



Uma publicação da Associação Brasileira de Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé (ABTPé) - distribuição gratuita  
Filiada à International Federation of Foot and Ankle Societies e à Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

**18º Congresso Brasileiro  
de Medicina e Cirurgia  
do Tornozelo e Pé**  
**18 a 20 de maio de 2017**  
Hotel Wish Serrano - Gramado - RS

Prazo para envio de  
trabalhos científicos:  
16/01/2017



Dia da Especialidade  
Pé e Tornozelo - 48º CBOT



Curso de Diagnóstico  
por Imagem

## Serão os pacientes nossos clientes?

No início de dezembro, foi veiculado na imprensa que ocorreu uma greve geral no sistema de saúde da Nigéria. A reportagem relatava que o sistema público é responsável pela maioria da assistência médica no país. Sem reajuste nos salários já há alguns anos, apesar de várias tentativas de negociação e após várias promessas de aumento salarial do governo não cumpridas, todo o sistema de saúde optou por uma greve geral. Havia relatos do autor da reportagem que uma grávida chegou no hospital em trabalho de parto e que uma enfermeira pediu que ela procurasse atendimento no palácio do governo. A estimativa é que há 1 médico para 16.000 habitantes na Nigéria. Li a reportagem e fiquei me questionando, como a situação chegou a este ponto? Como resolver a situação após inúmeras tentativas de negociações com o governo? Penso que não é possível, na nossa profissão, negar ajuda a qualquer ser humano, principalmente em situações de emergência. Não era isto que pensávamos quando entramos na faculdade? Por pior que seja a situação dos profissionais de saúde da Nigéria, não posso concordar com a atitude que tomaram, interrompendo completamente o atendimento, inclusive o de emergência.

Temos de usar o que está ocorrendo na Nigéria como aprendizado e não deixar que a situação chegue ao mesmo ponto no Brasil. Por isso, temos de apoiar a iniciativa da SBOT e AMB, formando a frente parlamentar da medicina. Acho que esta é uma das saídas para a saúde aqui. Infelizmente, temos de agir junto aos políticos, que não parecem compadecer da situação da saúde no Brasil. Neste final de ano, também vi pela primeira vez o trailer de um filme nacional (Sob Pressão) que mostra o drama de um grupo de médicos que atendem em um pronto socorro público sem mínimas condições de trabalho, lutando para salvar vidas, contra a falta de material e infraestrutura, contra a violência e muitas vezes tendo que escolher a quem socorrer (em outras palavras, quem vai morrer e quem vai viver). Quem trabalhou ou trabalha em prontos-socorros públicos sabe que esta estória pode ser muito bem escrita com "h". Temos todos que incentivar e prestigiar este tipo de documentário para sensibilizar toda a população sobre nossas condições de trabalho. Estas são medidas que acredito que irão nos desviar o caminho da Nigéria.

Apesar da grande maioria das faculdades ensinar apenas medicina, muitas vezes temos de trabalhar em outras áreas. Não somos advogados, mas temos de redigir relatórios para defender interesses dos pacientes junto aos convênios e junto ao INSS. Não somos administradores,

mas temos de gerenciar nossas clínicas, associações e eventos médicos. Não somos economistas, mas temos de contabilizar quantas consultas para pagar secretária, conta de luz, aluguel e principalmente calcular glosas e atrasos nos pagamentos dos convênios. Não somos psicólogos, mas muitos pacientes discutem na consulta a sua própria situação psicológica e da sua família e temos de ouvir e dar opinião (saúde = bem estar biopsicossocial). Aposto que a maioria de nós não aprendeu todas estas "variações" da medicina na faculdade. Acabou desenvolvendo estas habilidades no dia a dia (ou seja, "na raça!").

E ainda tenho de ouvir hoje que o paciente é um cliente. Temos um código de defesa do cliente, que deve ser seguido e obedecido. Estamos sujeitos às sanções jurídicas presentes neste código. Ora, defendo que a relação médico-paciente não é nem de perto uma relação vendedor-cliente. Nossa relação com o paciente envolve muito mais que apenas a negociação de serviço ou a venda de um televisor. A assistência médica envolve situações que podem alterar definitivamente a vida de um paciente. São tomadas decisões que envolvem o binômio vida-morte. Em situações de emergência, estas decisões tem de ser tomadas muitas vezes sem que o paciente tenha capacidade de discussão, pois a situação grave necessita de uma ação rápida e precisa, sem tempo para discussão, barganha ou comparação de preços (prerrogativas que todo cliente deveria ter). Por isso não vemos séries de sucesso na TV sobre o gerente de loja que negocia preços e produtos com os seus clientes. Ao contrário, vemos várias programas e filmes que envolvem situações em que o médico tem de tomar decisões difíceis. É por este tipo de programa que boa parte da população se interessa. O médico é visto como herói (e não super-herói, pois também sofre com as decisões que tem de tomar). Por isso, acho que o paciente não é nosso cliente. Ele é o paciente. O médico tradicionalmente é (o verbo aqui deve estar no tempo presente) visto como um profissional com um padrão mais alto que o profissional comum, com valores morais diferentes. É isto que chamamos de Ética Médica. Não somos apenas "fornecedores", vendendo saúde a "consumidores". Isto seria reduzir nosso relacionamento com os pacientes apenas ao dinheiro, e sabemos que isto não é verdade. Talvez algumas empresas de "saúde(?)" (convênios) e alguns políticos pensem assim ou queriam que todos pensem assim. Mas não somos isto. Para mim, este pensamento deve ser um dos pontos principais de nossa bandeira no Brasil. É deste modo que não chegaremos à situação da Nigéria.

## Dia da Especialidade Pé e Tornozelo no 48º CBOT



O local escolhido para o 48º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia foi o Expominas, em Belo Horizonte, um espaço de eventos fantástico (bem climatizado, organizado, de fácil acesso e bem distribuído), e que foi montado para manter todos os congressistas num mesmo local, uma proposta inovadora e que possibilitou uma maior integração entre os participantes, independente da sua especialidade.

Numa configuração hexagonal, cada “sala” foi montada em um lado deste hexágono, em frente a um palco e um telão de alta definição. Através de um fone de ouvido conectado a um receptor com seis canais localizado em cada assento, o congressista conseguia acompanhar as aulas e transitar pelas diversas “salas” abertas lado a lado, conforme o seu interesse pelo conteúdo científico.

Realizado no primeiro dia do Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, o “Dia da Especialidade do Pé e Tornozelo” começou enfrentando alguns probleminhas técnicos. Programado para iniciar às 08:00, houve problemas com a projeção e fez com que iniciássemos com 40 minutos de atraso. Com isso, foi necessário readequar o programa na parte da manhã, com a exclusão dos espaços para perguntas e discussão, o que acabou diminuindo um pouco a interação com a plateia. Esta foi composta principalmente pelos membros da ABTPé, mas foi possível perceber o interesse de outros congressistas, sabidamente de outras especialidades, pelo pé e tornozelo.

O conteúdo científico também foi bastante inovador. Elaborado pela diretoria científica da ABTPé, o programa abordou temas relevantes e alguns controversos do dia-a-dia do especialista em pé e tornozelo e que, muitas vezes, geram dúvidas e questionamentos com relação ao diagnóstico e terapêutica. Foi justamente através de uma pergunta relacionada ao tema que a maioria das palestras foi apresentada.

Foram 37 palestras e duas mesas redondas. Lesão osteocondral do tálus, artrose terminal do tornozelo, instabilidade da sindesmose, entorse aguda do tornozelo, ruptura aguda do tendão calcâneo e lesão aguda da Lisfranc foram os temas abordados no módulo da manhã.

Após intervalo para almoço e visita aos stands, o módulo da tarde começou com as mesas redondas, o que sempre provoca um interesse maior dos congressistas pela sua dinâmica e pelos

diversos pontos de vista entre os componentes da mesa.

O hálux valgo e a metatarsalgia foram os temas escolhidos para as mesas redondas, uma vez que são patologias com diversas soluções de abordagem e com índices de complicação e insatisfação consideráveis. Os casos clínicos apresentados estavam bem documentados, com patologias de difícil tratamento e os coordenadores conseguiram estimular a debate e obter diversas opções de tratamento com um alto nível de discussão.

Após a Assembleia Geral da ABTPé, que contou com 130 membros titulares, o programa continuou com os temas, pé plano na infância, pé planovalgo adquirido do adulto por disfunção do tibial posterior grau II, e lesão da placa plantar, terminando por volta das 18:30 e com o auditório praticamente lotado.

Devido à configuração do espaço para a realização das palestras cada “sala” comportaria ao redor de 600 pessoas sentadas, segundo a comissão organizadora, foi possível verificar que a sala da nossa especialidade esteve sempre com um bom número de participantes, o que mais uma vez demonstra o interesse pelo pé e tornozelo e a participação sempre efetiva dos membros titulares da ABTPé nos eventos realizados pela sociedade.

O que faltou? Faltou a presença do meu pai, Dr. George Bitar, que sempre esteve presente nas atividades da Especialidade. Figurinha repetida nos Congressos da SBOT, transitava pelas diversas subespecialidades, pois como todos os “médicos de antigamente”, operava de tudo. Carregou por muitos anos a árdua tarefa de defender a nossa profissão, denunciando as condições inadequadas de trabalho, a baixa remuneração e a ingerência dos planos de saúde sobre o trabalho médico. Desta vez, ficou em casa, sendo cuidado com todo o carinho pela minha mãe, e tenho certeza que gostaria de estar junto aos seus “pares”, como sempre se referiu aos colegas ortopedistas.





## Está chegando a hora!

Faltam poucos dias para o maior evento científico da nossa entidade. O planejamento iniciou-se em 2015 lá mesmo em Belo Horizonte e desde então a comissão organizadora vem se reunindo regularmente para realizar um congresso do tamanho da ABTPé. E tudo indica que iremos conseguir. Temos hoje 19 participantes internacionais confirmados, entre eles nove presidentes das entidades do pé dos países da América Latina, o que irá proporcionar uma integração internacional sem precedentes.

Os cursos pré-congresso de cirurgia percutânea e de lesões esportivas são áreas de grande interesse e já asseguraram um número surpreendente de inscrições antecipadas. Se não quiser ficar de fora, faça sua inscrição imediatamente, pois as vagas são limitadas.

O programa científico inclui nada menos que 53 palestras internacionais, onze mesas redondas e um grande número de trabalhos científicos, que você tem a opção de apresentar. Compartilhe sua experiência numa das

quatro formas possíveis: tema livre, pôster, dica de técnica cirúrgica e vídeo de procedimento. As normas para submissão de cada modalidade estão no site do congresso. Você nunca teve tanta opção para participar da grade científica. Aproveite e não perca a data limite para envio dos trabalhos: 16/01/2017.

A parte social não vai ficar para trás! Programamos atividades especialmente dirigidas aos acompanhantes e na tarde esportiva, teremos um torneio de futebol, a corrida da ABTPé (extensiva aos acompanhantes inscritos) e o tradicional torneio de tênis, que contará com a presença do ilustre Fernando Meligeni. Mexa-se, porque para participar destas atividades você precisa se inscrever antecipadamente.

Acesse o site do congresso: [www.congressoabtp.com.br](http://www.congressoabtp.com.br) e inscreva-se no congresso, no curso pré-congresso e na tarde esportiva. Além de um grande evento, você vai participar de uma grande confraternização.

## 19º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé

A diretoria da ABTPé solicita a todos os interessados em sediar o 19º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé, programado para acontecer no 1º semestre de 2019, que se inscrevam junto à Secretaria da ABTPé até o dia 18 de abril de 2017.

## CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DA ABTPÉ



No dia 17 de setembro foi realizado o “Curso de Diagnóstico por Imagem no Pé e Tornozelo” da ABTPé em parceria com o Grupo Fleury, no auditório do Higienópolis Medical Center em São Paulo.

O curso marca o início da parceria ABTPé com o Fleury Medicina e Saúde, com intuito do aprimoramento científico do especialista de pé e tornozelo no diagnóstico por imagem.

Houve enfoque em temas atuais com questões práticas do dia a dia do consultório. Foram discutidos vários tópicos abordando alterações na perna, retropé,

mediopé, antepé e instabilidades crônicas do tornozelo. Todas as aulas foram ministradas pelos radiologistas do Centro de Diagnóstico por Imagem em Ortopedia e Reumatologia do Fleury Medicina e Saúde em forma de casos clínicos, através de sistema interativo de perguntas e respostas, o qual proporcionou um curso bastante dinâmico.

Tivemos a presença de muitos colegas R4 dos serviços credenciados, juntamente com os associados da ABTPé mais experientes com a possibilidade de troca de conhecimento científico e experiências vivenciadas.

### In Memoriam

Renato Prezotto

Cuiabá/MT

## Dr. Antônio Augusto de Carvalho

Carinhosamente conhecido como Dr. Guto, o médico ortopedista Antônio Augusto de Carvalho foi uma referência no estado de Mato Grosso. No dia 10 de setembro de 2016, aos 66 anos, Dr. Guto faleceu devido a complicações de sua saúde.

Formou-se em medicina pela Faculdade de Petrópolis em 1976, e se especializou em Ortopedia e Traumatologia e Medicina Desportiva, em 1978. Em 1984, focou-se em Fisiatria, área médica dedicada a reabilitação de pacientes.

Tornou-se membro associado da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), em 1986. Participou de programas essenciais em Traumatologia e cursos oficiais de Reciclagem e Atualização da SBOT. No ano de 2002 virou sócio efetivo da Sociedade Brasileira de Anatomia. Em 2005, Dr. Antônio Augusto de Carvalho foi nomeado 2º secretário da SBOT- Regional Mato Grosso.



Foi membro da ABTPé por mais de 20 anos, participando de congressos e cursos organizados pela sociedade. Candidatou sua querida Cuiabá como sede para o Congresso da ABTPé, mas infelizmente, a cidade não foi a escolhida para sediar o evento.

Por muito tempo, realizou cirurgias nos pés e tornozelos de pacientes do SUS com hanseníase e foi membro do Centro de Referência em Média e

Alta Complexidade de Mato Grosso – CERMAC.

Lecionava medicina na Universidade de Cuiabá – UNIC (professor voluntário), e na Universidade Federal de Mato Grosso. Fez história na Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, onde ocupava o cargo de Diretor Técnico do hospital.

Além da área médica, “Dr. Gutão”, assim chamado pelos amigos, foi vereador pela capital mato-grossense no ano de 1989.

# Liberação Proximal do Gastrocnêmio Medial

É impressionante como nossas convicções mudam de tempos em tempos. Isto não é vergonhoso. Pelo contrário. Estudamos para mudar de ideia. Embora o encurtamento do gastrocnêmio tenha sido associado a uma variedade de desordens ortopédicas há muitos anos, a abordagem desta estrutura para alongamento de cadeia posterior só ganhou popularidade recentemente. Na minha prática ortopédica, a liberação proximal do gastrocnêmio medial (LPGM) entrou timidamente há uns 2-3 anos, mas o entendimento aprofundado expandiu as indicações e atualmente a técnica é realizada semanalmente de forma isolada ou associada a outros procedimentos. Seguramente, nada na ortopedia mudou tanto na minha prática diária como o entendimento das consequências do encurtamento do gastrocnêmio nas desordens dos membros inferiores.

## Quando indicar a Liberação Proximal do Gastrocnêmio Medial

O teste de Silfverskiöld, que foi descrito em 1923, representa a principal arma para testar o encurtamento do gastrocnêmio e deve fazer parte do exame clínico ortopédico de todos os pacientes que nos procuram. O teste compara a dorsiflexão do tornozelo com o joelho fletido e com o joelho estendido. A positividade do teste é determinada pela maior dorsiflexão do tornozelo quando o joelho está fletido. Como o gastrocnêmio é um músculo biarticular, a flexão do joelho aproxima as suas inserções e facilita a dorsiflexão do tornozelo. O grande segredo do teste é a aplicação da pressão adequada de dorsiflexão para evitar o resultado falso negativo. Os autores recomendam que a pressão de dorsiflexão durante o teste não deve superar 2 kg, o que pode parecer complicado, mas na prática facilmente se adquire esta habilidade.

## Porque temos a retração dos gastrocnêmios?

A evolução da marcha humana de quadrúpede para bípede é relativamente recente e o encurtamento das estruturas posteriores é um resquício deste desenvolvimento. Além disto, o hábito de ficar sentado por longos períodos e o uso de calçados com salto alto corroboram para o encurtamento da cadeia posterior e suas consequências.

## Locais para realização do alongamento

O alongamento da musculatura posterior da perna pode ser realizado em cinco níveis anatômicos, mas a dificuldade técnica e os cuidados pós-operatórios não são os mesmos em todos eles.

## Vantagens da liberação proximal do gastrocnêmio medial

A LPGM é um procedimento simples e depois de alcançada a curva de aprendizado, a sua realização dura em torno de cinco minutos. A técnica de release proximal junto ao côndilo femoral apresenta as vantagens de dispensar o uso de equipamentos sofisticados (diferente da gastrosoleus resection por via artroscópica), não requerer imobilização ou restrição de apoio

no pós-operatório e a cicatriz fica imperceptível, pois a incisão é realizada na dobra cutânea da fossa poplíteia.

A liberação é realizada somente no gastrocnêmio medial por duas razões principais: a ruptura espontânea da musculatura da perna (tennis leg) que sempre envolve o gastrocnêmio medial, sugerindo que este é o mais tenso dos dois gastrocnêmios; e Barouk et al. realizaram um estudo comparando a liberação isolada do gastrocnêmio medial com a liberação mais complexa das duas cabeças do gastrocnêmio e foi observado que o resultado é o mesmo.

## Indicações para LPGM

O LPGM está indicado em todos os casos em que recomendamos fisioterapia para alongamento de cadeia posterior, como: tendinopatia do Aquiles, fascíte plantar, metatarsalgia mecânica, úlcera diabética do antepé, hiperpressão de patela (figura 1) e lombalgia. O procedimento pode ser realizado de forma isolada ou em conjunto com procedimentos cirúrgicos dirigidos para estas desordens.

## Técnica cirúrgica

Com o paciente em decúbito ventral, a fôvea medial da fossa poplíteia é identificada e uma marca é colocada no seu centro. Uma incisão transversa na dobra da fossa poplíteia com 2-3 cm de extensão é realizada 10 mm lateral ao local marcado (Figura 2). Através de dissecação romba, a inserção proximal do gastrocnêmio medial é identificada, tracionada com uma pinça curva (mixter) e somente a sua porção tendinosa é seccionada (Figuras 3 e 4). Segue o fechamento do tecido subcutâneo com vycril 3-0 e da pele com vycril rapid ou mononylon 4-0 de forma intradérmica.

## Pós-operatório

O apoio é liberado conforme tolerância desde o dia da cirurgia. O alongamento de cadeia posterior é iniciado com 2-3 semanas sob a supervisão de profissional de fisioterapia ou através de protocolo específico.

## Conclusão

A baixa morbidade, a raridade de complicações descritas e a vasta utilidade do procedimento fazem dele uma alternativa atraente na substituição para técnicas conservadoras e prolongadas de alongamento de cadeia posterior e também para outros procedimentos tecnicamente mais difíceis e com protocolos pós-operatórios menos dinâmicos.

A literatura é farta em estudos que demonstram benefícios da LPGM no tratamento de diversas desordens ortopédicas, sobretudo na área do pé e tornozelo.

## Sugestões de leitura

The Gastrocnemius. Foot and Ankle Clinics of North America; Mark Myerson and Pierre Barouk. December 2014



Figura 2. Marcação centro da fôvea medial da fossa poplíteica e incisão transversa com 2-3 cm de extensão que se inicia a 10 mm do ponto marcado.



Figuras 3 e 4. Inserção proximal do gastrocnêmio medial é isolada com ajuda de uma pinça mixter e somente a sua porção tendinosa é seccionada.

## Agenda ..... 2017

### MARÇO

#### AAOS 2017 Annual Meeting

**Data:** 14 a 18 de março

**Local:** San Diego/Califórnia - EUA

**Informações:** [www.aaos.org/Annual\\_Meeting/Annual\\_Meeting\\_Home/Annual\\_Meeting\\_Home/](http://www.aaos.org/Annual_Meeting/Annual_Meeting_Home/Annual_Meeting_Home/)

### MAIO

#### 18º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé

**Data:** 18 a 20 de maio

**Local:** Gramado / RS

**Informações:** [congressoabtpe.com.br](http://congressoabtpe.com.br)

### JUNHO

#### AOFAS Annual Meeting 2017

**Data:** 12 a 15 de junho

**Local:** Seattle/Washington - EUA

**Informações:** [www.aofas.org/education/annual-meeting/Pages/home.aspx](http://www.aofas.org/education/annual-meeting/Pages/home.aspx)

### SETEMBRO

#### 6th Triennial Scientific Meeting - IFFAS 2017

**Data:** 14 a 16 de setembro

**Local:** Lisboa - Portugal

**Informações:** [www.aofas.org/IFFAS/Pages/Home.aspx](http://www.aofas.org/IFFAS/Pages/Home.aspx)

## Expediente Gestão 2016/2017

### Presidente

Edegmar Nunes Costa

### Vice-Presidente

Marco Túlio Costa

### 1º Secretário

Marcelo Pires Prado

### 2º Secretário

José Antonio Veiga Sanhudo

### 1º Tesoureiro

Eduardo Melo de Castro Moreira

### 2º Tesoureiro

Henrique Cesar Temóteo Ribeiro

### Dir. Educação Continuada e Pesquisa

Rafael Trevisan Ortiz

### Dir. Ensino e Treinamento

José Felipe Marion Alloza

### Dir. Ética e Defesa Profissional

Wilel Almeida Benevides

### Conselho Fiscal Titular

José Vicente Pansini

Augusto César Monteiro

Rui dos Santos Barroco

### Conselho Fiscal Suplente

Rogério Carneiro Bitar

Jardélio Mendes Torres

Cintia Kelly Bittar

### Comissão Especial de Formação, Avaliação e Educação Médica

Ricardo Cardenuto Ferreira

### Regionais

**Bahia:** Marcus Vinicius Mota Garcia Moreira

**Brasil Central:** Grimaldo Martins Ferro

**Distrito Federal:** Davi de Podestá Haje

**Espírito Santo:** Marcelo Nogueira Silva

**Minas Gerais - Belo Horizonte:** Fernando Araujo Silva Lopes

**Minas Gerais - Interior de Minas:** Cleber Jesus Pereira

**Nordeste 1 (MA, PI, CE, RN, PB):** Isânio Vasconcelos Mesquita

**Nordeste 2 (SE, AL, PE):** Ângelo Cortês de Oliveira

**Norte:** Fábio Santana de Oliveira

**Paraná:** João Luiz Vieira da Silva

**Rio de Janeiro:** Felipe Oliveira Delocco

**Rio Grande do Sul - Porto Alegre:** Carlo Henning

**Rio Grande do Sul - Interior do RS:** Gaston Endres

**Santa Catarina:** André Bergamaschi Demore

**São Paulo - Capital:** Marcos de Andrade Corsato

**São Paulo 1 (Litoral, Vale do Paraíba e Grande Campinas):** Luiz Carlos Ribeiro Lara

**São Paulo 2 (Interior de SP):** Helencar Ignácio

### COMISSÃO SOCIAL

Júlio César Falaschi Costa

Kelly Cristina Stéfani

Luiz Eduardo Cardoso Amorim

### COMISSÃO INFORMÁTICA

Roberto Zambelli de Almeida Pinto

Daniel Soares Baumfeld

### COMISSÃO ESPECIAL DE ASSUNTOS INTERNACIONAIS

Alexandre Leme Godoy dos Santos

Daniel Soares Baumfeld

Mário Kuhn Adames

### COMISSÃO ESPECIAL DE APOIO

Todos os ex-presidentes

### COMISSÃO ESPECIAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Yugo William Sakamoto

### Editor do Boletim

Marco Túlio Costa

### Editor-Chefe da REVISTA ABTPÉ

Jorge Mitsuo Mizusaki

**ABTPÉ** - R. São Benedito, 1050 - Alto da Boa Vista - Santo Amaro - Cep 04735-002

S. Paulo - SP - Brasil - (11) 3082-2518 - 3082-6919 - E-mail: [abtpe@terra.com.br](mailto:abtpe@terra.com.br)

[www.abtpe.org.br](http://www.abtpe.org.br)

**Diagramação:** J. Renato Autilio / Edson Luiz

**Tiragem:** 6.000 exemplares

**Periodicidade:** trimestral

Os artigos assinados podem não refletir a opinião da ABTPÉ e são de responsabilidade exclusiva de seus autores.

# INBONE<sup>®</sup> II

Sistema para Artroplastia  
Total de Tornozelo

**2-8**

diversas opções de  
haste com diâmetros  
variados

**432**

Combinações  
anatômicas possíveis  
dentre os implantes  
Tibial, Tálus e Polietileno



- Artroplastias de Tornozelo para as necessidades de seus pacientes
- Indicação primária, deformidade e revisão

