula metatarsiana ideal aquela na que o primeiro metatarsiano é igual ao ligeiramente mais longo que o segundo e quando desde este ao quinto apresentam uma longitude harmonicamente decrescente.

Dependendo da localização da hiperqueratose plantar, as metatarsalgias podem ter diferentes formas de apresentação:

Metatarsalgias globais: São secundarias a verticalização de todos os metatarsianos, como sucede nos pés equino ou cavo anterior ou na mulher que utiliza, de maneira constante, sapato de salto alto.

Metatarsalgias mediais: Fundamentalmente são secundarias a um pé cavo interno e se produzem por um descenso isolado do primeiro metatarsiano.

Metatarsalgias laterais: Secundarias ao pé varo o hallux rigidus que determinam uma compensação com apoio sobre as cabeças metatarsianas laterais.

Metatarsalgias centrais: Se produzem, sobre todo, em presença de hallux valgus ou síndrome de insuficiência do primeiro radio.

Síndrome do segundo dedo

A instabilidade da segunda articulação metatarsofalângica foi descrita por Denis em 1979 e por Mann em 1985. É a lesão que se observa com mais frequência nas metatarsalgias estáticas. A instabilidade dolorosa da segunda articulação metatarsofalângica evoluciona em três fases: uma fase de instabilidade simples, uma fase de luxação reversível e uma fase de luxação irreversível quando a base da falange está colada



Figura 7



Figura 8



Figura 9

á cara dorsal do pescoço do segundo metatarsiano.

Descrição

Na primeira fase, o diagnóstico se baseia na intensidade da dor, localizado na segunda articulação metatarsofalângica, em general na cara dorsal. A articulação está aumentada de volumem e a pressão bidigital desperta uma dor que o próprio paciente descreve como característico. Busca-se a instabilidade dolorosa da articulação. O examinador mantém o segundo metatarsiano no seu lugar com a mão esquerda.

Com a mão direita assegura a primeira falange entre o polegar e o índice e imprime á articulação movimentos verticais que são comparáveis a os aplicados sobre o joelho para buscar o signo de Lachmann. Esta instabilidade é dolorosa e o doente confirma que se trata da mesma dor que sente ao caminhar. O resto da exploração da paleta metatarsiana é normal. O primeiro dedo, em geral deformado, sole ser não doloroso. Esta manobra permite fazer o diagnóstico diferencial da síndrome doloroso do segundo dedo e da doença de Morton do segundo espaço, na que a pressão do espaço desperta a dor.

Nesta fase a pegada plantar pode ser anômala, com sobrecarga da segunda cabeça metatarsiana.

A radiografia anteroposterior com apoio pode revelar um ligeiro alargamento da interlínea metatarsofalângica. Nesta fase, a cintilografia é positiva.

A segunda fase corresponde à subluxação da articulação metatarsofalângica.

Esta subluxação pode provocar uma reação sinovial semelhante a uma verdadeira sinovites inflamatória metatarsofalângica. As probas analíticas normais permitem descartar este diagnóstico. Detecta-se instabilidade com subluxação dorsal reduzível da articulação metatarsofalângica.

A subluxação não é necessariamente dolorosa e o paciente reconhece o ressalto provocado pela exploração. Nesta fase aparece uma hiperqueratose é debaixo da segunda cabeça metatarsiana.

Na radiografia anteroposterior se observa um pinçado da interlínea articular; na projeção oblíqua se detecta uma subluxação dorsal da primeira falange.



Figura 10

Luxação irreductível da segunda articulação metatarsofalângica

A terceira fase é mais evidente: luxação da articulação metatarsofalângica e fixação vertical da primeira falange ao pescoço do metatarsiano. A luxação, que se verifica com a palpação bidigital, é reduzível e pouco dolorosa. Existe uma deformação em garra da articulação interfalângica proximal e uma perda do apoio da polpa do segundo dedo. A interfalângica sole ter uma dureza dorsal dolorosa que motiva a consulta.

A hiperqueratose é plantar é constante e responsável do conflito com o calçado que provoca a dor.

As radiografias anteroposterior e lateral revelam a luxação da segunda articulação metatarsofalângica.

A terceira articulação metatarsofalângica pode ser dolorosa em esta fase (**Figura 10**). Bonnel pensa que a luxação metatarsofalângica é produto de uma distensão seguida de ruptura da placa plantar, ruptura que é favorecida por lesões degenerativas preexistentes. A instabilidade é também o resultado do desequilíbrio entre os músculos longos, com ineficácia dos músculos curtos.

Tratamento

O tratamento conservador pode ser útil se o diagnóstico é precoce. Antes que a articulação metatarsofalângica se deforme, uma ortese plantar elevadora da cabeça do segundo metatarsiano, a vendagem de sujeição dos dedos e, em alguns casos, a reabilitação podem diminuir as manifestações dolorosas.

A barra retrocapital, associada a uma cela debaixo da cabeça do segundo metatarsiano, diminui a pressão e, em consequência, a dor da articulação metatarsofalângica. A punção da hidrartroses também pode aliviar a dor. A injeção de algumas gotas de anestésico local afina o diagnóstico. No tratamento médico se incluem os antiinflamatórios não esteróides (AINE).

A infiltração intraarticular com um antiinflamatório esteróides não se recomenda porque acele-

ra a evolução para a luxação. A infiltração periarticular ou da interlínea com um derivado cortisonico pode indicar se em caso de intensas reações inflamatórias locais. Após a infiltração, a articulação metatarsiana pode imobilizar-se durante alguns dias com uma bandagem de sujeição que limita a dorsiflexão do dedo.

O tratamento cirúrgico se indica se o tratamento médico não alivia as manifestações dolorosas.

Na fase inicial poderia fazer-se uma sinovectomia articular com reconstrução dos ligamentos laterais, mas se trata de uma técnica difícil. O tendão extensor do dedo se alarga segundo a técnica de Green. Se o segundo dedo é muito longo, as opções possíveis são a artroplastia ou uma artrodese interfalângica de encurtamento.

Na fase de luxação inveterada, para reduzir a luxação é necessária a artrólise da articulação metatarsofalângica, ademais de uma ação sobre o metatarsiano. A osteotomia bimetatarsiana é imprecisa e requer outra via de acesso. Deve incluir um encurtamento em caso de index minus marcado.

A osteotomia retrocapital cuneana de Gauthier é uma opção possível. Trata-se de uma osteotomia distal que permite o basculamento posterior da cabeça metatarsiana. A articulação deve manter-se em repouso durante 4 semanas com um calçado de apoio posterior. Durante este período, a reabilitação se centra em conservar a mobilidade articular. O repouso articular pode dar bons resultados. Esta conduta não se adota se o segundo metatarsiano é longo, pois o encurta pouco e pode associar-se a uma hiperpressão residual, que é um fator de necrose da cabeça metatarsiana osteotomizada.

As osteotomias basais são factíveis se a longitude que vai corrigir não é excessiva. As osteotomias metatarsianas proximais podem fazer-se num dedo isolado, pero as vezes resulta difícil regular a elevação. As osteotomias basais sem fixação devem incluir todos os dedos centrais para evitar as metatarsalgias por transferência e as pseudoartroses.

Barouk impulsionou na França a osteotomia de Weil: se trata de uma osteotomia oblíqua de diante para trás e de arriba para abaixo, quase horizontal, que faz retroceder toda a articulação metatarsofalângica. Foi modificada mediante um emagrecimento da metáfise proximal para combater o aumento da inclinação metatarsiana induzida pelo retrocesso da cabeça. É preferível se a longitude do segundo metatarsiano é excessiva, porem é muito perigosa quando se faz em um solo metatarsiano. Por esta razão, tem que

associar uma osteotomia do terceiro metatarsiano e, em geral, do quarto, para equilibrar a longitude da paleta metatarsiana lateral e evitar as metatarsalgias por transferência. Esta osteotomia é a indicação de eleição quando existe luxação da segunda metatarsofalângica e também em caso de deformação das metatarsofalângicas no plano axial.

Na lesão isolada da segunda metatarsofalângica não estão indicadas a ressecção da cabeça metatarsiana, a colocação de uma prótese de silicone da segunda metatarsofalângica, a técnica de Regnault no encravamento da cabeça metatarsiana num só dedo nem a artroplastia por via plantar, com ressecção da base da primeira falange que desestabiliza a articulação, já que um 50% dos casos acaba na recidiva da luxação metatarsofalângica.

Com a osteotomia diafisária de Helal não se consegue resolver o problema da luxação metatarsofalângica, da verticalização da primeira falange e da retração dos ligamentos colaterais. A rigidez da interfalângica proximal, que acompanha a luxação metatarsofalângica, necessita a maioria das vezes uma artroplastia ou uma artrodese. A artroclasia pode bastar em caso de rigidez moderada com uma primeira falange de tamanho normal.

Doença de Freiberg

É a osteonecrose da segunda cabeça metatarsiana. Em realidade, se trata de uma osteonecrose asséptica da cabeça e sua prevalência está mal definida. Dos estudos retrospectivos se diz que se trata de uma lesão com uma proporção por sexos de 3:1 a favor das mulheres, com maior incidência da franja etária dos 13-20 anos. O segundo metatarsiano está afetado no 70% dos casos, o terceiro no 25% e o quarto com muita menos frequência. A lesão do quinto metatarsiano só se trata de secundária a um transtorno postural do antepé. Na pessoa desportista foi descrito uma doença de Freiberg microtraumática do primeiro radio, que faz pensar na necrose da cabeça do segundo metatarsiano.

Freiberg foi o primeiro em descrever esta osteonecrose metatarsiana em 1914. Na cabeça do segundo metatarsiano também se a conhece como doença de Köhler. Na do terceiro metatarsiano ha sido descrita por Paner, entanto que Ehlacher a descreveu nas cabeças dos metatarsianos quarto e quinto.

Afeta basicamente a mulher antes da fusão definitiva dos núcleos epifisários e diafisários. Na adolescência se trata de uma lesão articular, com



12ª edição

INTERNACIONAL
**PROFESSIONAL
fair**

FEIRA PROFISSIONAL DE BELEZA
11 a 13 de julho de 2015
EXPOMINAS - BH MG

CONGRESSO DE PODOLOGIA AVANÇADA

Data: 12 e 13 de julho de 2015

Horário: 09:30 às 18:00

Expominas/ BH-MG



Feira Profissional de Beleza | 11 a 13 de julho de 2015

11/07 - 13h às 20h e 12, 13/07 - 10h às 20h

Em 2015, a PROFESSIONAL FAIR, em parceria com o Professor Magno Queiroz, da Clínica Podológica São Camilo, irá realizar o maior Congresso de Podologia Avançada do Brasil, serão 02 dias de intenso aprendizado, para 150 congressistas, com os melhores profissionais do setor.

As mais recentes novidades em Podologia estarão em debate:

- Cuidados podológicos aos pacientes portadores de hanseníase;
- Tratamentos farmacêuticos aplicados a podologia;
 - Técnicas avançadas para locomoção;
 - Cuidados e saúde podológicos dos idosos.
- Novas órteses para resolver problemas na podologia;
 - Tratamento para unhas frágeis;
 - Técnicas auxiliares no tratamento de podopatias;
- Construção mercadológica na profissão de podologia;
 - Avaliação em pés diabéticos;
 - Avaliação em pés neuropatas e isquêmicos;
 - Manejo de onicocriptose pelo podologista;
 - Reflexologia podal;
 - Laser terapêutico na podologia.

revistapodologia
.com

CLÍNICA PODOLÓGICA
São Camilo
especializada em cuidar dos pés



Informações



www.professionalfair.com.br
www.feiraprofissionaldebeleza.com.br

Tel. 31 3273.9225 / 31 3273.9083
congressos@professionalfair.com.br

metatarsalgias por aumento de volumem da articulação metatarsofalângica. As metatarsalgias verdadeiras aparecem na idade adulta. Expressam o aumento de volumem da articulação metatarsofalângica, na maioria dos casos com uma exostose dorsal da cabeça e do pescoço do segundo metatarsiano. O volumem da exostose provoca conflitos com o calçado.

Porem, as publicações referem verdadeiros casos de doença de Freiberg descritos à continuação de um traumatismo. Foi Cameron quem, pensando que a lesão do quadrante superior da cabeça metatarsiana correspondia a uma fissura subcondral, a relacionou com uma causa traumática. Em o adolescente, um segundo metatarsiano longo é um fator favorecedor da hipovascularização que conduz à necrose da cabeça metatarsiana. No adulto osteoporótico, as faturas de esforço se assemelham às doenças de Freiberg pós-traumáticas.

Clínica

A dor da doença de Freiberg é ascendente, se irradia para o dorso do pé, é desencadeado pela marcha e pelo apoio e calma com o repouso. Durante a inspeção sole ver-se o relevo da segunda articulação metatarsofalângica. Também desperta dor a pressão da articulação. O relevo dorsal, que se palpa com facilidade, é um indicio da deformação da cabeça metatarsiana. Não se observa instabilidade vertical da segunda metatarsofalângica. Esta exploração é sem dor, mais no é a dorsiflexão da articulação.

Na fase de inicio, a radiografia é negativa. A cintilografia revela uma hipercaptação na cabeça metatarsiana. Evoluciona naturalmente para a deformação da articulação metatarsofalângica. Trás uma fase aguda, pode evolucionar de forma progressiva. A aparição de corpos estranhos intraarticulares limita a flexão dorsal que motiva a consulta. O paciente não pode correr e sente moléstias ao caminhar. A palpação põe de manifesto uma hidrartrose e aumento do volumem articular. Na fase artrítica se palpa um alargamento da base da falange e um aumento de volumem da cabeça metatarsiana, o que faz impossível a flexão dorsal.

Radiografia

Na doença de Freiberg temdem a distinguir se quatro fases radiológicas:

- A fase inicial se caracteriza pela ausência de anomalias na cabeça metatarsiana e na base da falange; a continuação se detecta uma esclerose



Doença de Freiberg em fase de estado

subcondral da cabeça metatarsiana, com um aspecto de casca de ovo;

- Na fase seguinte, este aspecto de necrose se acompanha de uma deformação da cabeça metatarsiana: esta deixa de ser esférica e adota uma forma cúbica, que se observa com mais facilidade em uma projeção oblíqua; a interlínea articular é normal, sem imagem no espelho na base da falange;

- A fase seguinte está marcada por uma maior deformação da cabeça metatarsiana, com corpos estranhos intraarticulares que correspondem a fragmentos necrosados da cabeça do metatarsiano (**Figura 11**);

- Na última fase, os corpos estranhos intraarticulares produzem uma artrose metatarsofalângica, belisco da interlínea e deformação artrítica da base falângica (esclerose subcondral, osteófitos laterais e dorsais, etc.).

Na fase aguda inicial o diagnóstico é basicamente clínico. Tem que descartar artrites, uma síndrome do segundo dedo por instabilidade e uma fratura de esforço da cabeça do segundo metatarsiano.

Tratamento

Na fase inicial, o tratamento consiste em colocar a cabeça metatarsiana em posição de descarga. Isso se consegue com uma órtese plantar, tratamento antiinflamatório e repouso. O calçado de solado rígido pode ajudar a proteger a articu-

lação metatarsofalângica. O tratamento médico na fase inicial poderia conduzir a restituição ao estado normal. Em realidade, na maioria dos casos os pacientes vão à consulta na fase de necrose, com deformação global da cabeça metatarsiana e presença de corpos estranhos; a fase pseudo-inflamatória, por tanto, se ha passado por alto.

Na fase de estado, e em presença de corpos estranhos intraarticulares, o tratamento é cirúrgico. Só a cirurgia permite a ablação dos fragmentos intraarticulares, a sinovectomia e a regularização da cabeça metatarsiana. Ante a perda de congruência articular com desaparecimento da cartilagem, a osteotomia cuneiforme de base dorsal de Gauthier serve para repor frente a base da falange uma zona de cartilagem intacto, o que permite recuperar a mobilidade normal da articulação metatarsofalângica.

Esta osteotomia pode efetuar se com uma técnica de tipo Weil, na que o traço se estende hasta a metáfises, que permitiria uma remição más amplia da zona de necroses e facilitaria a osteossíntese com um parafuso. Este tipo de intervenção produce bons resultados si vai seguida da descarga do membro durante 4 semanas e se, durante este período, se efetua uma reabilitação para evitar uma limitação da dorsiflexão da articulação metatarsofalângica.

Na fase seguinte já está presente a deformação artrítica. Tem que remodelar a cabeça metatarsiana e a base da falange previa ablação das exostoses. Parece-nos que a técnica descrita por Helal (alargamento da cabeça metatarsiana com um enxerto ósseo para substituir os tecidos necrosados) seria ilógica, porque reconstitui a longitude excessiva do segundo metatarsiano e expõe a hiperpressão da zona da osteotomia e a necroses da parte intacta da cartilagem, que é um fator de rigidez da articulação metatarsofalângica.

Antepé redondo ou pé redondo anterior

O antepé redondo (**fig. 12**) é uma manifestação da sobrecarga das cabeças dos metatarsianos centrais. Pode obedecer a um fator inflamatório, a uma insuficiência do primeiro dedo o a uma lesão dos metatarsianos centrais. Representa cerca do 60% das metatarsalgias estáticas.

O antepé triangular é a forma mais completa de esta sobrecarga das cabeças metatarsianas.

Etiología

O antepé redondo secundário à brevidade insuficiente do primeiro metatarsiano sole ser congê-

nito. Ele é visto no hallux valgus, a hiperlaxitude ligamentosa, o pé plano com insuficiência do perônio longo e, de forma mais geral, em o contexto de um calçado inadequado.

O exemplo típico é o pé ancestral de Morton, que associa a brevidade anatômica do primeiro dedo a brevidade geométrica devido a abdução do primeiro metatarsiano. Porém, na maioria dos casos se trata do antepé redondo de uma mulher na perimenopausa, na que o sobrepeso, a insuficiência venosa, a insuficiência linfática e os transtornos endócrinos se associam a os transtornos posturais e a descompensação mecânica do antepé. La paleta metatarsiana é triangular e se dispõe de forma escalonada. Os ligamentos intermetatarsianos estão distendidos e as metatarsofalângicas são instáveis, o que produce um equinismo da primeira falange com dedo em garra. O calçado com elevação do calcanhar agrava a sobrecarga das metatarsofalângicas. A verticalização metatarsiana e da primeira falange assim como os dedos em garra contribuem a sobrecarga das cabeças metatarsianas centrais. A brevidade do primeiro metatarsiano pode ser secundaria a uma cirurgia. O apoio insuficiente da polpa do primeiro dedo era característico da intervenção de Keller-Brandes.

Clinica

Uma paciente consulta por metatarsalgias permanentes na altura do antepé, com sensação de queimadura ao caminhar e de calor, pero também de corpos estranhos o de «pedras» no calçado. Quando a paciente se encontra em repouso, a metatarsalgia persiste ainda com os pés nus, o que representa um caráter diferencial com a doença de Morton. A exploração física revela o escalonamento da paleta metatarsiana, a instabilidade das metatarsofalângicas, o edema articular, a infiltração tissular e o antepé redondo. O conjunto dos metatarsianos é convexo para abai-



Figura 12

Antepé redondo com bursite submetatarsiana

xo. Existe uma hiperqueratose plantar, pelo geral estendida as três cabeças metatarsianas centrais. Às vezes resulta difícil estabelecer a diferença entre um hiperapóio dos metatarsianos segundo o terceiro. A paciente vê agravar-se a hiperqueratose plantar, a pesar dos tratamentos de pedicura, sem nenhuma lesão cutânea debaixo das cabeças dos metatarsianos primeiro e quinto. É possível detectar processos inflamatórios devidos a uma bursite submetatarsiana hiperálgica.

A luxação das metatarsofalângicas não é obrigatória, pero o antepé redondo sole associar-se a uma instabilidade metatarsofalângica dos três dedos centrais. A deformação em garra da interfalângica sole ser flexível e reduzível. É impossível obter a horizontalização da metatarsofalângica. Os diagnósticos diferenciais são a fratura de esforço do segundo metatarsiano e o Neuroma de Morton, com uma dor mais intensa que se alivia massageando o pé trás quitar-se o calçado.

A almofada plantar sole estar conservada mas na fase de estado se pode observar hiperqueratose debaixo das cabeças metatarsianas segunda e terceira, com alteração verdadeira da almofada. A pressão dos espaços intermetatarsianos não desperta nenhuma dor específica.

Tratamento

Tratamento médico

Consiste em um calçado amplo e na reabilitação do antepé a altura das metatarsofalângicas e das órtese plantares para inverter a convexidade da curva. O médico põe ênfase na adaptação do calçado à forma do antepé com um sapato amplo e flexível, menor altura do salto e incorporação de material flexível que amortença os golpes ao caminhar. As órtese plantares podem usar-se enquanto as articulações metatarsofalângicas permaneçam flexíveis e as deformações interfalângicas sejam redutíveis. Em caso de rigidez articular, a elevação das cabeças metatarsianas agrava o conflito da cara dorsal das interfalângicas com o calçado.

Em caso de lesões redutíveis tem que indicar uma barra retrocapital, um reforço central e asas laterais. A barra se adapta às cabeças dos metatarsianos para obter uma descarga máxima. Martoro propõe uma órtese plantar com uma crista antecapital, muito difícil de colocar com precisão. Seu objetivo principal será limitar o deslocamento do antepé e a deformação em garra dos dedos.

Pode-se sinalar, a título informativo, a tira metatarsiana de Forestier, em geral muito mal

tolerada pelos pacientes. As órtese de descenso dos dedos podem ser úteis em caso de garras flexíveis e dolorosas.

Reabilitação

É uma parte fundamental do tratamento médico do antepé redondo. Consiste em exercícios de flexibilização e de estiramento plantar das articulações metatarsofalângicas, que o paciente deve praticar duas vezes ao dia por si mesmo. A reabilitação tende a levantar as cabeças metatarsianas mediante o descenso da primeira falange e a flexibilização do antepé, desde a borda lateral a borda medial do pé. La reabilitação não é só passiva sino também ativa: o paciente desenvolve a função dos músculos flexores e extensores. Tem que ativar os músculos do primeiro dedo, tanto abdutores como adutores. O paciente aprende a caminhar com as pontas dos pés com um apoio máximo das polpas dos dedos. Também deve fazer exercícios de flexão das metatarsofalângicas, trabalhando sobre uma toalha ou pegando com os dedos um lápis, uma bolinha ou uma pelota, etc., do chão.

Tratamento cirúrgico

Indica-se quando, depois de recuperar o eixo do primeiro radio, persistem sintomas nas cabeças metatarsianas laterais:

- Em caso de antepé redondo, o tratamento se dirige as três articulações metatarsofalângicas. Sobre isto, seria perigoso tratar um só radio, pois a modificação do apoio de uma metatarsofalângica sola expõe a metatarsalgias por transferência as articulações metatarsofalângicas adjacentes;
- Em caso de pé cavo anterior, as osteotomías metatarsianas basais centrais são perigosas porque podem induzir ao que Doagoutte definiu como a síndrome pós-osteotomia, que consiste na sobrecarga das cabeças metatarsianas primeira e quinta, com metatarsalgias secundárias em estes segmentos.

Intervenções sobre os tecidos brandos

O tratamento cirúrgico dos tecidos brandos foram descrito por Voutey e por Nelly de Stoop na artrite reumatóide: se trata da liberação completa da articulação metatarsofalângica com alargamento do tendão do músculo extensor do dedo, alargamento do tendão do músculo extensor curto, abertura dorsal da cápsula articular metatarsofalângica e liberação moderada dos ligamentos colaterais da articulação metatarsofalângica. O paciente realiza uma autorreabilitação baseada na marcha. Perrin ha comunicado



Linha Spa Mãos e Pés – A excelência em tratamento que faltava no trabalho de podologia e manicure

Agora podólogos e manicures têm uma linha completa para uso exclusivo profissional com produtos formulados à base de própolis, alantoína e chá verde para assepsia, além de manteigas especiais, óleos vegetais, óleo de maracujá e argila para revitalização e hidratação intensa.



Loção Higienizante

Promove higienização local e suave refrescância.

Gommage Esfoliante

Renovação celular. Revitaliza e auxilia na atenuação de calosidades.

Manteiga para Mãos, Cutículas e Pés

Hidratação profunda. Proteção e emoliência com ação rejuvenescedora.

**Tudo que o profissional precisa
O resultado que o cliente quer**

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE

um 80% de bons resultados com esta técnica.

Judet descreve o transplante dos tendões extensores sobre o pescoço metatarsiano: o tendão do músculo extensor comum, seccionado, se passa a través da cabeça metatarsiana e se sutura sobre si mesmo com máxima tensão. O resultado imediato de esta técnica é bom, mas a distensão progressiva do tendão transferido conduz à recidiva do hiperapóio metatarsiano.

Intervenções ósseas

A mais distal das osteotomias é a condilectomia, todavia popular nos Estados Unidos. Em realidade, os resultados são inconstantes. Expõe a um risco elevado de metatarsalgias por transferência, assim como de recidiva das metatarsalgias por irregularidade da superfície plantar da cabeça metatarsiana.

As osteotomias metatarsianas podem ser proximais, diafisárias ou distais. Sempre se associa uma artrose das articulações metatarsofalângica e interfalângica correspondentes.

As osteotomias basimetatarsianas podem ser planas oblíquas como as realizadas por Doagoutte, em «V» metatarsianas como as descritas por Denis ou por Jarde e semicirculares ou cuneanas de base dorsal como as efetuadas por Groulier. Para que sejam eficazes, as osteotomias devem produzir um efeito de encurtamento do metatarsiano. O inconveniente é a dificuldade para ajustar a ressecção óssea aos três metatarsianos centrais. As complicações solem ser escassas (pseudoartroses, calo vicioso, etc.).

As osteotomias diafisárias foram descritas por Helal. Trata-se de osteotomias oblíquas de atrás para adiante e de arriba para abaixo, associadas a uma liberação plantar das metatarsofalângicas. Não incluem osteossíntese. Supõe-se que o apoio imediato favorece a regulação do equilíbrio das articulações metatarsofalângicas. Em realidade, as complicações (desvio do eixo metatarsiano, calo vicioso, pseudoartrose, rigidez metatarsofalângica, etc.) são frequentes, pelo que se considera que estas osteotomias são muito perigosas.

A intervenção de Gauthier (osteotomia cuneana de base dorsal retrocapital) do segundo metatarsiano pode indicar se, mas é difícil efetuá-la de maneira precisa nos três metatarsianos devido ao seu escasso efeito de encurtamento.

O encravamento das cabeças metatarsianas ou técnica de Regnault sole provocar a rigidez das metatarsofalângicas, mas também necrose das cabeças metatarsianas se o encurtamento é insuficiente.

A ressecção da base metatarsiana consiste em

uma osteotomia cuneiforme dorsal de 2 mm que se completa com uma artrólise e raspado da articulação tarsometatarsiana para favorecer a elevação do metatarsiano. Não produz efeito de retrocesso e destrói a articulação tarsometatarsiana. Está indicada com preferência nas metatarsalgias associadas a uma artrose de Lisfranc.

As osteotomias percutâneas distais (DDMO, distal metatarsal mini-invasive osteotomy) estão indicadas com preferência no antepé redondo. Trata-se de uma osteotomia extraarticular subcapital sem artrodese, com um traço a 45° respeito ao metatarsiano no plano sagital. Esta osteotomia se efetua nos três radios centrais para evitar a transferência de carga. É uma osteotomia adaptativa que, com o apoio imediato, produz um calo vicioso em flexão dorsal e encurtamento. Tem a vantagem de provocar menos rigidez devido ao seu caráter extraarticular. A consolidação pode ser muito lenta, com sensibilidade nos sítios de osteotomia e edema persistente, sobre o qual é necessário informar ao paciente.

A osteotomia de Weil, difundida por Barouk, é uma das intervenções de referencia para o antepé redondo doloroso e se efetua nas três cabeças metatarsianas centrais: produz um retrocesso considerável das cabeças metatarsianas e resolve o problema da deformação em garra das interfalângicas se dita deformação é flexível.

Para levá-la a cabo se necessita uma planificação precisa para evitar as metatarsalgias por transferência. La complicação principal é a rigidez articular, que necessita uma via de acesso articular mínima com o fim de limitar as aderências, assim como uma reabilitação pós-operatória imediata e prolongada.

A técnica de Lelièvre, ou ressecção das cabeças metatarsianas, é eficaz para as dores metatarsianas, pero não está indicada para as lesões denominadas estáticas. Sobre isto, na artrite reumatóide, a ressecção das cabeças metatarsianas suprime as cabeças muito deformadas, invadidas pelo processo inflamatório e com uma lesão articular definitiva. Nas lesões posturais, as deformações articulares são muito menores e as ressecções produzem habitualmente metatarsianos curtos com hiperapóio dos tocos dos pescoços metatarsianos. O alinhamento metatarsiano só pode propor se nas sequelas graves de traumatismos do antepé ou de uma cirurgia excessiva e mal programada.

Do análises das series publicadas de osteotomias metatarsianas mostra que cerca de 80% de bons resultados. O 20% de fracassos se deve basicamente a que aparecem metatarsalgias por uma má transferência de carga sobre um meta-

tarsiano não osteotomizado, a pseudoartrose, a complicações cutâneas ou, em alguns casos, a uma algodistrofia postoperatória.

A metatarsalgias por transferência complicam as osteotomias limitadas a uno ou dois metatarsianos. Debaxo da cabeça do metatarsiano no osteotomizado se forma uma dureza e a dor reaparece. O tratamento médico é de rigor. Consiste em uma barra retrocapital com uma zona de exclusão debaixo da cabeça do metatarsiano implicado. Para desgraça, o tratamento cirúrgico mediante osteotomia do metatarsiano doloroso é muitas vezes necessário.

A pseudoartrose dos metatarsianos é possível depois de uma osteotomia. Os fatores de esta complicação são a falta de imobilização da osteotomia e a hiper mobilidade derivada do apoio precoce do antepé. Em general, as pseudoartrose complicam as osteotomias basimetatarsianas devido a longitude do braço de alavanca em o metatarsiano. Tem que pensar em elas se desaparece a hiperqueratose plantar pero persiste a metatarsalgia. Muito seguido, a retração dos tecidos brandos e as cicatrizes pós-operatórias dificultam o diagnóstico. A radiografia sole ser difícil de interpretar devido a magnitude do calo e a sua hipertrofia. Em cambio, o diagnóstico é possível a partir da hipercaptação na cintilografia. Isto se confirma mediante uma tomografia computadorizada (TC) do metatarsiano.

Uma fixação intermetatarsiana percutânea com agulhas de um lado ao outro do foco de pseudoartrose conduz à consolidação tão rápido como a osteosíntese mediante uma placa associada a um inserto ósseo (**Figura 13**).

A descarga do pé se consegue usando um calçado de apoio posterior durante 6 semanas.

Dismorfias dos metatarsianos centrais

A desigualdade de longitude de um metatarsiano rompe o apoio equilibrado das cabeças metatarsianas durante a marcha. A longitude desigual pode ser congênita, iatrogênica ou secundaria a uma afecção neurológica.

Braquimetatarsia congênita

A braquimetatarsia pode ser congênita o adquirida. Sua repercussão clínica é evidente aos 10-15 anos. Afeta muito más as mulheres é que a os varões, com uma proporção por sexos habitual de 25:1. Os estudos retrospectivos revelam que o quarto dedo se afeta com más frequência. A lesão é bilateral em o 72% dos casos. A hipoplasia pode afetar ao dedo, ao metatarsiano ou ao dedo completo. A braquimetatarsia verticaliza a

primeira falange, que tem um aspecto de dedo implantado na cara dorsal do antepé. A verticalização do quarto dedo provoca um conflito com o calçado. Sua posição retraída para com os demais dedos induze um desvio do terceiro dedo, a verticalização do quinto dedo com hiperapoiios das cabeças metatarsianas terceira e quinta e podalgias secundarias. Na cara plantar, a hipoplasia metatarsiana forma um sulco anteroposterior como indicio do estreitamento da paleta metatarsiana e também da hipoplasia dos músculos intrínsecos do quarto radio.

Esta anomalia sole suportar se bem. A indicação cirúrgica no adolescente é mais bem de índole estética. Necesita o alongamento progressivo depois da osteoclasia do metatarsiano. Em caso de hipoplasia dos dedos primeiro e quarto, uma osteotomia de retrocesso dos metatarsianos segundo e terceiro permite restabelecer uma parábola normal e obter um inserto mediante um alongamento extemporâneo do quarto metatarsiano.

O tratamento na idade adulta é o de um dedo em garra com um conflito a nível da interfalângica proximal.

Braquimetatarsia iatrogênica

É a forma mais frequente de esta lesão. Precede ressecção de uma cabeça metatarsiana única o uma artroplastia metatarsofalângica mediante um implante de silicone. O retrocesso da cabeça metatarsiana ocasiona metatarsalgias por transferência. O caso mais frequente é a ressecção da segunda cabeça metatarsiana a causa de uma luxação da segunda metatarsofalângica, com transferência das cargas por debaixo da terceira cabeça.

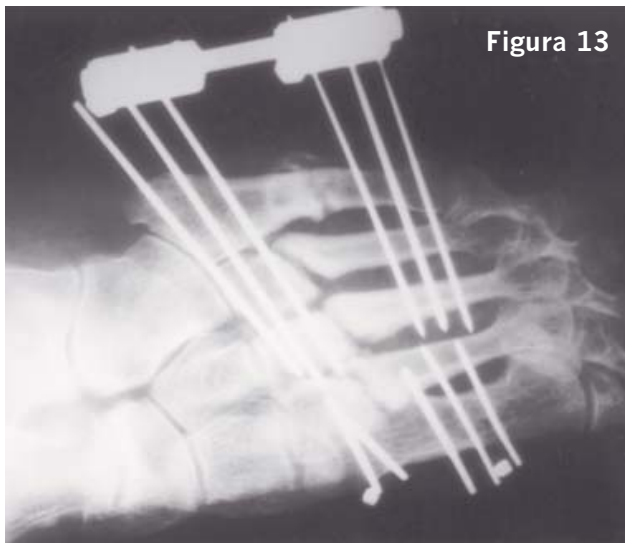


Figura 13

Tratamento das pseudoartroses metatarsianas por meio de fixação percutânea com agulhas.

Braquimetatarsia no pé neurológico

O antepé cavo anterior por equino do pé neurológico se acompanha bastante seguido de um cavo transversal por retração das metatarsofalângicas. Só se apóiam as cabeças metatarsianas primeira e quinta. A associação de um tendão de Aquiles curto provoca um hiperapoio debaixo das cabeças mencionadas. O hiperapoio se agrava devido a hiperatividade do músculo adutor transverso do hallux e a um desequilíbrio dos músculos fibulares. O hiperapoio evoluciona de maneira espontânea para a ulceração e o mal perfurante plantar.

Tratamento

O tratamento médico consiste em uma reabilitação dirigida ao alongamento do sistema suraquiliano-plantar para reduzir o apoio do arco anterior do pé. A órtese plantar permite repartir as cargas de uma forma mais equilibrada nas cabeças metatarsianas. Tem que recordar que devem manter-se a flexibilidade e a função das metatarsofalângicas.

O tratamento cirúrgico se indica se o tratamento médico é insuficiente. Consideram-se o alinhamento dos metatarsianos mediante encurtamento ou por alongamento do metatarsiano mais curto. O alongamento se efetua depois de osteoclasia mediante uma distração continua com um fixador externo.

Esta técnica necessita vários meses de tratamento, produz dor e os resultados são favoráveis quando interessa a um só metatarsiano. Em caso de pé cavo neurológico ou de lesão iatrogênica de um dedo metatarsiano, o encurtamento dos metatarsianos adjacentes é uma solução mais simples. A técnica de Weil se adapta bem a esta afecção, com a condição de que se reduza a altura do metatarsiano para melhorar a distribuição das cargas. O encravamento das cabeças metatarsianas com a técnica de Regnault é mais difícil, pero pode proporcionar resultados aceitáveis.

A ressecção de só uma cabeça metatarsiana ou a colocação de uma prótese no metatarsiano mais curto são técnicas que devem excluir-se. No futuro, o tratamento do pé cavo neurológico se centrará no mediopé, associando um alongamento dos tendões extensores para horizontalizar as metatarsofalângicas, assim como a distensão do tendão calcâneo.

Hiperqueratose intratável

O desenvolvimento de uma dureza debaixo da cabeça de um metatarsiano lateral conduz a uma



Figura 14

Hiperqueratose intratável

hiperqueratose intratável (fig. 14). Apesar de que a hiperqueratose pode ser difusa, na maioria dos casos é localizada. A dor se deve basicamente ao agravamento progressivo da hiperqueratose, apesar do tratamento pedicuro. Solet localizar-se debaixo das cabeças metatarsianas segunda ou terceira. Mann considera que, em realidade, se trata da consequência de um aumento de volume do côndilo lateral da cabeça metatarsiana.

O diagnóstico diferencial com a verruga plantar não sempre é evidente. É fácil se a lesão se encontra por fora de uma zona de apoio e no tanto si se localiza debaixo das cabeças metatarsianas. A hiperqueratose deve ser ressecada. Na verruga plantar se observa um ponteadado purpúreo arteriolar no centro da lesão. Na dureza, a conservação dos dermatoglifos é um sinal importante.

A coagulação pode indicar-se nas verrugas plantares, pero não na hiperqueratose. O paciente consulta habitualmente devido a aceleração da formação da hiperqueratose. O tratamento médico consiste na descarga da cabeça metatarsiana com uma órtese adequada. O tratamento cirúrgico se indica si fracassa o tratamento médico. A osteotomia metatarsiana se efetua nos três metatarsianos centrais. A osteotomia basimetatarsiana só rara vez conduz a desaparecimento de uma hiperqueratose plantar. A condilectomia é uma técnica difícil e em geral perigosa, devido a que resulta complicado obter uma superfície plantar plana sem asperezas.

Joanete de sastre

Uma proeminência da cabeça do quinto metatarsiano pode derivar em uma inflamação, uma

bursite ou uma dureza lateral ou plantar. O joanete de sastre expressa o conflito da cabeça do quinto metatarsiano com o calçado. A deformação pode consistir em um quinto varo congênito, com aumento do ângulo intermetatarsiano M4-M5, aumento de volume da cabeça do quinto metatarsiano ou deformação em «lâmina de sabre» do quinto metatarsiano. A dor pode envolver-se lateralmente ou na cara plantar do quinto metatarsiano. A compressão do nervo colateral lateral do quinto dedo se deve ao conflito com o calçado. A adução de este dedo pode se associar ao desvio lateral do metatarsiano.

Clinica

O paciente consulta por uma bursite ou uma moléstia em relação com o calçado, rara vez por uma metatarsalgia plantar.

Na exploração física se busca a angulação do quinto metatarsiano, uma deformação interfalângica em garra do quinto dedo e uma dureza lateral, lateroplantar ou plantar. Mediante a palpação se busca a instabilidade da quinta metatarsofalângica com equinismo do quinto metatarsiano. O quinto dedo pode ser supraductus ou infraductus com relação ao quarto. Este dedo pode estar desviado em clinodactilia. A evolução para a luxação é muito mais infrequente na quinta articulação metatarsofalângica que na segunda. Porém é possível a infecção do higroma.

A exploração radiográfica se efetua com apoio em incidências anteroposterior e lateral, e que se associam a incidência oblíqua descrita por Chevrot. Mede-se o ângulo intermetatarsiano M4-M5 (12-15) e se determina o valor do ângulo intermetatarsiano M1-M5. Se buscam os três tipos de joanete de sastre por aumento de volume da cabeça o do côndilo lateral (tipo 1), por deformação do quinto metatarsiano (tipo 2) ou por aumento do ângulo intermetatarsiano (tipo 3). Segundo Jahss, a deformação de tipo 3 se acompanha de braquimetatarsia na maioria dos casos.

Tratamento

O tratamento médico consiste em usar um sapato mais amplo, adaptar a borda lateral de este e fazê-lo amolecer por um sapateiro para evitar a dor provocada pelo calçado.

Uma órtese plantar a modo de pelota retrocapital pode reduzir a largura do antepé e, em consequência, melhorar o calçado.

Os cuidados pedicuros são úteis para tratar a hiperqueratose.

O tratamento cirúrgico depende da forma do joanete. No alargamento do ângulo intermetatar-

siano M4-M5, a osteotomia metatarsiana basal (de tipo Chevron) ou diafisária (a maneira de Coughlin) permite obter, mediante fixação intermetatarsiana percutânea com agulhas ou mediante osteosíntese, uma correção completa do ângulo intermetatarsiano.

Em caso de deformação distal, a osteotomia de tipo Chevron, a maneira de Kenneth-Johnson, transferindo a cabeça metatarsiana para dentro, ou a osteotomia de Weil produzem bons resultados. Para no perder a correção se recomenda fixar a osteotomia.

A ressecção simples do higroma, a ressecção da face lateral da cabeça metatarsiana e o cerclagem intermetatarsiano são insuficientes.

La osteotomia de tipo Scarf não permite uma correção suficiente devido ao baixo diâmetro metatarsiano, fato que limita as possibilidades de transferência para dentro do osso osteotomizado. As osteotomias, sejam proximais, diafisárias ou distais, permitem, em general, resolver o conflito lateral do joanete de sastre.

A osteotomia por via percutânea, de descrição recente, produziria bons resultados.

Rigidez dos Gastrocnêmios

A retração dos gastrocnêmios afeta a corrente suoaquiliana posterior. Esta retração se observa em varias situações patológicas do membro inferior e do pé em especial. Assim, é detectada com frequência no pé plano, bloqueando o valgo do retopé, junto a um hallux valgus congênito, um síndrome femoropatelar ou incluso úlceras por diabetes. A rigidez pode ser a causa das metatarsalgias estáticas: metatarsalgias sem matéria sem anomalia morfológica do antepé. Também pode ser um fator agravante dos transtornos postural é do antepé pela presença, ao caminhar, de um equinismo do tornozelo que agrava o hiperapoiio das cabeças metatarsianas.

Clinica

Na anamnese se coletam a presença de dores, tensões e câimbras na panturrilha. Caminhar descalço é difícil e a marcha pode melhorar usando um pequeno calcanhar. Pode detectar se uma instabilidade do tornozelo, talalgias e especialmente metatarsalgias. Na exploração física se encontra o signo de Silfverskiold, patognomónico da retração dos gêmeos: presença de um equinismo do tornozelo, com o joelho em extensão, que se reduz ao flexionar o joelho.

Tratamento

A reabilitação deve intentar se desde o principio e basear se nos exercícios de alongamento da

corrente suroaquiliana posterior, porem sua eficácia se esgota com o passo do tempo.

O alívio dos sintomas com os alongamentos é um argumento a favor do alongamento cirúrgico. Podem usar-se diversas técnicas que devem adaptar-se a uma possível participação do sóleo: secção isolada das fibras brancas do gêmeo medial na sua inserção proximal segundo Barouk, alongamento da folha dos gêmeos na zona intermédia segundo Green o Strayer ou bem ressecção endoscópica.

Fratura de esforço

As fraturas de esforço dos metatarsianos são as más frequentes do pé. São típicas nos desportistas, em especial nos que praticam corrida a pé. Produzem-se por uma sobreexigência mecânica do osso.

Suspeitam-se pela aparição de dor mecânico crescente que se alivia com o repouso, ao menos ao principio. Se as atividades prosseguem sobrevêm uma impotência com dores permanentes que impedem a marcha. Na anamnese se coletam de modo sistemático dados relativos a câmbios das condições de treinamento e a esforços intensos ou não habituais.

Na exploração física inicial, mediante a palpação do metatarsiano se detecta uma dor localizada e em geral associada a edema, inclusa às vezes a uma lesão equimótica. As exigências as que são submetidos os metatarsianos causam dor. Em uma fase tardia, o calo hipertrófico se pode apalpar baixo a pele, o que coincide com a diminuição dos sintomas. Devem-se buscar fatores anatômicos favorecedores como um pé cavo e um desvio do eixo do retropé. Essa busca pode ser infrutuosa.

La radiografia standard pode revelar desde o principio ou de forma mais tardia uma solução de continuidade cortical. La cintilografia é positiva de imediato. A ecografia pode demonstrar a ruptura da cortical e um edema adjacente. Nos casos duvidosos, a ressonância magnética (RM) pode confirmar o diagnóstico.

O tratamento é médico e consiste em adaptação do calçado, analgésicos e AINE, pero sobre todo na interrupção das atividades esportivas. Frente a uma impotência marcada, se indica o repouso transitório do membro afetado. O tratamento cirúrgico é excepcional e se indica em caso de que o processo evolucione para uma pseudoartrose o em algumas fraturas da base do quinto metatarsiano.

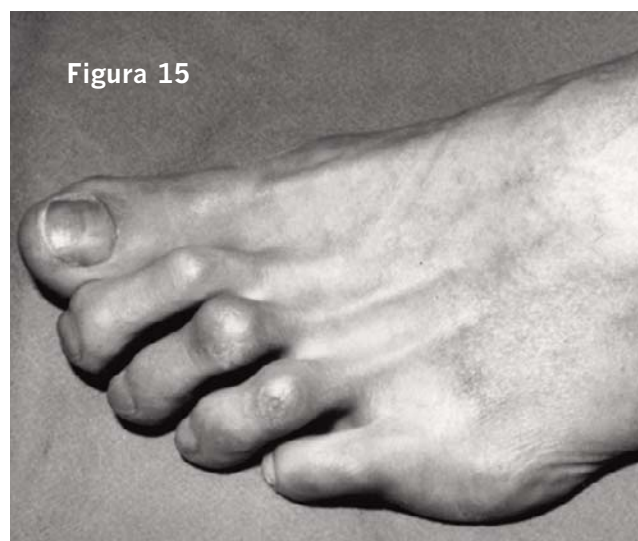
Patologias dos dedos

As deformações dos dedos laterais podem ser

invariáveis ou móveis. Nos relevos ósseos podem formar-se durezas que se voltam dolorosas por inflamação cutânea. Ao caminhar, qualquer afecção do dedo pode repercutir sobre a função da metatarsofalângica e agravar a metatarsalgia preexistente.

A deformação em garra dos dedos é muito comum, sobre todo nas mulheres. Sua frequência aumenta com a idade, passando de 1/3.8 em torno aos 15 anos a 1/10 aos 60 anos. Frequentemente se vê facilitada pelo uso de um calçado demasiado apertado e com salto alto. A sobrecarga do metatarsiano elevado pelo calçado determina que a falange passe de uma posição horizontal habitual para a extensão. A cabeça metatarsiana se apóia sobre a base da falange, distendendo de forma progressiva a cápsula dorsal e a placa plantar da articulação metatarsofalângica. Os músculos interósseos passam de uma posição plantar a uma posição lateral em relação com a cabeça metatarsiana. Voltam-se extensores, o que agrava a tendência a luxação dos dedos. Ao ficar vertical, a primeira falange causa um conflito com o calçado, pero sobre todo agrava a metatarsalgia devido a seu apoio constante.

Um dedo em garra se caracteriza pela flexão da articulação interfalângica proximal. Ao principio a deformação é flexível, pero logo, por retração dos elementos ligamentosos articulares, se vai endurecendo progressivamente. A contração isolada do músculo flexor longo comum conduz a um dedo “em martelo” com flexão da interfalângica distal. Ao contrair-se o flexor curto dos dedos e o flexor comum se produz um dedo em garra. Quando se contrai o flexor curto dos dedos mas o flexor comum segue distendido, o dedo adota uma forma de “pescoço de cisne” (**fig. 15**).



Dedos em “pescoço de cisne”

Na exploração, o examinador não só deve advertir a dureza que cobre a deformidade, sino também a posição do dedo, a flexibilidade ou a rigidez da deformação em garra e a presença de vários dedos adjacentes implicados na lesão.

A anamnese se centra na antiguidade e a evolução dos transtornos, a moléstia gerada pelo calçado, a prática desportiva ou a falta de esta e o agravamento das durezas plantares. Também tem que analisar o estado cutâneo das unhas e, sobre tudo, a função articular e o apoio das polpas. Esta dinâmica dos dedos se analisa em ação de marcha. Também, se busca alguma anomalia cutânea ou uma lesão interdital. Na articulação metatarsofalângica se ha de demonstrar a instabilidade vertical ou sinal de Lachmann do dedo. Agrega-se uma valoración neurológica completa em caso de pé cavo e de evolução rápida das deformações.

Tratamento

Tratamento medico

O uso de um sapato adequado (amplo) e a modificação do calçado pode solucionar ao principio o conflito entre o dedo e o calçado. Os cuidados de pedicura, mais a bandagem de sujeição dos dedos, uma órtese de silicone ou um separador de dedos podem contribuir a reduzir a dor que provoca o calçado.

A órtese plantar que eleva as cabeças metatarsianas e reduce o hiperapoio dos metatarsianos pode diminuir as cargas sobre uma articulação metatarsofalângica flexível e aliviar a dor. Os elementos de órtese na zona antecapital podem restringir o retrocesso da falange durante a marcha. Seu posicionamento no nível da órtese sempre é muito delicado. A reabilitação do antepé e dos dedos é recomendável. O trabalho dos músculos intrínsecos, pero também do pé e o tornozelo, assim como o alongamento do sistema suroaquiliano-plantar podem melhorar os sintomas.

Tratamento cirúrgico

Indica-se em caso de lesões estáveis das articulações metatarsofalângicas e interfalângicas proximal ou distal. O tratamento se realiza com anestesia local ou loco-regional, na maioria dos casos de forma ambulatoria.

A técnica cirúrgica pode consistir em uma simples artrólise com recuperação do equilíbrio capsuloligamentar ou uma artrodese da interfalângica proximal (em especial si se teme uma recidiva) ou, ante a presença de uma articulação inter-

falângica ou uma metatarsofalângica flexíveis, em uma transferência do tendão do músculo flexor longo com a técnica de Girdlestone.

A artroplastia se efetua com preferência mediante uma incisão transversal sobre a articulação interfalângica proximal. Permite evitar qualquer desvio da neoarticulação no momento da sutura e produce bons resultados com relação à dor. O grado de mobilidade pós-operatória não é amplo e necessita a descarga do antepé durante 4 semanas. O edema do dedo persiste vários meses e pode criar conflitos com o calçado.

A artrodesis sole indicar se em caso de degeneração articular e de deformação em garra total. A intervenção de Girdlestone pode efetuar se na criança no lugar da artrodesis interfalângica. A fixação percutânea com agulhas da articulação possibilita a cicatrização tendinosa e a horizontalização do dedo.

Pode ser conveniente associar a liberação da metatarsofalângica, o alongamento dos tendões extensores e a liberação dos ligamentos laterais e da placa plantar. Mais raramente, a sindactilização pode ser uma opção para estabilizar um dedo, embora pudesse causar um efeito psicológico desfavorável no paciente.

As complicações da artroplastia são a persistência do edema, a redução da mobilidade da articulação interfalângica ou a recidiva do desvio, que pode acompanhar se de uma posição defeituosa do dedo.

Conclusão

A patologia metatarsiana estática é sumamente amplia e sole guardar relação com lesões do primeiro radio. Um bom análise semiológico permite descartar uma lesão de índole inflamatória, em ocasiões incipiente, uma afecção neurológica como o Neuroma de Morton ou uma doença por microtraumatismos.

Qualquer lesão que altere as correntes articulares do dedo e de seu metatarsiano pode causar metatarsalgia. Na exploração tem que ter a precaução de analisar os cinco radios que compõem o tornozelo anterior durante a marcha, assim como o mediopé e o retropé, já que a alteração de estes repercute sobre o antepé.

O tratamento médico é preventivo e, por sorte, muitas vezes também curativo. A isto deve somar se a reabilitação e os aspectos relativos a melhora do calçado. Na medida do possível tem que evitar a cirurgia, embora em alguns casos é a única opção para que desapareça a patologia, pois se bem poderia produzir bons resultados, a recuperação sempre é mais lenta. E dependerá também do tipo de cirurgia empregada sejam estas

abertas ou percutâneas.

O tratamento sempre deve de ir da mão da educação do paciente e das diferentes opções que cada um dos profissionais podem oferecer, assim como de dar a conhecer as possíveis complicações se o paciente é submetido a um procedimento, ou se da mesma maneira no é tratado por dita afecção.

Como disse um professor "Se não incomoda não o incomode, porque se o incomodas te incomodará".

Autor

Marlon Ernesto Flores Cortez

El Salvador

Doctor en Medicina pela Universidad
Evangélica de El salvador

Diplomado en Emergencias Clínicas
Universidad de Zaragoza. España

Médico Especialista en Podiatria pelo Colegio
de Podiatria de Monterrey. México.

drernestofloresdpm@gmail.com

clinicaintegraldelpiesv@gmail.com



