

ARTIGO

ESTUDO PROSPETIVO PARA A INDICAÇÃO TERAPÊUTICA DO PÉ PLANO INFANTIL NO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE FELGUEIRAS

Autor: Jorge Augusto Rios Bica de Freitas

Orientador: Liliana Marta M. A. Avidos

Coorientador: Fernando Miguel Oliveira

Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa do Instituto Politécnico de Saúde do Norte

Resumo

Durante a prática clínica dos Podólogos / Podiatras as onicodistrofias do hallux são um achado frequente, sendo até em muitos casos, o principal motivo de consulta, e por vezes com exostoses subungueais ocultas, impedindo-nos de obter o êxito desejado durante o tratamento delimitado.

No tema aqui apresentado focamos a nossa atenção no corelacionamento entre duas áreas de estudo com incidência no hallux: a exostose subungueal e a onicodistrofia. Observaremos até que ponto existe uma prevalência da exostose subungueal nas onicodistrofias do hallux, sendo este o objetivo principal. Secundariamente, tentaremos perceber a relação existente entre a presença da exostose subungueal e a faixa etária, o gênero e a dor, e ainda a relação entre a presença e gravidade da exostose subungueal e a Diabetes Mellitus.

O estudo em questão foi um estudo tipo II descritivo correlacional, tendo como objetivo determinar as relações entre as variáveis presentes na investigação. Visto ser um estudo transversal, necessitamos de elaborar uma grelha de observação constituída pelos dados sociodemográficos do doente (Booya, et al., 2005), (Kimball, et al., 2012), os antecedentes médicos do doente, tipo de medicação (Ciardullo, et al., 2010), o diagnóstico podológico (Shibuya, Jupiter, Ciliberti, Vanburen, & La Fontaine, 2011), as características ungueais como as alterações de textura, da espessura, a discromia (Berker, Baran, & Dawber, 1998), as alterações relevantes da forma (Goldcher, 1992), a presença de dor à palpação (Berker, Baran, & Dawber, 1998), a presença de exostose subungueal (Cases, 2006) e ainda a classificação da exostose subungueal segundo a nomenclatura de Yague Paz (Munuera & et al., 2000) e segundo a deformação ungueal e clínica associada (García, 2008).

Para além do registo na grelha, de acordo com os critérios determinados, procedemos à obtenção de fotografias em incidências de perfil e dorso plantar e assim assinalarmos a presença de onicodistrofia. Para podermos diagnosticar a presença de exostose recorreremos à realização de radiografias feitas em incidência de perfil com uma máquina de raio x portátil.

A fim de conseguirmos apurar as medições da exostose, na

película de raio X traçamos uma linha paralela ao perióstio da diáfise da falange até à zona distal e medimos toda a parte que se encontrava acima da linha. Após obtenção do valor classificamos a exostose subungueal segundo a nomenclatura - classificação de Yague Paz (Munuera & et al., 2000) e após observação das imagens previamente conseguidas identificamos a exostose segundo a deformação e a sintomatologia associada.

Neste caso a população escolhida para o estudo é formada pelos doentes que tiveram consultas de Podologia, no período compreendido entre setembro de dois mil e treze e julho dois mil e catorze, no Centro Hospitalar do Alto Ave E.P.E. - Unidade de Guimarães e no Centro Hospitalar de São João E.P.E. - Unidade de Valongo, e correspondem a sessenta e sete casos. Os indivíduos avaliados tinham idades iguais ou superiores a dezoito anos, que tanto apresentaram sinais de onicodistrofias infecciosas, como casos houve, onde esses sinais infecciosos não foram observados.

Utilizamos a estatística descritiva para caracterizar os dados recolhidos, a fim de podermos obter conclusões que, possam ou não, sustentar os resultados dos estudos dos autores previamente pesquisados.

PALAVRAS - CHAVE: UNHA; ONICODISTROFIA, EXOSTOSE SUBUNGUEAL, DOR, DIABETES MELLITUS.

Fundamentação teórica

1. Estrutura Ungueal

As unhas, são entre outros, anexos do maior órgão do corpo humano - a pele - que melhor refletem processos patológicos. A sua superfície é lisa e brilhante, com uma cor rosa avermelhada e de espessura e consistência firmes. Apresenta uma estrutura biconvexa, forma um ângulo menor que 160°, formando assim uma curvatura nítida possível de se observar lateralmente (Azulay & Azulay-Abulafia, 2008).

São constituídas por queratina endurecida com crescimento ao longo de toda a vida, surgindo no feto entre a nona e a vigésima semana de gestação, sendo o seu crescimento completado até à ponta do dedo por volta da trigésima semana (Bega, 2006).

A espessura normal das unhas varia entre 0,5mm a 0,75mm e tem um crescimento de cerca de 0,5mm a 1,2 mm por semana; a unha do hallux cresce cerca de 0,006 mm por dia (Baran & Nakamura, 2011). O crescimento ungueal pode ser influenciado por processos patológicos locais e/ou sistémicos (Amado &

Leal, 2001).

Devido à sua estrutura estão firmemente presas à parte externa dos dedos, por cima da falange distal. Encontram-se fixas sobre uma superfície cutânea designada por leito ungueal e o seu crescimento origina-se na matriz ungueal (Baran & Juhlin, Bone dependent nail formation, 1986).

O aparelho ungueal é anatomicamente constituído por vários elementos (Berker, Baran, & Dawber, 1998).

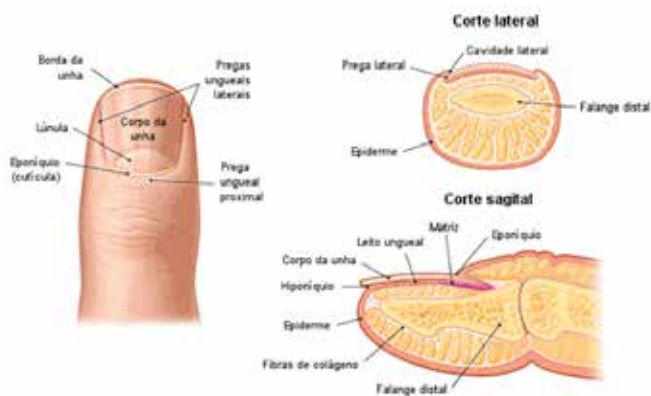


Figura 1 – Anatomia ungueal (Pinterest, 2015)

O corpo da placa ungueal é formado a partir da matriz germinativa. Um terço superficial da placa ungueal é originado pelo elemento proximal, sendo a formação dos restantes dois terços provenientes do elemento distal. Qualquer patologia na matriz refletir-se-á na placa ungueal no futuro. Pensa-se que a espessura da unha é proporcional ao comprimento da matriz, embora seja pouco provável que haja uma relação direta, mas acredita-se que seja em função da taxa de crescimento (Baran, Berker, & Dawber, 2000).

Ainda não se encontra bem esclarecido o porquê da unha crescer obliquamente desde baixo da prega proximal em vez de crescer diretamente para cima. (Baran, Berker, & Dawber, 2000) Segundo Kligman, o crescimento da placa ungueal é direcionado mecanicamente pela prega ungueal proximal, que surge através da abertura distal (Kligman, 1961).

A importância da falange subjacente – falange distal - também é descrita como fator interveniente no crescimento ungueal. Temos os exemplos das bifurcações congénitas da falange, onde a unidade ungueal também pode estar dividida (Baran & Juhlin, 1986).

As unhas têm função protetora da falange distal, contribuem para a sensibilidade tátil, ajudam no sistema de alavanca e são fatores estéticos (Baran, Berker, & Dawber, 2000).

2. Onicodistrofia

Podemos definir a onicodistrofia como uma patologia bastante vasta e variável. Existem descritas mais cento e noventa onicodistrofias distintas, podendo frequentemente coexistir no mesmo paciente diversas patologias (que dificultam o diagnóstico) daí tornar difícil fazer um diagnóstico ajustado. Clinicamente, podemos classificá-las de acordo com a sua etiologia divididas, em: alterações da lâmina ungueal, alterações da cor, patologias traumáticas, patologias infecciosas e alterações sistémicas com repercussão ungueal (Nova, 2006).

Alguns autores sugerem que na onicodistrofia a unha pode apresentar uma curvatura anormal, originando frequentemente conflito com os bordos periungueais. Por vezes, a curvatura ungueal pode ser completa quando abrange todo o leito ungueal e é extremamente dolorosa, que em casos crónicos, os tecidos moles e a falange distal podem estar envolvidos (Berker, Baran, & Dawber, 1998).



Figura 2 – Unha em Telha de Provença (Porto, 2005)

A onicodistrofia origina frequentemente engrossamento ungueal, sendo definido como um espessamento da unha, não obstante as restantes dimensões se apresentam normais, podendo no entanto, estar associado a uma coloração amarelada que impede a nitidez da unha bem como a vascularização do leito ungueal (Berker, Baran, & Dawber, 1998).

2.1. Clínica

A Dor, o desconforto no calçado, dificuldades em cortar as unhas, dificuldades em caminhar e constrangimentos estéticos são as queixas mais comuns dos doentes. As doenças das unhas afetam a qualidade de vida, incluindo os fatores do foro

físico, social e emocional (Amado & Leal, 2001).

3. Exostose Subungueal

A exostose foi descrita pela primeira vez em 1817 por Guillaume Dupuytren, contudo só em 1847 é que foi publicado aquando a revisão dos seus casos Dupuytren G. *Injuries and diseases of bones*. London: Publications of the Sydenham Society 1847, ficando assim conhecida como Exostose de Dupuytren – “ é um tumor benigno formado por uma excrescência óssea que aparece principalmente na falange distal do dedo “ (Dupuytren, 1847).

Ao longo destes séculos, foram vários os autores que descreveram esta patologia. No séc. XX Mainusch diz-nos que não é um verdadeiro tumor, mas uma calcificação cartilaginosa de osso normal, cuja entidade não se encontra bem clarificada (Mainusch, 1975).

No entanto, Miller-Breslow & Dorfman, 1988 advertem-nos para a possibilidade da exostose subungueal poder ser confundida com um condrossarcoma, devido à produção de uma vasta forma de padrões histológicos. Para eles, exostose subungueal é uma lesão distinta, que se inicia como um crescimento reativo

do tecido celular fibroso e cartilaginoso e que posteriormente sofre ossificação endocranal (Miller-Breslow & Dorfman, 1988). Stanescu, Popescu & Dumitrescu, 2009 realizaram estudos no presente século onde referem que exostose subungueal é um tumor benigno de crescimento lento, sendo a sua localização mais comum à superfície dorsal da falange distal do hallux (Stanescu, Popescu, & Dumitrescu, 2009). Clinicamente pode surgir combinado com patologias/distrofias ungueais que, assim ocultam a lesão subjacente (García, Pascual, & Fernández, 2009).



Figura 3 – Imagem ilustrativa de exostose subungueal com destruição do leito ungueal e hematoma subungueal (www.ar-podiatry.com, 2010)

Com a podologia desde
o primeiro dia...

3.1 Epidemiologia

A exostose subungueal pode surgir em qualquer idade, sendo mais frequente na adolescência e adultos jovens (Bendel, 1980), (Da Silva, Da Silva, & Fidalgo, 1980) e (Naranjo, Dulanto, & Herrera, 1980). Contudo, é nos adolescentes e adultos jovens que surge com maior incidência esta patologia. (Galea, Carmona, & Morato, 2004). É mais frequente existir em mulheres do que em homens (Moreno, 2000).

Não são conhecidos fatores etiológicos, embora a maioria dos autores afirmem que se deve a uma alteração adquirida (Evinson & Prince, 1966). Dizem que a etiologia da exostose subungueal é devida a traumatismos, restos de cartilagem ou anomalias teratológicas. Outros autores referem que têm etiologia desconhecida (Naranjo, Dulanto, & Herrera, 1980) e (Da Silva, Da Silva, & Fidalgo, 1980), embora o traumatismo agudo e o crônico e a infeção possam ser fatores precipitantes (Miller-Breslow & Dorfman, 1988). Estudos histológicos levam a pensar que o desenrolar da exostose subungueal se deve a um processo crônico de irritação do perióstio que leva à produção da protuberância (Wu, 1995), (Evison & Price, 1966), (Multhopp-Stephens & Walling, 1995).

Existem fatores que podem desencadear o seu aparecimento tais como: prática de determinadas atividades desportivas (De Palma, Gigante, & Specchia, 1996), antecedentes de cirurgia ungueal (Carvajal & Loayza, 1998), uso de calçado pontiagudo e salto alto (Evison & Price, 1966), traumatismo direto sobre o dedo afetado (De Palma, Gigante, & Specchia, 1996), alterações da longitude do dedo (Carvajal & Loayza, 1998), rotações digitais (Carvajal & Loayza, 1998) e alterações estruturais do primeiro raio, hallux rigidus e hallux limitus funcional (Orejana & et. al, 2005).

A malformação da cartilagem da região distal da falange distal do hallux é citada como fator congénito para outros autores (Bendel, 1980).

O Síndrome de Exostoses Múltiplas, está descrito como um fator hereditário de tipo autossômico dominante, que afeta o esqueleto endocranal durante a fase de crescimento, que é caracterizado por um engrossamento e deformações do osso em crescimento, dando origem assim às exostoses cartilaginosas em redor das áreas de crescimento com maior atividade (Hazen & Smith, 1990), (Baran & Bureau, Multiple Exostoses Syndrome, 1991).

3.2 Clínica

A sintomatologia da exostose subungueal depende do seu tamanho e da associação ou não de onicodistrofias.

A dor é o principal sintoma, que pode aumentar sempre que haja pressão direta sobre a unha e por vezes durante o caminhar levando a uma marcha antiálgica. (Páez, Oliver, Sosa, Armas, & Pérez, 1996).

Por vezes, só se torna sintomática quando atinge um tamanho suficientemente grande para afetar o leito ungueal ou levar à alteração mecânica da marcha (Ilyas, Geskin, Joseph, & Seraly, 2001).

Nos estádios iniciais surge a dor ao pressionar a lâmina ungueal sobre a exostose. Durante o crescimento da protuberância as características clínicas e a sintomatologia sofrem alterações.

Na fase aguda as pregas ungueais podem estar inflamadas devido à interiorização da lâmina ungueal. Por vezes há um encurvamento progressivo da lâmina, que origina um estrangulamento do leito ungueal, devido à pressão que a exostose exerce sobre ele, alterando assim a morfologia ungueal, passando a ter um aspecto de “pinça de caranguejo” que é bastante doloroso à palpação.

Em estádios mais avançado ou fase crônica produz-se uma elevação, um encurvamento e por vezes há onicolise. A dor à pressão direta é aguda e incapacitante durante a marcha. (Catena & et al., 1999) (López & et al., 2007).

3.3 Classificação

A classificação segundo a nomenclatura de Yague de Paz estabelece uma relação entre o tamanho da lesão e a onicodistrofia causada pela exostose subungueal, e divide-se do seguinte modo: segundo o grau (Munuera & et al., 2000) segundo a deformação e também segundo a clinica associada (García, 2008).

Tabela 1 - Classificação segundo Yague de Paz, adaptado de (Munuera & et al., 2000).

Grau	Manifestações
I	Inferior a 4,5mm de altura e ligeiramente dolorosa.
II	Inferior a 4,5 mm de altura mas afeta as partes moles
III	Inferior a 4,5 mm de altura, afeta as partes moles e ligeira onicolise da zona afetada
IV	Superior a 4,5 mm de altura, provoca onicolise e deformação da unha

Tabela 2 - Classificação segundo a deformação e a sintomatologia associada (García, 2008).

Estádios	Clinica associada
I - deformação leve	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de dor relacionada com a exostose, - Dor distal associada à presença de helomas periungueais, - Lâmina ungueal normal ou ligeiramente encurvada.
II - deformação moderada	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de dor relacionada com a exostose, - Dor a nível das pregas periungueais associada à presença de helomas periungueais e/ou onicocriptose, - Lâmina ungueal encurvada
III - deformação severa	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de dor relacionada com a exostose, - Onicodistrofias associadas - Lamina ungueal muito encurvada (unhas "em pinça ou tenaz") ou distrófica, - Cirurgias ungueais prévias.

3.4 Critérios de Diagnóstico

O diagnóstico da exostose subungueal é feito pelas características clínicas, com confirmação radiológica (Eliezri & Taylor, 1992). A observação clínica é muito importante, pois por vezes a exostose subungueal aparece combinada com distrofias ungueais, que ocultam a condição subjacente e, frequentemente é vista como um achado radiológico (García, Pascual, & Fernández, 2009).

A radiografia simples em oclusão, com incidências de perfil, dorso-plantar e com menor frequência em oblíqua do dedo é o exame de eleição (Cases, 2006).

No entanto, e embora a exostose subungueal seja o tumor benigno com maior incidência na falange distal do dedo, não podemos descartar outras patologias com características clínicas semelhantes (Cases, 2006).

A tomografia computadorizada e os achados histológicos serão os

exames de eleição caso hajam dúvidas (Tuzuner, Kavak, Parlak, & Ustundao, 2004) e (Cases, 2006).

3.5 Diagnóstico Diferencial

Existem algumas semelhanças clínicas entre a exostose subungueal e outras patologias. Daí que, é muito importante que se proceda a um diagnóstico diferencial de outras patologias dermatológicas, tanto de carácter benigno, como maligno. E são elas: quisto mixoide, tumor das células gigantes, lipoma, fibroma, carcinoma espinocelular, queratoacantoma ou melanoma maligno. Também, devemos ter em conta as patologias ósseas - osteocondroma e o encondroma (Carvajal & Loayza, 1998).

3.6 Características Radiológicas da Exostose Subungueal

Quando procedemos a um exame radiológico à exostose subungueal observamos uma calcificação contínua com a cortical da falange e localizada na zona dorsal (Slingh, Jain, & al., 2011).

Essa lesão está projetada dorsalmente, é composta por osso trabecular e está agarrado à falange. A extremidade livre tem forma de concha lisa ou irregular (Dawber, Baran, & De Berker, 1998).

No entanto, caso a lesão seja recente, não se apresentará bem definida porque está coberta por uma capa cartilaginosa dificultando a sua visibilidade através do exame de raio x (Watkins, Williams, & Farrer, 2003).



Figura 4 - Imagem ilustrativa de raio x em incidência de perfil com exostose subungueal (www.genbasa.com)

3.7 Tratamento

O tratamento da exostose subungueal é cirúrgico. O tipo de abordagem é eleita de acordo com a dimensão, localização e clinica apresentada. Assim, podemos ter três tipos de técnicas

diferenciadas. Antes de iniciarmos o ato cirúrgico, realizamos uma anestesia troncular e um garrote supramaleolar (Cases, 2006).

Procedimento por mínima incisão:

Esta técnica é a escolhida para exostoses subungueais com dimensões muito pequenas e que se encontram localizadas distalmente (Cases, 2006).

O procedimento consiste na realização de uma pequena incisão na zona distal do dedo (polpa), que não deve ultrapassar a amplitude do tamanho da lâmina. De seguida, faz-se uma delimitação da exostose com a ajuda de um escopolo até à cortical. Com uma lima de Polokoff, realizamos movimentos, de proximal a distal, e “raspamos” toda a exostose. Para expulsarmos a pasta óssea devemos exercer uma pressão sobre a lâmina ungueal no sentido proximal a distal. Faz-se uma lavagem com soro fisiológico e realiza-se uma radiografia intraoperatória para que possamos confirmar se eliminamos toda a exostose. Aproximamos os bordos com um ponto de fio de sutura 3/0 ou com tiras de aproximação (steri-strip). Para finalizarmos fazemos penso (Cases, 2006).



Figura 5 – imagem (Tassara, Pinto, Gualberto, & Ribeiro, 2008)

Procedimento a campo aberto

Elegemos esta técnica quando a exostose tem um tamanho que impossibilita de ser eliminada por mínima incisão. Este procedimento pode ser realizado por duas abordagens: Técnica de Duvries III ou por remoção da unha (Cases, 2006).

Técnica Duvries III

Realizamos uma incisão em forma de “gomo de laranja” ou

“boca de peixe” na zona distal do dedo, de medial a lateral. Separamos com a ajuda de pinças de Adson e realizamos a dissecação e limitação do tecido ósseo do tecido das partes moles com um segundo bisturi. A exérese da exostose faz-se com a ajuda de uma alicate de osso, ou de uma serra elétrica, procedendo assim, a uma falangectomia parcial distal ou unicamente só à extração da protuberância. Fazemos uma lavagem com soro fisiológico e confirmamos com radiografia ou com palpação, podemos aperfeiçoar o corte com um alicate de Rongeur e/ou com uma lima. Suturamos com fio com fio de nylon 3/0 com pontos simples e sutura de colchoeiro e fazemos penso (Cases, 2006).

De seguida, apresentamos a Figura 6 - uma sequência de imagens ilustrativa da Técnica de Duvries III (Berna, 2014):



ARTIGO

ESTUDO PROSPETIVO PARA A INDICAÇÃO TERAPÊUTICA DO PÉ PLANO INFANTIL NO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE FELGUEIRAS

Remoção da unha:

Nesta técnica necessitamos de remover a parte da unha para podermos ter acesso à exostose através do leito ungueal, caso haja necessidade, fazemos uma exérese total da unha. Realizámos uma incisão no leito ungueal, por cima da exostose. Separamos e dececionámos os tecidos, com um segundo bisturi e uma pinça de Adson, até expormos a tumoração. Lavamos com soro fisiológico. Se for possível suturamos, caso não seja deixamos cicatrizar por segunda intenção e fazemos penso (Cases, 2006).



Figura 7 – imagem ilustrativa da exérese da lâmina ungueal (Sancho, et al., 2013)

Protocolo pós cirúrgico:

Fazemos a primeira cura às 48 horas com um penso seco. Os pensos sucessivos são realizados mediante o decorrer da cicatrização. Retiramos os pontos aos 8 – 10 dias (Cases, 2006).

4. Resultados do Estudo

4.1 Caracterização da Amostra

Do total de participantes, 40 (59,7%) eram do sexo feminino. A idade mediana dos participantes foi de 68,0 anos (percentil 25: 59,0; percentil 75: 76,0), sendo a idade mínima vinte anos e a idade máxima oitenta e sete anos.

Quando analisamos os dados da história patológica pregressa dos participantes (tabela 3), constatamos que, na sua maioria, os participantes tinham diabetes, sendo esses diabetes do tipo 2 e tomavam como medicação anti hipertensores, hipoglicémicos e anti dislipidémicos. Verificamos também que em 52,2% dos casos (n=35) foi referida medicação adicional, sendo a medicação mais comum os antiagregantes plaquetários e os protetores gástricos.



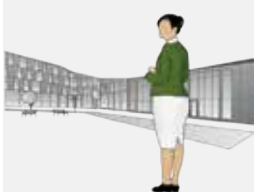
Engineering Life Wear



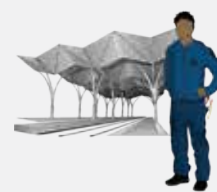
Indústrias Pesadas



Indústrias Leves



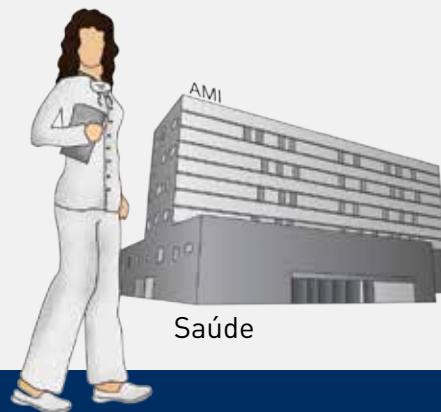
Horeca



Eletrónica



Alto Risco



Saúde

Com o apoio científico:



Aceitamos os seus desafios no domínio do calçado profissional



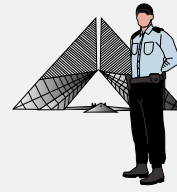
Os estímulos diários do trabalho – em qualquer sector de actividade – pressionam, e muito, os pés, mas também todos os que cuidam da saúde desta que é muitas vezes a mais negligenciada parte do nosso corpo.

É por isso que com o apoio do SPODOS - Foot Science Center, desenvolvido em parceria com a AMI | Hospital Privado de Guimarães, a LAVORO aceita os desafios da podologia, da medicina do trabalho e da clínica geral... e produz o calçado profissional, para homem ou senhora, mais adequado aos mais variados ambientes laborais.

Consulte-nos.



Logística



Forças Militares



Bricolage

Tabela 3 - Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) ou média e desvio padrão (dp) da história médica dos participantes

	Amostra Total n (%)
Presença de Diabetes	53 (79,1%)
Tipo de Diabetes	
Tipo 1	6 (11,3%)
Tipo 2	47 (88,7%)
Medicação	
Anti hipertensores	54 (80,6%)
Hipoglicêmicos	52 (77,6%)
Antidislipidêmicos	49 (73,1%)
Antidepressivos	8 (11,9%)
Ansiolíticos	10 (14,9%)
Corticoides	3 (4,5%)
Diuréticos	13 (19,4%)
Vasodilatadores	13 (19,4%)

4.2 Avaliação das Características da Onicodistrofia do Hallux

O diagnóstico clínico de onicodistrofias do hallux foi efetuado em 44 participantes (65,7%) bilateralmente, enquanto os restantes apresentavam patologia unilateral. Tal como é possível verificar na tabela 4, as características mais ostentadas pelos participantes são a discromia e as alterações relevantes de forma.

Tabela 4 - Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) da avaliação das características da Onicodistrofia do Hallux

Caraterísticas da Onicodistrofia do Hallux	Participantes com Patologia Unilateral		
n=23			
n (%)	Participantes com Patologia Bilateral		
n=44			
		Pé Direito	

n (%)	Pé Esquerdo		
n (%)			
Discromia	20 (87,0%)	44 (100,0%)	44 (100,0%)
Alterações de Textura	20 (87,0%)	35 (79,5%)	36 (81,8%)
Alterações da Espessura	20 (87,0%)	37 (84,1%)	38 (86,4%)
Alterações Relevantes de Forma	23 (100,0%)	43 (97,7%)	43 (97,7%)

No total, foi possível constatar que 53 participantes (79,1%) apresentavam em simultâneo quatro características em pelo menos um dos pés, quatro participantes (6,0%) possuem pelo menos três características, oito participantes (11,9%) têm pelo menos duas características e dois participantes (3,0%) apenas uma das características.

Nos indivíduos com patologia bilateral, comparamos o resultado da avaliação entre pés, e verificamos que existe uma concordância absoluta em 100% dos casos nas características discromia e alterações relevantes de forma e uma concordância absoluta em 97,7% dos casos nas características alterações de textura e de espessura. Assim, nos participantes com onicodistrofia do hallux bilateral, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas características apresentadas em ambos os pés, ou seja, os indivíduos com patologia bilateral têm tendência a apresentar características semelhantes nos dois pés (Teste McNemar: $p=1,000$ em todas as características).

Em relação às alterações da forma, e de acordo com Berker, Baran & Dawber (1998), foi possível verificarmos que em nove dos casos (13,4%) a unha era muito encurvada em pelo menos um dos pés, em vinte e cinco dos casos (37,3%) a unha era ligeiramente encurvada e nos restantes era pouco encurvada. A comparação entre os dois pés, nos indivíduos com patologia bilateral, revelou uma concordância absoluta de 90,9%, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os pés (Teste McNemar: $p=0,135$).

Após analisadas as características da onicodistrofia do hallux, verificamos a presença de dor à palpação. Tal como se pode ver na tabela 5, a prevalência de dor varia entre 63,6% e 82,6%, sendo a prevalência global de dor de 76,1% ($n=51$).

Tabela 5 - Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) da

avaliação de presença de dor à palpação, em indivíduos com Onicodistrofia do Hallux

Participantes com Patologia Unilateral n=23			
Participantes com Patologia Bilateral n=44			
		Pé Direito	Pé Esquerdo
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Presença de Dor à Palpação	19 (82,6%)	2 (63,6%)	8 (72,7%)

A comparação da presença de dor entre os dois pés, nos indivíduos com patologia bilateral, revelou uma concordância absoluta em 86,4% dos casos, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os pés (Teste McNemar: $p=0,219$).

4.3 Avaliação da Exostose Subungueal

A prevalência de exostose subungueal em doentes com onicodistrofias do hallux varia entre 81,8% e 95,7% (tabela 6), sendo a prevalência global de Exostose Subungueal de 91,0% ($n=61$). Relativamente à avaliação do grau da exostose subungueal, segundo a nomenclatura Yague de Paz, observamos que a maioria dos participantes apresentava um grau I, sendo que na avaliação do estadio, segundo a clínica e a deformação, constatamos que a maioria dos participantes apresentava um estadio I. Tabela 6 - Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) da avaliação da presença e gravidade da Exostose Subungueal, em indivíduos com Onicodistrofia do Hallux.

Participantes com Patologia Unilateral n=23			
Participantes com Patologia Bilateral n=44			
		Pé Direito	Pé Esquerdo
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Presença de Exostose Subungueal	22 (95,7%)	3 (81,8%)	6 (88,6%)
Grau			
Grau I	7 (31,8%)	23 (63,9%)	2 (71,8%)
Grau II	4 (18,2%)	8 (22,2%)	7 (17,9%)
Grau III	9 (40,9%)	5 (13,9%)	4 (10,3%)
Grau IV	2 (9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Estadio			
Estadio I	19 (40,9%)	24 (66,7%)	2 (71,8%)

Estadio II	10 (45,5%)	12 (33,3%)
Estadio III	3 (13,6%)	0 (0,0%)

Para os indivíduos com patologia bilateral, foi comparado o resultado da avaliação da exostose subungueal entre pés, e apuramos que existe uma concordância absoluta de 88,6% nos casos na avaliação da prevalência de exostose subungueal, 88,5% no grau de exostose subungueal e 85,7% no estadio de exostose subungueal, não havendo diferenças estatisticamente significativas na avaliação da exostose subungueal entre os dois pés (Teste McNemar - Presença de exostose subungueal: $p=0,375$; Grau da exostose subungueal: $p=0,513$; Estadio da exostose subungueal: $p=1,000$).

4.4 Relação entre as Características Sociodemográficas e a Avaliação de Exostose Subungueal

Após avaliada a prevalência e gravidade da exostose subungueal, analisamos a relação entre essas características e as variáveis gênero e idade. Nos resultados da relação com o gênero (tabela 7), podemos dizer que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros nas características prevalência e gravidade da exostose subungueal.

Tabela 7 - Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) da avaliação da presença e gravidade da Exostose Subungueal, em indivíduos com Onicodistrofia do Hallux, de acordo com o gênero e respetiva comparação

		Gênero Feminino		Gênero Masculino	
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Presença de Exostose Subungueal	24 (88,9%)	34 (85,0%)	24 (88,9%)		
Grau					
Grau I	18 (52,9%)	12 (50,0%)	6 (15,0%)	3 (11,1%)	
Grau II	4 (11,8%)	8 (33,3%)	3 (7,5%)	7 (27,0%)	
Grau III	10 (29,4%)	4 (16,7%)	10 (25,0%)	4 (15,4%)	
Grau IV	2 (5,9%)	0 (0,0%)	2 (5,0%)	0 (0,0%)	
Estadio					
Estadio I	16 (47,1%)	17 (70,8%)	16 (40,0%)	7 (26,3%)	
Estadio II	15 (44,1%)	7 (29,2%)	15 (37,5%)	7 (26,3%)	
Estadio III	3 (8,8%)	0 (0,0%)	3 (7,5%)	0 (0,0%)	

Na comparação da idade de acordo com a gravidade da exostose subungueal, não consideramos para análise o estadio III e o grau